

# BILAN du SROS de Basse-Normandie



## SOMMAIRE

### **PARTIE I : SROS AMBULATOIRE**

L'organisation des soins de ville

Les Réseaux de santé

La biologie médicale

### **PARTIE II : SROS HOSPITALIER**

*Démographie et formation médicale (en cours d'écriture)*

Médecine et Hospitalisation à domicile (HAD)

Cardiologie interventionnelle

Insuffisance Rénale Chronique

Cancérologie

Périnatalité

Pédiatrie

Chirurgie

Soins de suite et de Réadaptation

Psychiatrie et santé mentale

Addictologie

Soins aux détenus

Réanimation adulte et pédiatrique

Urgences et soins non programmés

Imagerie médicale et médecine nucléaire

*Douleur (en cours d'écriture)*

Soins palliatifs

Examens des caractéristiques génétiques d'une personne

Culture-Santé



## Préambule

Le PRS-SROS de Basse-Normandie a fait l'objet de plusieurs procédures de révision tant dans le volet ambulatoire qu'hospitalier.

5 révisions ont été engagées, dans le cadre réglementaire défini avec un processus de concertation des acteurs régionaux.

Le projet de sixième révision du SROS constitue la synthèse des travaux conduits depuis 2015 sur la recomposition de l'offre de soins hospitalière en Basse-Normandie. Il fixe des orientations stratégiques sur la réorganisation de l'offre de soins hospitalière qu'il faut poursuivre pour garantir le maintien de la sécurité et de la qualité des soins au service de l'ensemble de la population. En s'intégrant au sein du PRS, ce projet de révision du SROS constitue un outil de planification à l'échéance du PRS bas-normand et trace une perspective à l'horizon 2025.

Ce document présente

- **la synthèse des travaux de recomposition initiés en 2015,**
- **des orientations stratégiques pour garantir le maintien de la qualité et de la sécurité des soins,**

Les travaux de concertation menés en 2015 ont permis de dégager trois principes clés d'organisation qui doivent guider les recompositions hospitalières et l'évolution des implantations qu'elles nécessitent :

-revisiter l'équilibre proximité / qualité-sécurité des plateaux techniques hospitaliers (chirurgie, périnatalité, médecine-HAD, oncologie, SSR) ;

-garantir la réponse à l'urgence pour tous (structures d'urgence, SAMU, SMUR, PDS)

; -faire émerger de nouvelles formes de coopérations.

- **une planification de l'offre à fin 2017 et des perspectives ambitieuses à l'horizon 2025.**

# 1 - Les révisions engagées au titre du PRS SROS Basse Normandie



Le SROS-PRS 2013-2018 comporte deux volets : ambulatoire et hospitalier.

Le SROS-PRS hospitalier comporte 21 volets et a été publié le 21 décembre 2012 et définitivement arrêté dans le cadre du PRS le 31 janvier 2013 pour une durée de 5 ans (2013-2018)

- volet 1 : Démographie
- volet 2 : Médecine et hospitalisation à domicile
- volet 3 : Activités interventionnelles
- volet 4 : Insuffisance Rénale Chronique
- volet 5 : Cancérologie
- volet 6 : Périnatalité (Diagnostic Prénatal)
- volet 7 : Pédiatrie
- volet 8 : Chirurgie
- volet 9 : Soins de Suite et de Réadaptation
- volet 10 : Gériatrie et soins de longue durée
- volet 11 : Psychiatrie
- volet 12 : Addictologie
- volet 13 : Soins aux détenus
- Volet 14 : Réanimations adultes et pédiatriques
- volet 15 : Soins Non Programmés-Urgences
- volet 16 : Imagerie Médicale et Médecine Nucléaire
- volet 17 : Douleur
- volet 18 : Soins palliatifs
- volet 19 : Génétique
- volet 20 : Culture santé

Il a été révisé à 5 reprises :

- 1<sup>ère</sup> révision, volet ambulatoire, le 23 juillet 2013 : publication du zonage des chirurgiens-dentistes
  
- 2<sup>ème</sup> révision, volet hospitalier : le 24 juin 2014 :
  - o volet 6 : Périnatalité (gynécologie-obstétrique) : suppression d'une implantation gynécologie-obstétrique pour le territoire de santé du Calvados,
  - o volet 5 : Cancérologie-Radiothérapie : ajout d'une implantation en radiothérapie externe pour le territoire du Calvados
  - o volet 4 : Insuffisance Rénale Chronique : ajout d'une implantation en Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée (UDM) pour le territoire du Calvados
  
  - o volet 16 Imagerie Médicale et Nucléaire : ajout d'une implantation pour un scanner dans le territoire du Calvados, d'une implantation d'IRM pour le territoire de la Manche et d'une implantation pour un cyclotron pour le territoire du Calvados
  - o volet 15 : Soins non programmés – Urgences : modification du schéma cible de la PDES pour le territoire de santé du Calvados,
  - o volet 2 : Médecine et hospitalisation à domicile, ajout d'une implantation HDJ pour le territoire de santé de l'Orne
  - o volet 11 : psychiatrie : ajout d'une implantation d'une HDJ en psychiatrie infanto-juvénile pour le territoire de santé du Calvados,

- 3<sup>ème</sup> révision, volet hospitalier : le 24 mars 2015 :
  - o volet 6 : Périnatalité (gynécologie-obstétrique) : suppression d'une implantation gynécologie-obstétrique pour le territoire de santé du Calvados,
  - o volet 15 : Soins non programmés – Urgences : modification du schéma cible de la PDSES pour le territoire de santé du Calvados,
  - o volet 2 : Médecine hospitalisation à domicile (HAD) : suppression d'implantation HAD spécialisées pour le territoire de santé du Calvados,
  
- 4<sup>ème</sup> révision, volet hospitalier : le 16 décembre 2015 :
  - o volet 2 : Médecine et hospitalisation à domicile : modification d'implantation, en cohérence avec les coopérations attendues : suppression d'une implantation Médecine hospitalisation à temps complet et d'une implantation HAD pour le territoire de santé de l'Orne,
  - o volet 11 psychiatrie : création d'un volet spécifique pédopsychiatrie après que des travaux de révision du SROS-PRS, concernant le volet pédopsychiatrie aient démarré en juillet 2014 et se sont terminés en septembre 2015.  
Redéfinition de la cartographie des secteurs de psychiatrie générale rattachés au CPO – territoire de santé de l'Orne
  - o volet 9 : Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) : suppression d'une implantation SSR spécialisé affections addictologie, dans le territoire de santé de l'Orne
  
- 5<sup>ème</sup> révision, volet hospitalier : le 9 mars 2016 :
  - o volet 2 : Médecine et hospitalisation à domicile : suppression d'une implantation Médecine pour le territoire de santé du Calvados,
  - o volet 6 : Périnatalité (gynécologie-obstétrique) : suppression d'une implantation gynécologie-obstétrique pour le territoire de santé du Calvados,
  - o volet 15 : Soins non programmés – Urgences : modification du schéma cible de la PDSES pour le territoire de santé du Calvados,

Un **projet de 6<sup>ème</sup> révision, volet hospitalier** a été présenté le 9 juin en CSOS et le 27 juin 2016 en CRSA :

Ce projet de sixième révision du SROS constitue la synthèse des travaux conduits depuis 2015 sur la recomposition de l'offre de soins hospitalière en Basse-Normandie.

En s'intégrant au sein du PRS, ce projet de révision du SROS constitue un outil de planification à l'échéance du PRS bas-normand et trace une perspective à l'horizon 2025.

#### **A- La synthèse des travaux de recomposition initiés en 2015**

L'Agence régionale de santé de Basse-Normandie a mis en place une démarche novatrice basée sur la concertation avec l'ensemble des acteurs locaux de la région et une réflexion d'ensemble issue des propositions des professionnels de terrain. Cette démarche a ainsi permis d'associer les fédérations hospitalières, l'ensemble des directeurs et présidents de commission médicale des établissements de santé de la région, publics et privés, les présidents de conseil de surveillance des établissements publics de santé, les présidents de conseil départemental et du conseil régional, les parlementaires de la région,

l'union régionale des médecins libéraux, le conseil régional de l'ordre des médecins et les syndicats de praticiens hospitaliers publics, les représentants de syndicats d'internes, l'Université, l'assurance maladie, la présidente de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et les présidents des commissions spécialisées.

Les groupes de travail mis en place en 2015 ont permis de partager de manière consensuelle les principaux éléments de diagnostic, portant notamment sur les difficultés relatives à la démographie médicale et la situation financière particulièrement critique de beaucoup d'établissements publics de santé. Il a été largement partagé que cette situation nécessite d'approfondir la mise en place des coopérations entre établissements sur les spécialités les plus critiques, particulièrement en matière de plateau techniques hospitaliers, et à supprimer les redondances d'activités, afin de garantir à tous les patients une prise en charge hospitalière répondant aux exigences de qualité et de sécurité des soins.

### **B- Des orientations stratégiques pour garantir le maintien de la qualité et de la sécurité des soins**

La situation des établissements hospitaliers bas-normands a conduit à mener des travaux de recomposition de court terme, en lien avec l'échéance du SROS actuel en décembre 2017. Mais elle a nécessité également de proposer ce qui fera l'offre de soins de demain. Le préambule aux trois schémas d'organisation du projet régional de santé évoquait déjà la nécessité de concentrer les offreurs de soins pour maintenir la qualité et assurer la pérennité de l'offre de santé sur les territoires, ainsi que le développement d'une logique d'organisation et de coopération territoriales. Ces principes doivent continuer à guider les recompositions à poursuivre au sein de la région.

Les travaux de concertation menés en 2015 ont permis de dégager trois principes clés d'organisation qui doivent guider les recompositions hospitalières et l'évolution des implantations qu'elles nécessitent :

-revisiter l'équilibre proximité / qualité-sécurité des plateaux techniques hospitaliers (chirurgie, périnatalité, médecine-HAD, oncologie, SSR) ;

-garantir la réponse à l'urgence pour tous (structures d'urgence, SAMU, SMUR, PDS)

; -faire émerger de nouvelles formes de coopérations.

La mise en œuvre de ces axes nécessitera également un accompagnement important des professionnels de santé, hospitaliers et libéraux.

### **C- Une planification de l'offre à fin 2017 et des perspectives ambitieuses à l'horizon**

**2025** Ce projet de 6<sup>ème</sup> révision du SROS s'articule en deux éléments distincts :

- il inscrit, pour un certain nombre de disciplines soumises à autorisation au sein du SROS, les évolutions d'implantation qui sont à engager d'ici la fin du SROS actuel. Ces évolutions seraient à soumettre à la consultation telle que prévue par les dispositions réglementaires. Cette partie du document constitue la traduction opposable de la planification telle que conduite généralement au sein du SROS, ou à travers ses révisions.

-il comporte les évolutions qui sont envisagées pour l'avenir, en reprenant l'ensemble des principes qui ont été dégagés au cours des travaux conduits en 2015 (réflexions autour de la taille critique, de la sécurité des soins et de la viabilité économique). Ces évolutions résultent des travaux menés en 2015, elles fixent une perspective à 2025 dans une démarche volontairement prospective qui vise à se préparer aujourd'hui pour demain. S'agissant d'évolutions attendues au-delà du SROS actuel, et qui devront être établies dans le cadre du futur schéma régional de santé, elles sont communiquées à titre d'information, mais permettent de dresser une ligne stratégique générale connue de tous, permettant d'anticiper et préparer ces évolutions.

- Les travaux engagés en 2015 s'inscrivaient volontairement dans une démarche prospective. Ils ont permis de partager et de s'approprier un certain nombre d'éléments et de données disponibles, à partir d'un état des lieux, intégrant des tendances lourdes et de phénomènes qu'il est possible d'anticiper. L'échéance 2025, si elle peut paraître lointaine, verra également la reconstruction du Centre hospitalier universitaire (CHU) de Caen. Elle constitue enfin un moment clé où l'installation de nouveaux professionnels médicaux devrait à ce moment-là permettre d'inverser le nombre de départs des précédentes générations de praticiens. Ces éléments constituent des enjeux déterminants de l'organisation de l'offre hospitalière.

Les réflexions menées dans le cadre de la reconstruction du CHU de Caen vont aboutir à concevoir un établissement hospitalo-universitaire fortement orienté sur la technicité, concentrant les activités de pointe et spécialisées autour de moyens d'investigation et de diagnostic les plus performants (biologie, imagerie,...), associées aux capacités de traitement les plus adéquates (imagerie interventionnelle, blocs opératoires, soins critiques de réanimation et soins intensifs). Simultanément, le développement des prises en charge ambulatoires se traduira également par une diminution capacitaire sensible du CHU qui souhaite favoriser la concentration des épisodes de soins aigus à travers une anticipation et une programmation accrue du parcours du patient en son sein.

Naturellement, le développement de l'ambulatoire hospitalier voire la généralisation d'épisodes d'hospitalisation « hors les murs » (hospitalisation à domicile, traitements à domicile) et l'innovation thérapeutique et technologique vont avoir en termes de capacités hospitalières une double conséquence. D'une part, les activités de « médecine à mains nues », c'est-à-dire des unités qui ne sont pas adossées à des plateaux techniques performants devraient progressivement disparaître, ou s'organiser en aval de ces derniers dans une logique de gradation des soins, où l'activité d'hébergement devrait se restreindre au profit de solutions organisées au domicile du patient. D'autre part, ces évolutions majeures induiront inéluctablement un renforcement des articulations entre les professionnels de ville, les établissements de santé et les structures et services médico-sociaux et sociaux, qu'il conviendra de renforcer davantage dans les différents territoires.

Les évolutions figurant dans ce projet de 6<sup>ème</sup> révision du SROS sont ambitieuses. Au-delà de fin 2017, les propositions qui sont faites sont indicatives et non-opposables. Elles sont quelquefois évaluées par le biais de fourchettes d'implantation présentant un minimum et un maximum, compte tenu des nombreuses incertitudes qui sont liées à un exercice de prévision à 10 ans.

#### **Périmètre du projet de 6<sup>ème</sup> révision du PRS – SROS :**

Volet 2 : Médecine et hospitalisation à domicile  
Volet 5 : Cancérologie  
Volet 6 : Périnatalité  
Volet 8 : Chirurgie  
Volet 9 : Soins de suite et de réadaptation (SSR)  
Volet 15 : Soins non programmés – Urgences.

Lors de la CSOS du 9 juin 2016, ce projet de 6<sup>ème</sup> révision du PRS – SROS a reçu un avis favorable (25 votants dont 15 favorables, 5 défavorables et 5 abstentions).

L'article 158 de la loi de modernisation du système de santé introduit une nouvelle disposition législative préfigurant le PRS2 à compter de 2018.

D'un point de vue juridique, eu égard aux dispositions de l'article 158 de la loi de modernisation du système de santé introduisant un nouveau format de projet régional de santé, les dispositions antérieures n'ont plus d'application et en l'absence de dispositions transitoires, la révision du PRS1 ne peut être réalisée.

Dès que de nouvelles dispositions réglementaires complémentaires seront parues, l'ARS de Normandie intégrera ces évolutions soit dans une sixième révision du SROS de Basse Normandie, soit dans le PRS 2.

# Partie I

## SROS ambulatoire



VOLET  
AMBULATOIRE



SROS



## Préambule

Le périmètre du schéma régional d'organisation des soins a été étendu aux soins de ville par la loi HPST du 21 juillet 2009.

Ce SROS 2012/2017 est le premier à inclure un volet schéma d'organisation des soins de ville.

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

Les missions essentielles des soins de premier recours sont ainsi définies par la loi HPST autour de trois axes :

- entrée dans le système de soins : diagnostic, orientation et traitement ;
- suivi du patient et 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.

Ainsi, la partie ambulatoire du SROS 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 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 la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Dans ce premier schéma ambulatoire, l'accent est mis, en premier lieu, sur le développement des modes d'exercice coordonnés entre professionnels de santé libéraux du premier recours : pôles de santé libéraux et ambulatoires (PSLA), maisons de santé pluridisciplinaires (MSP), centres de santé (CDS).

Le schéma met également l'accent sur le développement de la démarche qualité des pratiques via le soutien apporté aux groupes qualité, ainsi que sur le développement de l'approche préventive et des pratiques collaboratives entre professions de santé, favorisées et soutenues par les nouveaux modes de rémunération.

Les axes de ce SROS ambulatoire ont été repris en 2012 dans le cadre du « pacte territoire santé » national qui s'est décliné en 12 objectifs. Parmi ces derniers, on retrouve :

- le développement des stages en cabinet de ville ;
- l'installation des jeunes médecins dans les territoires fragiles ;
  - le travail en équipe notamment dans les territoires ruraux et périurbains.

Le présent bilan est donc structuré autour de la déclinaison régionale des axes de ce pacte qui ont été adaptés aux besoins des territoires de la région Basse-Normandie.

## Principaux constats 2010/2012

1- Une démographie des professionnels du 1<sup>er</sup> recours assez préoccupante (en particulier omnipraticiens et chirurgiens -dentistes), même si l'évaluation de la politique PSLA de 2013, a démontré sa capacité à contribuer au maintien de l'offre médicale sur les territoires comprenant des PSLA.

2- La nécessité de renforcer le nombre de maîtres de stage et de promouvoir systématiquement auprès des médecins généralistes est un moyen de faire découvrir la médecine libérale aux étudiants.

3- L'ouverture et la montée en charge de nombreux PSLA, structures dont l'exercice coordonné et regroupé est particulièrement plébiscité par les nouvelles générations de professionnels de santé.

4- La nécessité de développer les liens ville-hôpital notamment à travers les CPOM.



*principaux  
constats*

► **Des perspectives d'évolution** ■ ■ ■

# 1 – Une démographie des professionnels de santé du 1<sup>er</sup> recours fortement défavorable et des disparités infra régionales



## La situation de l'offre en (début SROS) :

### ➤ Les omnipraticiens

| Effectif au 31/12 | 2005 | 2014 |
|-------------------|------|------|
| Moins de 40 ans   | 219  | 180  |
| 40 à 49 ans       | 299  | 207  |
| 50 à 54 ans       | 300  | 205  |
| 55 à 60 ans       | 279  | 352  |
| Plus de 60 ans    | 78   | 330  |
| TOTAL             | 1175 | 1274 |

### ➤ Les chirurgiens-dentistes

| Effectif au 31/12 | 2005                  | 2014 |
|-------------------|-----------------------|------|
| Moins de 40 ans   | <i>Pas de données</i> | 128  |
| 40 à 49 ans       | <i>Pas de données</i> | 114  |
| 50 à 54 ans       | <i>Pas de données</i> | 90   |
| 55 à 60 ans       | <i>Pas de données</i> | 102  |
| Plus de 60 ans    | <i>Pas de données</i> | 92   |
| TOTAL             | <i>Pas de données</i> | 526  |

### ➤ Les kinésithérapeutes libéraux

| Effectif au 31/12 | 2005 | 2014 |
|-------------------|------|------|
| Moins de 40 ans   | 345  | 422  |
| 40 à 49 ans       | 198  | 216  |
| 50 à 54 ans       | 114  | 88   |
| 55 à 60 ans       | 122  | 94   |
| Plus de 60 ans    | 60   | 79   |
| TOTAL             | 839  | 899  |

### ➤ Les infirmiers libéraux

| Effectif au 31/12 | 2005 | 2014 |
|-------------------|------|------|
| Moins de 40 ans   | 270  | 409  |
| 40 à 49 ans       | 447  | 457  |
| 50 à 54 ans       | 190  | 236  |
| 55 à 60 ans       | 115  | 239  |
| Plus de 60 ans    | 27   | 70   |
| TOTAL             | 1049 | 1411 |

## 2 – Développer les stages en médecine générale pour les étudiants en médecine



### Etudiants de second cycle et de troisième cycle

Les stages des internes sont semestriels : de novembre à avril et de mai à octobre.

Il existe 2 types de stages auprès des médecins généralistes : 1<sup>er</sup> niveau (stage praticien) et 2<sup>ème</sup> niveau (SASPAS).

- De novembre 2014 à avril 2015 : 44 stages « praticien » et 17 SASPAS
- De mai à octobre 2015 : 38 stages « praticien » et 187 SASPAS

Actuellement, la Normandie occidentale dispose de 134 médecins généralistes agréés maîtres de stage universitaire (2<sup>nd</sup> et 3<sup>ème</sup> cycles) dans le Calvados, 105 dans la Manche et 52 dans l'Orne. Une trentaine de praticiens sont en cours d'agrément.

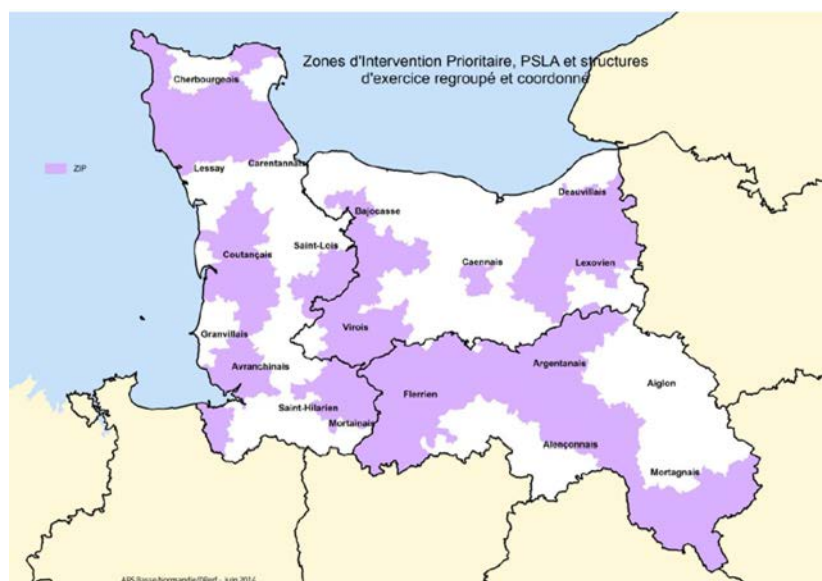
### **Perspectives :**

Développer la maîtrise de stage et en faire la promotion auprès des médecins généralistes ; il s'agit de la seule obligation posée par l'ARS auprès des médecins impliqués dans un projet de PSLA.

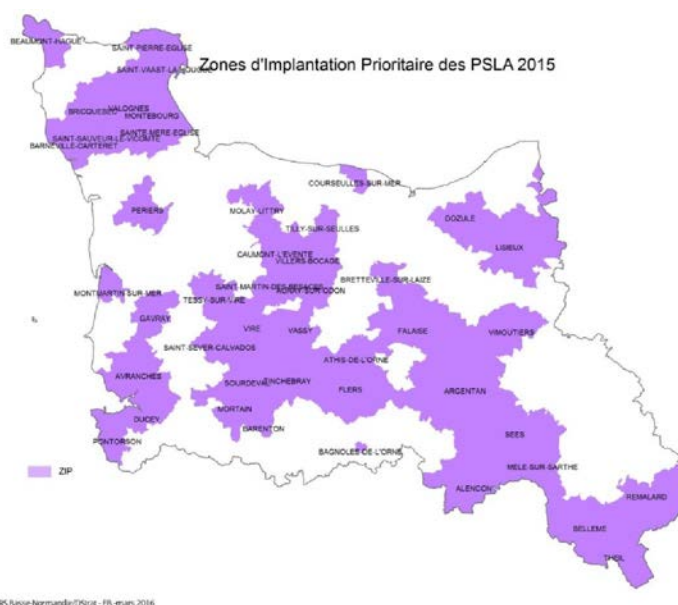




## Carte ZIP PLSA 2014



## Carte ZIP PLSA 2015



Conformément à la méthodologie de la carte ZIP PLSA, les territoires des PLSA ayant bénéficié des fonds publics sont neutralisés.

Cette carte permet aux financeurs de la politique PLSA de visualiser les zones des futures interventions possibles. Il est important de signaler qu'une neutralisation d'un territoire ne signifie pas que celui-ci n'est

plus en déficit médical : en effet, le nombre de médecins généralistes installés dans les PSLA ne compensent pas toujours les départs à la retraite.

### Bilan des actions d'incitation individuelles relevant de l'ARS :

#### Les étudiants : CESP

Les étudiants inscrits dans le cadre de l'année universitaire 2015/2016 sont pris en compte.

|                  | Nombre de CESP universitaire 2010-2011 proposés | de signés | Nombre de CESP universitaire 2011-2012 proposés | de signés | Nombre de CESP universitaire 2012-2013 proposés | de signés | Nombre de CESP universitaire 2013-2014 proposés | de signés | Nombre de CESP universitaire 2014-2015 proposés | de signés | Nombre de CESP universitaire 2015-2016 proposés | de signés |
|------------------|---|-----------|---|-----------|---|-----------|---|-----------|---|-----------|---|-----------|
| <b>Etudiants</b> | 5   | 3         | 8   | 2         | 8   | 10        | 8   | 6         | 8   | 9         | 8   | 8         |
| <b>Internes</b>  | 9   | 1         | 5   | 6         | 9   | 1         | 7   | 5         | 7   | 2         | 5   | 5         |
| <b>Total</b>     | 14  | 4         | 13  | 8         | 17  | 11        | 15  | 11        | 15  | 11        | 13  | 13        |

Au 10 mai 2016, 60 jeunes « bas-normands » sont sous contrat CESP : 51 sont en cours de formation et perçoivent l'allocation, 9 sont installés dans le cadre de leur contrat et ne perçoivent plus l'allocation :

- **30 d'entre eux sont étudiants** de 2<sup>ème</sup> cycle, et leur projet d'installation n'est pas encore défini. Cependant 17 d'entre eux envisagent de s'installer dans l'un des 3 départements bas-normands.
- **21 sont internes en médecine générale** (3<sup>ème</sup> cycle) parmi eux :  
5 terminent leur cursus fin 2016, 1 va s'installer dans le Calvados, 2 dans la Manche et 2 dans l'Orne ;  
6 termineront leur cursus fin 2017 : 1 a pour projet de s'installer dans le Calvados, 1 dans la Manche et 1 dans l'Orne, 2 autres n'ont pas encore déterminé le lieu mais souhaitent rester en Basse-Normandie, 1 souhaite regagner sa région d'origine PACA.
- **9 ont terminés leur cursus** et sont installés comme médecin généraliste dans le cadre de leur CESP : 1 exerce dans le Calvados, 3 dans la Manche, 3 dans l'Orne et 2 en Bretagne.

#### Les jeunes installés : PTMG et PTMA

Le décret 2013-736 du 14 août 2013 ouvre la possibilité aux médecins non encore installés ou installés à titre libéral depuis moins d'un an de bénéficier d'un contrat de Praticien Territorial de Médecine Générale sous réserve d'une installation dans un territoire classé déficitaire ou fragile (Carte Zonage pluriprofessionnel et Carte ZIP PSLA). Ce contrat est valable un an et peut être reconductible une fois. Le PTMG réalisant en propre un nombre minimal d'actes (165 actes / mois pour un emploi à temps plein) se voit garantir un revenu mensuel plafonné à 6900€ bruts et le bénéficie d'un dispositif assurantiel maladie et maternité.

Nombre de contrats PTMG signés :

|    | 2013<br>(sept. à décembre) | 2014 | 2015 | 2016<br>(janv. à mai) | TOTAL |
|----|----------------------------|------|------|-----------------------|-------|
| 14 | 0                          | 0    | 2    | 0                     | 2     |
| 50 | 0                          | 4    | 0    | 0                     | 4     |
| 61 | 1                          | 2    | 5    | 1                     | 9     |



A l'échelle de la Normandie, 6 contrats ont été signés en 2014, 21 en 2015 et 7 en 2016 (11/2016). Aujourd'hui, 29 contrats PTMG, dont 65,5 % de femmes médecins, sur 34 possibles sont en cours.

#### **Bilan des actions d'information et d'accompagnement :**

Chaque signature d'un contrat de Praticien Territorial en Médecine Générale s'est accompagnée d'une rencontre à l'ARS. Des documents relatifs à ce contrat de PTMG, sous format papier ou dématérialisés, ont été créés afin de répondre aux besoins d'informations des candidats potentiels.

Il est intéressant de noter que sur les 15 contrats signés depuis 2013, 7 l'ont été avec des médecins étrangers, notamment dans le département de l'Orne.

#### **Perspectives :**

Le déploiement du dispositif PTMG est une priorité et fait partie des principales mesures contributives au maintien de l'offre de santé dans les territoires les plus fragilisés en complément des leviers de la politique régionale.

## 4 – Le développement de l'exercice pluri professionnel regroupé et coordonné et les nouveaux modes de rémunération

### Bilan des actions de réorganisation de l'offre de 1<sup>er</sup> recours :

#### Etat des lieux PSLA en 2012

|                        | <b>CALVADOS</b>                      | <b>MANCHE</b>   | <b>ORNE</b>   |
|------------------------|--------------------------------------|---|---|
| <b>OUVERTS</b>         | Grâce de Dieu (Caen)<br>Ifs<br>Orbec | Saint-James<br>Villedieu-les-Poêles                               | Gacé<br>Moulins-la-Marche<br>(satellite de L'Aigle) |
| <b>INITIES EN 2011</b> | Condé-sur-Noireau<br>Isigny-sur-Mer  | Carentan<br>La Sélune (Le Teilleul)<br>Lessay<br>La Haye du Puits | L'Aigle<br>Mortagne-au-Perche                       |

#### Etat des lieux PSLA en 2015

|  | <b>CALVADOS</b>   | <b>MANCHE</b>   | <b>ORNE</b>  |
|--|---|---|--|
| <b>OUVERTS</b>                                 | Bayeux<br>Condé-sur-Noireau<br>Deauville<br>Grâce de Dieu (Caen)<br>Ifs<br>Honfleur<br>Isigny-sur-Mer<br>Livarot<br>Orbec<br>Thury-Harcourt   | Carentan<br>La Sélune (Le Teilleul)<br>Lessay<br>La Haye du Puits<br>Saint-James<br>Saint-Jean de<br>Daye/pont-Hébert<br>Villedieu-les-Poêles | Domfront<br>Gacé<br>L'Aigle/Moulins-la-<br>Marche (satellite de<br>L'Aigle)<br>La Ferté Macé<br>Mortagne-au-Perche               |
| <b>INITIES EN 2012, 2013,<br/>2014 et 2015</b> | Bretteville-sur-Laize<br>Caumont l'Eventé<br>Falaise<br>Lisieux<br>Mézidon-Canon<br>Pont l(Evêque<br>Saint-Pierre-sur-Dives<br>Tilly-sur-Seulles<br>Trévières<br>Villers-Bocage<br>Vire | Avranches<br>Bricquebec/Brix<br>Coutances<br>Mortain<br>Torigni-sur-Vire<br>Valognes  | Alençon<br>Argentan/Écouché<br>La Ferté Fresnel<br>Putanges Pont Ecrepin<br>Rémalard<br>Sées<br>Val d'Huisne Ornaï<br>Vimoutiers |

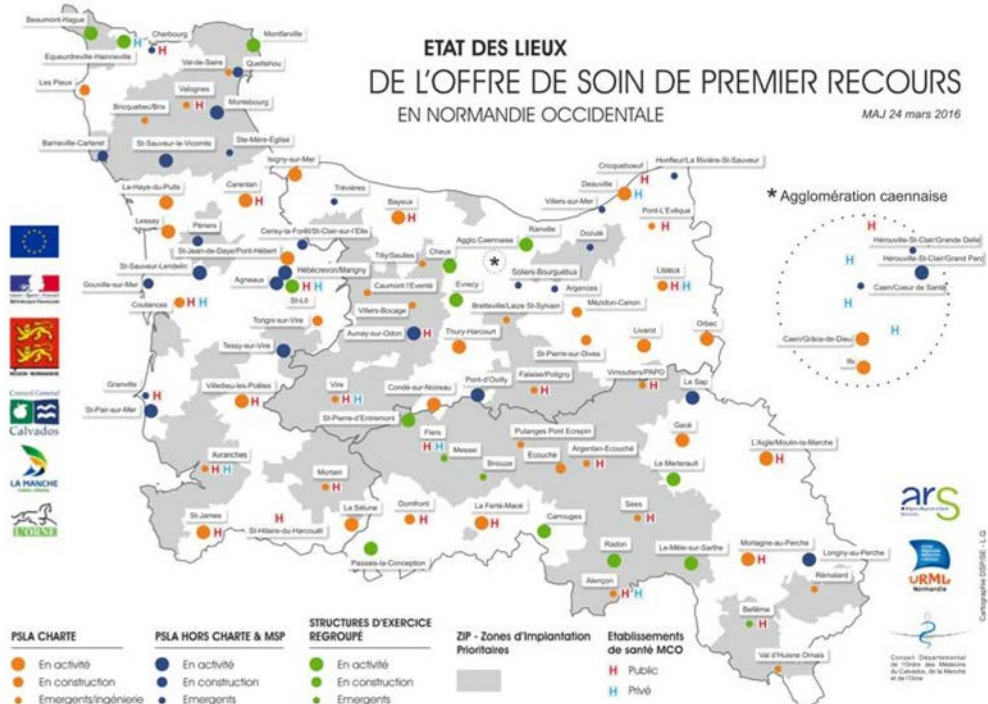
La politique PSLA a permis de faire émerger des structures d'exercice coordonnée et regroupé de type MSP soit dans un cadre privé soit portées par des collectivités publiques sans que celles-ci puissent bénéficier de l'ensemble des subventions mobilisables de la Charte.

|                 | <b>CALVADOS</b>   | <b>MANCHE</b>  | <b>ORNE</b>   |
|-----------------|---|--|---|
| <b>OUVERTES</b> | Aunay-sur-Odon<br>Cheux<br>Evrecy<br>Hérouville Saint-<br>Clair/Grand Parc<br>Pont d'Ouilly<br>Ranville | Agneaux<br>Beaumont-Hague*<br>Equeurdreville*<br>Hébécron- Marigny<br>Montebourg<br>Montfarville*<br>Saint-Lô*<br>Saint-Pair-sur-Mer<br>Saint-Sauveur-Lendelin<br>Saint-Sauveur-le-<br>Vicomte<br>Tessy-sur-Vire | Carrouges *<br>Le Mêle-sur-Sarthe *<br>Le Sap<br>Longny-au-Perche<br>Passais-la-Conception *<br>Saint-Pierre d'Entremont<br>*<br>Le Merlerault *<br>Radon * |

|            |  |   |                        |
|------------|--|---|------------------------|
| EN COURS   |  | Barneville-Carteret<br>Cerisy-la-Forêt/Saint-Clair sur l'Elle<br>Gouville-sur-Mer<br>Périers<br>Quettehou | Messei                 |
| EN PROJETS | Argences<br>Cœur de Santé Caen<br>Dozulé<br>Hérouville Saint-Clair/<br>Grande Delle<br>Villers-sur-Mer | Cherbourg La Glacerie<br>Granville<br>Sainte-Mère Eglise  | Bellême *<br>Briouze * |

\*Structure sans projet de santé

La « **prise en compte de l'ensemble de ces structures d'exercice regroupé** dans l'objectif de la mise en réseau et de la couverture du territoire, dès lors que les structures disposent d'un projet de santé validé par les instances de la Charte » a permis d'obtenir la carte suivante relative au maillage territoriale des PSLA, MSP et regroupements de Normandie occidentale :



## Des nouveaux modes de rémunération qui ont permis de développer de nouvelles missions

### L'expérimentation de nouveaux modes de rémunération (ENMR)

Cette expérimentation avait pour objet de diversifier les rémunérations de l'exercice libéral en incitant à un exercice pluridisciplinaire regroupé, dans la perspective d'améliorer l'obligation de continuité des soins (des horaires d'accueil adaptés aux besoins des patients), d'encourager la coordination et la coopération entre professionnels de santé (nouvelle répartition des missions entre professionnels, notamment par la prise en charge des maladies chroniques) et de développer des services innovants pour les patients (prévention, éducation à la santé, prise en compte de la santé des aidants familiaux...).

Il s'agissait de tester dans quelle mesure ces modes de rémunérations alternatifs au paiement à l'acte favorisaient la qualité et l'efficacité des soins de 1<sup>er</sup> recours.

Cette expérimentation se déclinait initialement sur 3 modules :

1. « Missions coordonnées »
2. « Education thérapeutique du patient »
3. « Coopération entre professionnels de santé » / ASALEE

La Basse-Normandie a expérimenté dès 2011 ces nouveaux modes de rémunération avec 5 sites volontaires :

- PSLA de la Grâce de Dieu
- Pôle de Santé d'Ifs
- PSLA d'Orbec
- MSP de Le Sap
- PSLA de Saint-James

Ces 5 sites ont contractualisé avec l'ARS de Basse-Normandie et la CPAM du Calvados au titre du module 1. Le PSLA de Saint-James a également contractualisé au titre du module 2.

Initialement prévue sur une période de 5 ans (2008/2012), l'expérimentation a été repoussée jusqu'à fin 2014 avec la possibilité sur cette dernière année de l'ouvrir à 150 nouveaux sites sur l'ensemble du territoire national.

5 nouveaux sites ont été sectionnés :

- PSLA de Deauville
- PSLA d'Isigny-sur-Mer
- PSLA de Villedieu-les-Poêles
- PSLA de La Ferté Macé
- PSLA de L'Aigle

Ces 5 nouveaux sites ont contractualisés avec l'ARS de Basse-Normandie et la CPAM du Calvados au titre du module 1 bis.

L'extension à la Basse-Normandie du protocole ASALEE prise par arrêté par le DG ARS a permis la candidature en 2015 du PSLA de La Haye du Puits et du PSLA d'Ifs.

Les résultats de l'évaluation continue, réalisée par l'IRDES, ont permis de conclure favorablement à l'expérimentation. L'exercice collectif interprofessionnel :

- permet de maintenir une offre de soins dans les zones moins bien dotées ;
- est plus performant en termes d'activité et de productivité, de consommation et de qualité des soins.

Le règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité a été approuvé par arrêté du 23 février 2015 publié au journal officiel du 27 février 2015.

Il a pour objectif de pérenniser les expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) des structures de santé pluri professionnelles formalisées mises en place dans le cadre de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2008, arrivées à échéance le 31 décembre 2014.

Il se substitue à l'accord conventionnel interprofessionnel dont la négociation n'a pas abouti fin octobre 2014.

Il met en place une rémunération spécifique aux structures pluri professionnelles en contrepartie d'un certain nombre d'engagements reposant sur 3 axes :

- l'accès aux soins ;
- le travail en équipe ;
- l'utilisation d'un système informationnel partagé.

### ***Règlement arbitral***

#### **Equipes organisées selon les critères du règlement arbitral**

#### **Equipes organisées selon les critères du règlement arbitral – juin 2016**

|    |        |
|----|--------|
| 50 | 2 PSLA |
| 61 | 2 PSLA |

**Effets sur l'attractivité des territoires :**

Sur les 10 sites engagés dans l'Expérimentation des Nouveaux Mode de Rémunération, seuls 9 sites ont fait le choix d'intégrer le dispositif du Règlement Arbitral (RA).

**Perspectives :**

L'intégration au dispositif au RA est proposée à l'ensemble des PSLA dans le cadre d'un accompagnement conjoint ARS/CPAM.

## 5 – Le développement d’actions d’amélioration des pratiques en médecine générale : protocoles de coopération, groupes qualité

### Bilan du protocole ASALEE

Cf. : ENMR

### Les groupes qualité : bilan

Les groupes qualité, mis en place en 2015 en ex-Basse-Normandie, ont pour objectifs de :

- ❖ permettre aux médecins d’une même zone géographique de se rencontrer régulièrement pour échanger sur leur pratique et sur les problèmes qu’ils rencontrent, et de rompre ainsi leur isolement,
- ❖ développer de nouvelles formes de relations professionnelles et constituer un groupe professionnel reconnu, support d’une meilleure organisation de la profession en lien avec les autres acteurs de santé et en réponse aux besoins d’une population locale,
- ❖ responsabiliser les médecins en termes d’organisation et de fonctionnement du système de santé dans le cadre d’engagements partagés avec l’Assurance Maladie,
- ❖ valoriser l’engagement des médecins par la reconnaissance du travail réalisé au sein des Groupes Qualité en indemnisant les séances et agréant cette démarche comme méthode d’évaluation collective des pratiques, mais aussi par l’accompagnement de projets professionnels.

En 2012, la région Basse-Normandie comprenait 15 groupes qualité sur l’ensemble de la région, représentant 217 médecins généralistes.

Au 31 décembre 2015, la région comptait 24 groupes qualité, représentant 260 médecins généralistes dont :

- ❖ 9 dans le département du Calvados
- ❖ 9 dans le département de La Manche
- ❖ 7 dans le département de l’Orne

Chaque groupe est accompagné par un animateur, recruté parmi les médecins de terrain, disposant de compétences en animation de groupes. Il suit au préalable une formation spécifique.

Chaque groupe qualité organise 10 réunions par an, 6 « *staffs* » et 4 réunions de restitution. Un coordinateur suit les travaux des groupes et organise les travaux sur des thématiques communes.

Au-delà des évaluations économiques conduites par l’Assurance maladie qui plaident en faveur de pratiques des médecins appartenant aux groupes qualité, l’intérêt de ces groupes est également de favoriser un travail entre médecins d’un même territoire, permettant de rompre l’isolement professionnel. Ces groupes constituent également un levier très intéressant pour les projets de regroupement des professionnels du premier recours.

### Groupes qualité : perspectives

En 2016, 4 nouveaux groupes seront créés : Coutances, Lisieux, Ouistreham et un 2ème groupe sur Avranches.

**VOLET**

**Réseaux de santé**

**SROS**





## Préambule

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST) place le médecin généraliste de premier recours au centre de la coordination des soins, en lui confiant la responsabilité « d'orienter ses patients, selon leurs besoins » et de « s'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients ».

Elle lui confère donc un rôle pivot dans l'organisation et la mise en œuvre des fonctions d'entrée dans le système de soins (diagnostic, orientation, traitement), de suivi du patient et de coordination de son parcours (y compris dans le secteur médico-social), de relais des politiques de santé publique dont la prévention, le dépistage, l'éducation à la santé.

Le 28 septembre 2012, la DGOS est venue préciser le rôle des réseaux de santé au travers d'un guide intitulé « Améliorer la coordination des soins : comment faire évaluer les réseaux de santé ? ».

Il convient de préciser que les réseaux à cahier des charges national (réseaux de cancérologie et de périnatalité) ne sont pas concernés par ce guide. Par ailleurs, pour les réseaux portant sur la sclérose en plaques, un cahier des charges spécifique doit intervenir suite au bilan national relatif aux maladies neurodégénératives (PNMD) qui sera issu des diagnostics régionaux établis par les ARS en 2016.

Ainsi, le réseau de santé est une structure d'appui au médecin de premiers recours ayant un rôle pivot pour le suivi de ses patients en situation complexe (la complexité se définissant d'un point de vue médical et/ou social).

Cette coordination du parcours de santé est assurée au travers d'un Plan Personnalisé de Soins (PPS) validé par le médecin traitant et réévalué, à minima, annuellement.

Ainsi, le rôle attendu d'un réseau de santé se décline en l'organisation, la planification et le suivi du parcours de santé du patient complexe, l'interface ville/hôpital et l'articulation entre l'ensemble des intervenants des secteurs sanitaire, médico-social et social.

Par ailleurs, le guide préconise de développer une polyvalence sur les thématiques prioritaires que sont les soins palliatifs, la cancérologie de proximité, le maintien à domicile des personnes âgées, les maladies chroniques (diabète, asthme, BPCO, maladies cardio-vasculaires...). Enfin, la conclusion d'un CPOM avec l'ARS est recommandée.

Enfin, pour les structures dont l'activité est très spécialisée, et qui ne relèvent pas directement de la coordination d'appui au médecin de premier recours, le guide préconise :

- ❖ l'intégration dans un établissement de santé
- ❖ l'intégration dans un centre de référence, un centre correspondant ou une structure spécialisée

Ce rôle pivot du médecin traitant a été confirmé par la loi 2016-41, dite loi de santé, du 26 janvier 2016 dans le cadre du virage ambulatoire.



Le virage de l'ambulatoire consiste, à la fois, en l'accélération de la chirurgie ambulatoire au sein des établissements de santé, à la réduction moyenne de séjour, au transfert des prises en charge vers la ville, au développement de la médecine ambulatoire, de l'hospitalisation à domicile et de SSR.

Ainsi, les réseaux de santé, en lien avec les médecins de premiers recours, sont un maillon du développement du virage ambulatoire favorisant le développement des parcours des patients en situation complexe entre l'hôpital et la ville.

A l'élaboration du SROS Ambulatoire, les constats pour les réseaux de santé sont :

- ❖ le décroisement des prises en charge : rôle de coordination des réseaux pour les parcours des patients en situation complexe
- ❖ la mise en place d'un système d'information régional communiquant

La déclinaison, au niveau régional de la politique nationale, a conduit à l'élaboration de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) permettant de recentrer les réseaux sur leur mission de coordination d'appui aux médecins de premiers recours pour les patients complexes.

## 1 – Décloisonnement des prises en charge : rôle de coordination des réseaux pour les patients en situation complexe

### Constats

- 10 réseaux de santé financés sur le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) dont
- 6 réseaux régionaux
  - 4 réseaux infra-départementaux

| THEMATIQUES   | NOMBRE DE RESEAUX | TYPLOGIE D'ACTIVITE  | COUVERTURE REGIONALE |
|---|-------------------|--|----------------------|
| Enfants présentant des troubles spécifiques du langage et des apprentissages  | 1                 | Appui à la coordination  | Totale               |
| Nouveaux nés et grossesses à risque   | 1                 | Appui à la coordination  | Totale               |
| Handicap  | 1                 | Spécialisé   | Totale               |
| Education thérapeutique du patient (diabète, obésité, insuffisance cardiaque) | 1                 | ETP  | Totale               |
| Sclérose en plaques   | 1                 | Appui à la coordination  | Totale               |
| Cancérologie  | 1                 | Coordination des opérateurs et amélioration continue des pratiques en cancérologie | Totale               |
| Soins palliatifs  | 2                 | Spécialisé   | Partielle            |
| Obésité infantile   | 2                 | Spécialisé   | Partielle            |

### Bilan à mi-parcours

L'objectif d'un réseau est de faire bénéficier le patient de la « bonne réponse (médicale, médico-sociale, sociale), au bon endroit, au bon moment par le bon professionnel» sur un territoire, sans se substituer aux ressources disponibles ni pallier les dysfonctionnements existants.

Ainsi, des restructurations ont été opérées afin d'inscrire les réseaux de santé dans les objectifs du guide, dans le cadre de la négociation de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).

Ces CPOM revêtent plusieurs enjeux :

- définir précisément le positionnement et les transformations éventuelles que chacun des réseaux de santé s'engage à réaliser au regard des orientations du SROS-PRS,
- déterminer les modalités de transition des réseaux de santé vers les nouvelles missions et organisations préconisées dans le guide méthodologique,
- structurer et simplifier le dialogue de gestion entre les réseaux de santé et l'ARS : le CPOM doit servir de base à la mise en place d'un dialogue annuel. La restitution par les réseaux de leur rapport d'activité annuel peut être l'occasion de mettre en œuvre cette discussion et de revoir les objectifs annuels,
  - renforcer le suivi de l'activité des réseaux de santé via des indicateurs de performance.

A la suite de la campagne de conclusion des CPOM, débutée en 2014, la partie occidentale de la Normandie compte 6 réseaux de santé, financés via le Fonds d'intervention Régional (FIR), placés au service de l'affirmation des priorités stratégiques régionales.

| THEMATIQUES   | NOMBRE DE RESEAUX 2013 | NOMBRE DE RESEAUX 2016 | TYPLOGIE D'ACTIVITE  | COUVERTURE REGIONALE |
|---|------------------------|------------------------|--|----------------------|
| Enfants présentant des troubles spécifiques du langage et des apprentissages  | 1                      | 1                      | Appui à la coordination  | Totale               |
| Nouveaux nés et grosses à risque  | 1                      | 1                      | Appui à la coordination  | Totale               |
| Handicap  | 1                      | 1                      | Spécialisé   | Totale               |
| Education thérapeutique du patient (diabète, obésité, insuffisance cardiaque) | 1                      | 0                      | ETP  | Totale               |
| Sclérose en plaques   | 1                      | 1                      | Appui à la coordination  | Totale               |
| Cancérologie  | 1                      | 1                      | Coordination des opérateurs et amélioration continue des pratiques en cancérologie | Totale               |
| Soins palliatifs  | 2                      | 0                      | Spécialisé   | Partielle            |
| Obésité infantile   | 2                      | 1                      | Spécialisé   | Partielle            |

Les évolutions opérées sont les suivantes :

- ❖ **1<sup>er</sup> octobre 2013** : fusion des deux réseaux infra-départementaux de La Manche sur l'obésité infantile afin d'obtenir une couverture départementale sur l'ensemble du territoire de santé de La Manche.
- ❖ **1<sup>er</sup> janvier 2015** : au 1<sup>er</sup> juillet 2012, les réseaux ayant pour thématique la prise en charge des maladies chroniques, notamment sur le diabète et l'obésité adulte, ont vu leurs missions recentrées sur l'éducation thérapeutique du patient. A ce titre, ils ont été regroupés au sein d'un Espace Régional d'Education Thérapeutique (ERET), dont l'objet est de promouvoir et développer la pratique de l'éducation thérapeutique sur le territoire occidentale de la Normandie. Il a pour mission d'obtenir une couverture régionale suffisante et satisfaisante de réalisation de l'éducation thérapeutique de patient (ETP) en proximité via des antennes territoriales. Ainsi, les financements de l'ERET ont été transférés, depuis janvier 2015, via la MIG « Education thérapeutique » du FIR à la Direction de la Santé Publique.
- ❖ en l'absence de possibilité de développer la polyvalence préconisée par le guide méthodologique de 2012 sur les thématiques prioritaires, dont les soins palliatifs, il a été décidé la transformation de deux réseaux de soins palliatifs en Equipe Mobile Territoriale de Soins Palliatifs intra et extra hospitalière (concept associant équipe mobile de soins palliatifs et équipe de territoire) :
  - **1<sup>er</sup> mars 2015** : territoire de santé du Calvados, plateau caennais
  - **1<sup>er</sup> janvier 2016** : territoire de santé du Calvados, Bessin et pré-bocage

### **Perspectives**

- ❖ Surpoids et obésité infantile : couverture de l'ensemble du territoire de la Normandie,
- ❖ Education thérapeutique du patient : intégration de 3 réseaux existants en partie orientale dans l'ERET,
- ❖ Sclérose en plaques : intégration dans l'activité de coordination de l'ensemble des pathologies prévues au plan maladies neuro-dégénératives et rapprochement avec le réseau oriental,
- ❖ Réflexion sur l'élargissement de la Plateforme « P2RS », créée en partie orientale de la Normandie, aux structures volontaires,
- ❖ Mise en place dans l'ensemble des réseaux de santé de la note de cadrage de la Haute Autorité de Santé (HAS) de mai 2015 sur les prestations dérogatoires, notamment en matière d'étayage psychologique.

## 2 – Mettre en place un système d'information régional communiquant (SI de coordination)

### Constats

- ❖ Un faible niveau d'informatisation dans les réseaux
- ❖ Pas de messagerie sécurisée ni d'annuaires
- ❖ Identification des patients imparfaitement maîtrisée
- ❖ Compatibilité avec le Dossier Médical Partagé (DMP) non garantie

### Bilan à mi-parcours

Un système d'information de coordination est en cours de déploiement en lien avec le GCS Télésanté, afin de faciliter les échanges et renforcer les liens entre les acteurs participant à la coordination du parcours des patients via, notamment, un recueil homogène des informations (fluidité du parcours, coordonné et décroisé afin de garantir une continuité et une cohérence des soins).

Ce système répondra aux attendus du guide méthodologique de 2012 et à l'ensemble des exigences de l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé (ASIP) à savoir sécurisation des données des patients, compatibilité avec le DMP, dossier communiquant entre les professionnels de santé, les MAIA et les réseaux, interopérabilité avec d'autres systèmes d'information (systèmes d'information des établissements de santé).

Il comporte deux volets :

- ❖ Le système d'information de coordination (SICO)
  - **2014** : déploiement en cours pour l'éducation thérapeutique du patient sur un site pilote : le site régional de l'ERET
- ❖ Le Dossier Communiquant en Cancérologie (DCC)

### Perspectives

Le même prestataire est retenu sur l'ensemble de la Normandie permettant, ainsi, de dupliquer les volets développés de la partie orientale vers la partie occidentale et de la partie occidentale vers la partie orientale :

- ❖ De la Normandie orientale vers la Normandie occidentale : déploiement des volets ad hoc (soins palliatifs, gérontologie, cancérologie de proximité) dans les structures de coordination d'appui aux cas complexes
- ❖ De la Normandie occidentale vers la Normandie orientale : déploiement du volet Education Thérapeutique du Patient
- ❖ Convergence infra-régionale
  - En cours : harmonisation des fiches de Réunions de Concertation Pluriprofessionnelle (RCP)
  - Rapatriement du DCC occidental sur le DCC oriental, à la suite de l'abandon de la location au GCS de Picardie par le réseau de cancérologie oriental



## Préambule

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST) place le médecin généraliste de premier recours au centre de la coordination des soins, en lui confiant la responsabilité « d'orienter ses patients, selon leurs besoins » et de « s'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients ».

Elle lui confère donc un rôle pivot dans l'organisation et la mise en œuvre des fonctions d'entrée dans le système de soins (diagnostic, orientation, traitement), de suivi du patient et de coordination de son parcours (y compris dans le secteur médico-social), de relais des politiques de santé publique dont la prévention, le dépistage, l'éducation à la santé.

Le 28 septembre 2012, la DGOS est venue préciser le rôle des réseaux de santé au travers d'un guide intitulé « Améliorer la coordination des soins : comment faire évaluer les réseaux de santé ? ».

Il convient de préciser que les réseaux à cahier des charges national (réseaux de cancérologie et de périnatalité) ne sont pas concernés par ce guide. Par ailleurs, pour les réseaux portant sur la sclérose en plaques, un cahier des charges spécifique doit intervenir suite au bilan national relatif aux maladies neurodégénératives (PNMD) en cours au sein des ARS.

Ainsi, le réseau de santé est une structure d'appui au médecin de premiers recours ayant un rôle pivot pour le suivi de ses patients en situation complexe (la complexité se définissant d'un point de vue médicale et/ou sociale).

Cette coordination du parcours de santé est assurée au travers d'un Plan Personnalisé de Soins (PPS) validé par le médecin traitant et réévalué, à minima, annuellement.

Ainsi, le rôle attendu d'un réseau de santé se décline en l'organisation, la planification et le suivi du parcours de santé du patient complexe, l'interface ville/hôpital et l'articulation entre l'ensemble des intervenants des secteurs sanitaire, médico-social et social.

Par ailleurs, le guide préconise de développer une polyvalence sur les thématiques prioritaires que sont les soins palliatifs, la cancérologie de proximité, le maintien à domicile des personnes âgées, les maladies chroniques (diabète, asthme, BPCO, maladies cardio-vasculaires...). Enfin, la conclusion d'un CPOM avec l'ARS est recommandée.

Enfin, pour les structures dont l'activité est très spécialisée, et qui ne relèvent pas directement de la coordination d'appui au médecin de premier recours, le guide préconise :

- l'intégration dans un établissement de santé
- l'intégration dans un centre de référence, un centre correspondant ou une structure spécialisée

Ce rôle pivot du médecin traitant a été confirmé par la loi 2016-41, dite loi de santé, du 26 janvier 2016 dans le cadre du virage ambulatoire.

Le virage l'ambulatoire consiste, à la fois, en l'accélération de la chirurgie ambulatoire au sein des établissements de santé, à la réduction des durées moyennes de séjour, au transfert des prises en charge vers la ville, au développement de l'ensemble des alternatives à l'hospitalisation à temps complet (en médecine et SSR) et de l'hospitalisation à domicile.

Ainsi, les réseaux de santé, en lien avec les médecins de premiers recours, sont un maillon du développement du virage ambulatoire favorisant le développement des parcours des patients en situation complexe entre l'hôpital et la ville.

A l'élaboration du SROS Ambulatoire, les enjeux identifiés pour les réseaux de santé sont :

- le décloisonnement des prises en charge : rôle de coordination des réseaux pour les parcours des patients en situation complexe
- la mise en place d'un système d'information régional communiquant

La déclinaison, au niveau régional de la politique nationale, a conduit à l'élaboration de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) permettant de recentrer les réseaux sur leur mission de coordination d'appui aux médecins de premiers recours pour les patients complexes.

## Principaux constats au moment de l'élaboration du SROS/PRS 2013-2018



*Principaux  
constats*

- 1 – Coordonner le parcours des patients en situation complexe sur l'ensemble de la région
- 2 - Mettre en place un système d'information régional communiquant avec les professionnels du 1<sup>er</sup> recours



## 1 - Décloisonnement des prises en charge : rôle de coordination des réseaux pour les patients en situation complexe

### Constats

A l'élaboration du SROS/PRS 2013-2018, il existe 10 réseaux de santé financés sur le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) dont :

- 6 réseaux régionaux
- 4 réseaux infra-départementaux

#### **Nombre de réseaux de santé thématiques en 2013 avec typologie d'activité et couverture**

| Thématiques   | Nombre de réseaux | Typologie d'activité   | Couverture régionale |
|---|-------------------|--|----------------------|
| Enfants présentant des troubles spécifiques du langage et des apprentissages  | 1                 | Appui à la coordination  | Totale               |
| Nouveaux nés et grossesses à risque   | 1                 | Appui à la coordination  | Totale               |
| Handicap  | 1                 | Spécialisé   | Totale               |
| Education thérapeutique du patient (diabète, obésité, insuffisance cardiaque) | 1                 | Education Thérapeutique du patient (ETP)   | Totale               |
| Sclérose en plaques   | 1                 | Appui à la coordination  | Totale               |
| Cancérologie  | 1                 | Coordination des opérateurs et amélioration continue des pratiques en cancérologie | Totale               |
| Soins palliatifs  | 2                 | Spécialisé   | Partielle            |
| Obésité infantile   | 2                 | Spécialisé   | Partielle            |

### Bilan à mi-parcours

L'objectif d'un réseau est de faire bénéficier le patient de la « bonne réponse (médicale, médico-sociale, sociale), au bon endroit, au bon moment par le bon professionnel» sur un territoire, sans se substituer aux ressources disponibles ni pallier les dysfonctionnements existants.

Ainsi, des restructurations ont été opérées afin d'inscrire les réseaux de santé dans les objectifs du guide, dans le cadre de la négociation de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).

Ces CPOM revêtent plusieurs enjeux :

- ✓ Définir précisément le positionnement et les transformations éventuelles que chacun des réseaux de santé s'engage à réaliser au regard des orientations du SROS-PRS,
- ✓ Déterminer les modalités de transition des réseaux de santé vers les nouvelles missions et organisations préconisées dans le guide méthodologique,
- ✓ Structurer et simplifier le dialogue de gestion entre les réseaux de santé et l'ARS : le CPOM doit servir de base à la mise en place d'un dialogue annuel. La restitution par les réseaux de leur rapport d'activité annuel peut être l'occasion de mettre en œuvre cette discussion et de revoir les objectifs annuels,
- ✓ Renforcer le suivi de l'activité des réseaux de santé via des indicateurs de performance.

A la suite de la campagne de conclusion des CPOM, débutée en 2014, la partie occidentale de la Normandie compte 6 réseaux de santé, financés via le Fonds d'intervention Régional (FIR), placés au service de l'affirmation des priorités stratégiques régionales.

### Evolution des réseaux thématiques de 2012 à 2016 avec typologie d'activité et couverture

| Thématiques   | Nombre de réseaux de santé 2013 | Nombre de réseaux de santé 2016 | Typologie d'activité   | Couverture régionale |
|---|---------------------------------|---------------------------------|--|----------------------|
| Enfants présentant des troubles spécifiques du langage et des apprentissages  | 1                               | 1                               | Appui à la coordination  | Totale               |
| Nouveaux nés et grosses à risque  | 1                               | 1                               | Appui à la coordination  | Totale               |
| Handicap  | 1                               | 1                               | Spécialisé   | Totale               |
| Education thérapeutique du patient (diabète, obésité, insuffisance cardiaque) | 1                               | 0                               | ETP  | Totale               |
| Sclérose en plaques   | 1                               | 1                               | Appui à la coordination  | Totale               |
| Cancérologie  | 1                               | 1                               | Coordination des opérateurs et amélioration continue des pratiques en cancérologie | Totale               |
| Soins palliatifs  | 2                               | 0                               | Spécialisé   | Partielle            |
| Obésité infantile   | 2                               | 1                               | Spécialisé   | Partielle            |

Les évolutions opérées sont les suivantes :

- 1<sup>er</sup> octobre 2013** : fusion des deux réseaux infra-départementaux de La Manche sur l'obésité infantile afin d'obtenir une couverture départementale sur l'ensemble du territoire de santé de La Manche.
- 1<sup>er</sup> janvier 2015** : au 1<sup>er</sup> juillet 2012, les réseaux ayant pour thématique la prise en charge des maladies chroniques, notamment sur le diabète et l'obésité adulte, ont vu leurs missions recentrées sur l'éducation thérapeutique du patient. A ce titre, ils ont été regroupés au sein d'un Espace Régional d'Education Thérapeutique (ERET), dont l'objet est de promouvoir et développer la pratique de l'éducation thérapeutique sur le territoire occidentale de la Normandie. Il a pour mission d'obtenir une couverture régionale suffisante et satisfaisante de réalisation de l'éducation thérapeutique de patient (ETP) en proximité via des antennes territoriales.
- en l'absence de possibilité de développer la polyvalence préconisée par le guide méthodologique de 2012 sur les thématiques prioritaires, dont les soins palliatifs, il a été décidé la transformation de deux réseaux de soins palliatifs en Equipe Mobile Territoriale de Soins Palliatifs intra et extra hospitalière (concept associant équipe mobile de soins palliatifs et équipe de territoire) :
  - **1<sup>er</sup> mars 2015** : territoire de santé du Calvados, plateau caennais
  - **1<sup>er</sup> janvier 2016** : territoire de santé du Calvados, Bessin et pré-bocage

### Perspectives

- Surpoids et obésité infantile : couverture de l'ensemble du territoire de la Normandie,
- Education thérapeutique du patient : intégration de 3 réseaux existants en partie orientale dans l'ERET,
- Sclérose en plaques : intégration dans l'activité de coordination de l'ensemble des pathologies prévues au plan maladies neuro-dégénératives et rapprochement avec le réseau oriental,

- Réflexion sur l'élargissement de la Plateforme « P2RS », créée en partie orientale de la Normandie, aux structures volontaires,
- Mise en place dans l'ensemble des réseaux de santé de la note de cadrage de la Haute Autorité de Santé (HAS) de mai 2015 sur les prestations dérogatoires, notamment en matière d'étayage psychologique.

## 2 - Mettre en place un système d'information régional communiquant (SI de coordination)

### Constats

- Un faible niveau d'informatisation dans les usages
- Pas de messagerie sécurisée ni d'annuaires
- Identification des patients imparfaitement ma
- Compatibilité avec le Dossier Médical Partagé (DMP) non garantie

### Bilan à mi-parcours

Un système d'information de coordination est en cours de déploiement en lien avec le GCS Télésanté, afin de faciliter les échanges et renforcer les liens entre les acteurs participant à la coordination du parcours des patients via, notamment, un recueil homogène des informations (fluidité du parcours, coordonné et décloisonné afin de garantir une continuité et une cohérence des soins).

Ce système répondra aux attendus du guide méthodologique de 2012 et à l'ensemble des exigences de l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé (ASIP) à savoir sécurisation des données des patients, compatibilité avec le DMP, dossier communiquant entre les professionnels de santé, les MAIA et les réseaux, interopérabilité avec d'autres systèmes d'information (systèmes d'information des établissements de santé).

Il comporte deux volets :

- Le système d'information de coordination (SICO)
  - **2014** : déploiement en cours pour l'éducation thérapeutique du patient sur un site pilote : le site régional de l'ERET
- Le Dossier Communiquant en Cancérologie (DCC)

### Perspectives

Le même prestataire est retenu sur l'ensemble de la Normandie permettant, ainsi, de dupliquer les volets développés de la partie orientale vers la partie occidentale et de la partie occidentale vers la partie orientale :

- De la Normandie orientale vers la Normandie occidentale : déploiement des volets ad hoc (soins palliatifs, gérontologie, cancérologie de proximité) dans les structures de coordination d'appui aux cas complexes
- De la Normandie occidentale vers la Normandie orientale : déploiement du volet Education Thérapeutique du Patient
- Convergence infra-régionale
  - En cours : harmonisation des fiches de Réunions de Concertation Pluriprofessionnelle (RCP)
  - Rapatriement du DCC occidental sur le DCC oriental, à la suite de l'abandon de la location au GCS de Picardie par le réseau de cancérologie oriental

**VOLET**

**Biologie médicale**

**SROS**





Le volet biologie médicale porte sur l'ensemble des laboratoires de biologie médicale, qu'ils soient publics (établissements publics) ou privés (biologie de ville et des établissements privés).

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

Elle est également une discipline technique nécessitant des compétences très spécialisées. La qualité et la sécurité des soins reposent sur le respect des conditions techniques et réglementaires de fonctionnement (personnel, équipement, environnement technique).

La biologie médicale a été profondément réformée par l'ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010, relative à la biologie médicale, celle-ci ayant 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* ». La réforme, qui était débutante lors de l'élaboration du SROS PRS 2012-2017, a entraîné des modifications structurelles importantes de l'offre de biologie médicale, essentiellement sur le plan de la biologie privée où de nombreux laboratoires se sont regroupés, ceci en raison de l'obligation de répondre aux exigences relatives à l'accréditation.

En dehors des laboratoires publics, quantitativement minoritaires, la biologie médicale est régulée par l'initiative privée notamment en ce qui concerne le regroupement de laboratoires ou les ouvertures et fermetures de sites, l'ARS n'intervenant que pour vérifier la légalité de l'opération et faire respecter certaines règles prudentielles. Ces dernières sont les suivantes :

. L'ouverture d'un laboratoire ou d'un site peut être refusée si celle-ci a pour effet de porter, sur le territoire de santé considéré, l'offre d'examens de biologie médicale à un niveau supérieur de 25 % à celui des besoins de la population (article L. 6222-2 du code de la santé publique) ;

. Une opération d'acquisition d'un laboratoire de biologie médicale ou d'un site, de rachat d'actifs d'une société exploitant un laboratoire ou de fusion de laboratoires peut être refusée si celle-ci conduit à ce que, sur le territoire de santé considéré, la part réalisée par le laboratoire qui résulte de cette opération dépasse le seuil de 25 % du total des examens de biologie médicale réalisés (article L. 6222-3 du code de la santé publique) ;

. L'acquisition, par une personne physique ou morale, de droits sociaux de sociétés exploitant un laboratoire de biologie médicale n'est pas autorisée lorsque cette acquisition aurait pour effet de permettre à une personne de contrôler, directement ou indirectement, une proportion de l'offre de biologie médicale supérieure à 33 % du total des examens de biologie médicale réalisés (article L. 6223-4 du code de la santé publique).

Par ailleurs, un laboratoire ne peut implanter ses sites que sur un maximum de trois territoires de santé limitrophes, sauf en cas de dérogation (article L. 6222-5 du code de la santé publique).

A l'heure actuelle, les mesures transitoires de l'ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010 - ne permettent à un laboratoire accrédité partiellement, ce qui est le cas de la totalité des laboratoires de la région, aucun n'étant accrédité à 100 % - d'ouvrir un site qu'en fermant un autre.



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

- 1 - Un regroupement prévisible des laboratoires de biologie médicale lié à la réforme**
- 2 - Un recueil de l'activité des laboratoires à améliorer**
- 3 - La nécessité pour les laboratoires publics et privés de s'inscrire dans une démarche d'accréditation**

*Principaux  
constats*

## 1 – Un regroupement prévisible des laboratoires de biologie médicale lié à la réforme

L'accréditation, nécessitant des moyens financiers et humains importants, sera plus facilement menée si ces moyens sont mutualisés et si les activités de différents laboratoires, notamment ceux qui travaillaient ensemble avant la parution de l'ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010, sont regroupées.

Ceci a été rendu possible par les dispositions législatives apportées par l'ordonnance précitée qui permettent à différents laboratoires de se regrouper pour former un laboratoire multisite.

Il existe cependant une restriction quant au regroupement des laboratoires : le laboratoire formé ne doit, sauf dérogation accordée par l'ARS, être implanté que sur trois territoires de santé au maximum (article L. 6222-5 du code de la santé publique).

Dans certains cas, il est intéressant de transformer l'un des sites du laboratoire multisite en plateau technique et les autres en sites pré-post analytiques où seuls les prélèvements et les rendus de résultats sont effectués. Les prélèvements réalisés sur chacun des sites sont alors acheminés sur le plateau technique pour analyse.

Toutefois, l'ARS se doit de vérifier que les examens de biologie médicale, y compris dans les situations d'urgence, sont réalisés dans des délais compatibles avec l'état de l'art, conformément aux informations dont dispose le biologiste sur l'état de santé du patient (article L. 6211-8-1 du code de la santé publique). A ce jour, l'ARS ne dispose pas de la liste des examens réputés urgents, ceux-ci doivent faire l'objet d'un arrêté ministériel.

Enfin, il est à souligner que les laboratoires ne peuvent réaliser ou prendre en charge des prélèvements que sur les territoires de santé où ils sont implantés (article L. 6211-16 du code de la santé publique).

### Bilan

Lors de l'élaboration du SROS PRS 2012-2017, la répartition des laboratoires de biologie médicale était satisfaisante et permettait à une grande partie de la population de se trouver à une distance inférieure à 20 km d'un LBM, la totalité se trouvant à une distance inférieure à 30 km d'un LBM.

Les tableaux ci-dessous montrent l'évolution du nombre de laboratoires de 2010 à 2016.

| NOMBRE DE SITES<br>fin 2010 | CALVADOS                          | MANCHE | ORNE | TOTAL |
|-----------------------------|-----------------------------------|--------|------|-------|
| LBM PRIVES                  | 28 sites dont 3 LBM<br>multisites | 16     | 10   | 54    |
| LBM DES ES                  | 5                                 | 5      | 2    | 12    |
| LBM DE CHU                  | 2                                 |        |      | 2     |
| EFS                         | 1                                 | 1      | 1    | 3     |
| TOTAL                       | 36                                | 22     | 13   | 71    |



| NOMBRE DE SITES en mai 2016                     | CALVADOS                  | MANCHE              | ORNE                     | TOTAL     |
|---|---------------------------|---------------------|--------------------------|-----------|
| LBM PRIVES monosites                            | 2                         | 1 site (AREVA)      |                          | 3         |
| Sites de LBM PRIVES multisites de siège en BN   | 23 sites pour 4 LBM siège | 15 sites pour 3 LBM | 8 sites pour 4 LBM siège |           |
| Sites de LBM PRIVES multisites de siège hors BN | 4 sites pour 1 LBM        | 0                   | 3 sites pour 2 LBM       | 7         |
| LBM DES ES                                      | 5                         | 5                   | 2                        | 12        |
| LBM DE CHU                                      | 2                         |                     |                          | 2         |
| EFS   | 1                         | 1                   | 1                        | 3         |
| <b>TOTAL</b>                                    | <b>37</b>                 | <b>22</b>           | <b>14</b>                | <b>73</b> |

- On constate un nouveau site dans le Calvados issu d'un déménagement d'un site de Seine-Maritime ; la différence dans l'Orne s'explique par un site oublié dans le tableau de 2010.
- Ainsi, le nombre de site est resté stable alors que le nombre de laboratoires privés a fortement diminué, ceux-ci s'étant regroupés pour former des multi sites. On compte désormais 14 multisites contre 3 en 2010. Seuls 3 monosites subsistent, alors qu'on en comptait 45 en 2010. Ceci s'explique en partie par les enjeux de la loi biologie et notamment l'obligation d'accréditation.

La répartition des LBM reste donc satisfaisante.

La carte élaborée en 2010, montrant la répartition de l'offre de biologie médicale, reste globalement valable. Simplement, dans de nombreux cas, le laboratoire est devenu un site d'un laboratoire multisite.

## Perspectives

Poursuivre le contrôle du respect des règles prudentielles dans le suivi de la réorganisation de la biologie médicale privée. En ce qui concerne les ouvertures de site, celles-ci ne se font actuellement pour les laboratoires qu'à la condition d'en fermer un autre, en application des dispositions transitoires de l'ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010. L'accréditation des laboratoires pour la totalité de leur activité, qui devra être obtenue au plus tard le 1<sup>er</sup> novembre 2020, permettra à ces derniers d'ouvrir de nouveaux sites sans avoir à en fermer d'autres, ceci restera sous le contrôle de l'ARS.

Vérifier que les examens de biologie médicale sont réalisés dans des délais compatibles avec l'état de l'art, une fois que l'arrêté précisant la nature des examens urgents sera paru.

Suivre la réorganisation de la biologie médicale publique. En effet, l'arrivée des groupements hospitaliers de territoire (décret n° 2016-524 du 27 avril 2016) sera l'occasion pour les établissements publics de santé de reconsidérer l'activité de biologie médicale de leur laboratoire afin de la mutualiser, si cela est jugé pertinent.

## 2 – Un recueil de l'activité des laboratoires à améliorer

Chaque année, chaque laboratoire de biologie médicale doit déclarer à l'ARS le nombre total d'examens de biologie médicale réalisés pendant l'année civile écoulée (article D. 6211-14 du code de la santé publique).

L'exploitation des données recueillies permet à l'ARS de connaître l'offre d'examens de biologie médicale par territoire de santé. Celle-ci est nécessaire à l'application des règles prudentielles dont la nature a été rappelée en préambule.

L'offre n'a pu être calculée en examen 2010. Elle a été exprimée en B dans le SROS.

| Nombre de B en 2010 | CALVADOS           | MANCHE             | ORNE               | TOTAL       | % de l'offre |
|---------------------|--------------------|--------------------|--------------------|-------------|--------------|
| <b>LBM privés*</b>  | 166 385 799        | 113 512 325        | 76 570 771         | 356 468 895 | <b>55%</b>   |
| <b>LBM des ES</b>   | 51 753 330         | 73 749 593         | 27 535 693         | 153 038 616 | <b>24%</b>   |
| <b>LBM EFS</b>      | 9 457 254          | 1 077 675          | 802 560            | 11 337 489  | <b>1%</b>    |
| <b>LBM CHU</b>      | 128 678 875        |                    |                    | 128 678 875 | <b>20%</b>   |
| <b>TOTAL</b>        | <b>356 275 258</b> | <b>188 339 593</b> | <b>104 909 024</b> | 649 523 875 | 100          |
| <b>Seuil de 25%</b> | <b>89 068 814</b>  | <b>47 084 898</b>  | <b>26 227 256</b>  |             |              |

En 2011, des données plus complètes ont été obtenues, cependant leur caractère non-exhaustif n'a pas permis de définir l'offre en examens de biologie médicale par territoire.

C'est seulement depuis 2012 que des données complètes sont obtenues. Ainsi elles sont intégrées dans le SROS en 2014 lors de la révision du SROS pour répondre à l'article 5 du décret 2011-12068 du 10 octobre 2011, *les besoins de la population définis à l'article L. 6222-2 du code de la santé publique* sont calculés en nombre total d'examens de biologie médicale dont le prélèvement a été réalisé sur le même territoire de santé infrarégional.

Ce besoin ainsi que le seuil de 25% défini aux articles L6222-2 et 3 du CSP ont été calculés à partir des données déclarées en 2012 par les laboratoires.

| Nombre d'examens prélevés en 2012 dans la région (SROS, art5 decret 2011-1268) | Calvados          | Manche           | Orne             | Total             | % de l'offre |
|--|-------------------|------------------|------------------|-------------------|--------------|
| <b>LBM privés</b>  | 6 404 846         | 4 536 507        | 2 762 884        | 13704237          | 56%          |
| <b>LBM ES</b>  | 1 789 725         | 3 237 544        | 1 145 497        | 6 172 766         | 25%          |
| <b>LBM CHU</b>   | 4 456 391         |                  |                  | 4 456 391         | 18%          |
| <b>LBM EFS</b>   | 126 611           | 24 033           | 18 731           | 169 375           | 1%           |
| <b>Total</b>   | <b>12 777 573</b> | <b>7 798 084</b> | <b>3 927 112</b> | <b>24 502 769</b> |              |
| <b>SEUIL DE 25%</b>  | <b>3 194 393</b>  | <b>1 949 521</b> | <b>981 778</b>   |                   |              |

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

Le mode de recueil, quant à lui, continue d'évoluer. Depuis 2015, l'application Biomed permet aux biologistes de déclarer l'activité de leur laboratoire par télédéclaration.

Cette application développée par le ministère de la santé continue d'être améliorée. C'est ainsi qu'en 2016 la version 3 de l'application a été utilisée, celle-ci permettant notamment de sécuriser l'accès à cette dernière par l'utilisation par le biologiste de sa carte CPS pour s'identifier.

| Nombre d'examens prélevés dans la région en 2015 (SROS, art5 décret 2011-1268) | Calvados          | Manche           | Orne             | Total             | % de l'offre |
|--|-------------------|------------------|------------------|-------------------|--------------|
| LBM privés   | 6 633 314         | 4 723 301        | 3 113 150        | 14 469 765        |              |
| LBM ES   | 1 819 647         | 3 890 803        | 1 253 759        | 6 964 209         |              |
| LBM CHU  | 3 286 250         | 0                | 0                | 3 286 250         |              |
| LBM EFS  | 123 480           | 19 722           | 17 659           | 160 861           |              |
| <b>Total</b>   | <b>11 862 691</b> | <b>8 633 826</b> | <b>4 384 568</b> | <b>24 881 085</b> |              |
| <b>SEUIL DE 25%</b>  | 2 965 672         | 2 158 456        | 1 096 142        |                   |              |

## Bilan

Le nombre total d'examens réalisés dans la région est relativement stable entre 2012 et 2015, avec cependant une évolution différente selon les territoires de santé.

Pour le Calvados, on peut noter une baisse substantielle des examens déclarés par le CHU, celle-ci étant due en grande partie à un ajustement des modalités de déclaration sensiblement erronée en 2012 mais également à une meilleure maîtrise des prescriptions de la part des médecins. Aussi, le seuil des 25% défini aux articles L6222-2 et 3 du CSP est abaissé.

Il faut souligner qu'en aucun cas, les règles prudentielles n'ont dû être utilisées pour refuser une opération de regroupement ou d'ouverture envisagée par un laboratoire.

## Perspectives

Pérenniser le recueil de l'activité par l'application Biomed.

Contribuer à l'amélioration de l'application Biomed par la remontée au ministère des problèmes rencontrés par les biologistes.

### 3 – La nécessité pour les laboratoires publics et privés de s'inscrire dans une démarche d'accréditation

La réforme de la biologie médicale comporte deux axes forts : d'une part, la médicalisation de la discipline dans le but de conforter le rôle du biologiste médical dans le parcours de soin du patient et d'autre part, l'accréditation de l'intégralité des examens réalisés pour chaque laboratoire au plus tard le 1<sup>er</sup> novembre 2020.

#### Bilan

Deux échéances ont été passées avec succès par l'ensemble des laboratoires depuis 2012 :

- 1<sup>er</sup> novembre 2013 : date à laquelle les laboratoires devaient apporter la preuve de leur entrée dans la démarche d'accréditation ;
- 30 avril 2015 : date de dépôt du dossier en vue de l'obtention d'une accréditation à 50 % au 1<sup>er</sup> novembre 2016

Il faut noter que de nombreuses réorganisations de laboratoires avaient déjà eu lieu en 2012 et que de nombreuses ont encore suivi.

#### Perspectives

Poursuivre le suivi de la démarche d'accréditation des laboratoires, ces derniers devant, pour pouvoir continuer à fonctionner, être accrédités à :

- o 50 % minimum le 1<sup>er</sup> novembre 2016 ;
- o 70 % minimum le 1<sup>er</sup> novembre 2018 ;
- o 100 % le 1<sup>er</sup> novembre 2020.

Utiliser l'application Biomed pour ce suivi, en incitant les biologistes à déclarer par ce moyen leur niveau d'avancée dans l'accréditation lors des prochaines échéances de 2016, 2018 et 2020.

# **Partie II**

## **SROS hospitalier**

**VOLET**

**Démographie et formation médicale**

***en cours d'écriture***



**VOLET**

**Médecine et hospitalisation à domicile (HAD)**



**SROS**







## Préambule

Si la plupart des patients peuvent être pris en charge en proximité, tant en ambulatoire qu'en hospitalisation, certaines pathologies, du fait de leur gravité ou du plateau technique requis, imposent des prises en charges sophistiquées requérant des moyens, notamment humains, importants.

Parallèlement et quel que soit le lieu de prise en charge, une exigence de qualité nécessite la mise en œuvre de modalités minimales de fonctionnement.

Face à ces exigences énoncées dans le cadre de l'élaboration du PRS SROS 2013-2018 de Basse-Normandie, il était fait en 2011 le constat d'une démographie médicale régionale, globalement déficitaire et très inégalement répartie, incitant à promouvoir des organisations fondées sur l'exercice coordonné et regroupé de professionnels de santé, un plus grand partenariat, permettant d'offrir à la population un niveau de qualité optimal.

Chacun des trois territoires de santé dispose d'une autonomie permettant de prendre en charge la grande majorité des patients. Un maillage entre établissements de recours et de proximité et un partenariat avec la médecine de ville garantissent l'accès aux diverses spécialités médicales, y compris en proximité dans le cadre de la coopération entre les acteurs.

Cinq niveaux étaient définis en 2011 :

- **Le niveau de proximité** lui-même organisé en deux niveaux :

- la médecine de ville comportant la médecine générale et de spécialités,
- le premier niveau d'hospitalisation : les hôpitaux locaux et l'hospitalisation à domicile (HAD) dans lesquels la prise en charge repose essentiellement sur les médecins généralistes de ville.

- **Le niveau intermédiaire**, structuré autour de la médecine polyvalente, défini par son accessibilité aux patients concernés du territoire.

- **Le niveau de recours** défini par rapport à un plateau technique spécialisé, accessible à l'ensemble des patients du territoire de santé. Ce niveau est celui où l'on va trouver des services de médecine spécialisés, des services de médecine à orientation au sein desquels exercent plusieurs spécialistes assurant la prise en charge des patients.

- **Le niveau régional** défini 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 interrégional** de haute spécialité déterminé dans le schéma interrégional d'organisation sanitaire (SIOS) et concernant les activités de soins suivantes définies réglementairement : la chirurgie cardiaque, la neurochirurgie, la prise en charge des grands brûlés, les greffes d'organes et de cellules hématopoïétiques (Allogreffes) et l'activité interventionnelle en neuroradiologie.

La médecine comporte un nombre important de spécialités prioritaires dans le PSRS : les maladies cardiovasculaires dont l'insuffisance cardiaque et l'HTA (hypertension artérielle), les maladies neurovasculaires (accidents vasculaires cérébraux = AVC), les maladies du métabolisme.

En 2011, dans le cadre de l'élaboration du PRS SROS 2013-2018 de Basse-Normandie, l'enjeu majeur du volet médecine était de :

- maintenir un maillage satisfaisant permettant de prendre en charge les pathologies courantes au niveau des hôpitaux de proximité,
- renforcer la coopération pour les 3 niveaux (régional, recours, proximité) définis dans le précédent SROS (SROS III), et qui restaient d'actualité, avec l'ambulatoire et le médico-social,
- améliorer la prise en charge des AVC avec la structuration de la filière et l'accès à l'expertise systématique d'un professionnel médical d'une UNV (unité neurovasculaire),
- améliorer la prise en charge des syndromes coronariens aigus avec la structuration de la filière et l'accès à l'expertise systématique d'un cardiologue d'une USIC (unité de soins intensifs cardiologique),
- améliorer la prise en charge des obésités sévères avec la structuration de la filière autour du centre 48 spécialisé de l'obésité.



## Principaux constats au moment de l'élaboration du SROS/PRS 2013-2018

### *Principaux constats*

- 1 - Une démographie médicale à renforcer**
- 2 - Une évolution importante des activités de soins en médecine**
- 3 – Des actions importantes engagées pour la prise en charge des AVC**
- 4 – Amélioration de la prise en charge des pathologies cardio-ischémiques**
- 5 – Amélioration de la prise en charge des maladies du métabolisme (diabète et obésité)**



## 1 - Une démographie médicale à renforcer

Recensement en 2010 des médecins de quelques principales spécialités de la Région : (source Conseil de l'Ordre)

|                | Région  | Calvados | %    | Manche  | %  | Orne    | %   |
|----------------|---------|----------|------|---------|----|---------|-----|
| Population     | 1,457 M | 671 300  | 46   | 492 600 | 34 | 292 900 | 20  |
| Cardiologie    | 122     | 74       | 60   | 35      | 28 | 13      | 10  |
| Endocrinologie | 24      | 15       | 62,5 | 6       | 25 | 3       | 12  |
| Neurologie     | 38      | 26       | 68   | 11      | 29 | 1       | 2,6 |
| Pneumologie    | 65      | 35       | 54   | 19      | 29 | 11      | 17  |

Recensement en 2015 des médecins de quelques principales spécialités de la Région : (source Conseil de l'Ordre)

|                | Région  | Calvados | %    | Manche  | %    | Orne    | %    |
|----------------|---------|----------|------|---------|------|---------|------|
| Population     | 1,477 M | 687 854  | 46   | 499 340 | 34   | 290 015 | 20   |
| Cardiologie    | 117     | 73       | 62   | 28      | 23,9 | 16      | 13,7 |
| Endocrinologie | 30      | 18       | 60   | 8       | 26,6 | 4       | 13,3 |
| Neurologie     | 40      | 25       | 62,5 | 12      | 30   | 3       | 7,5  |
| Pneumologie    | 60      | 35       | 58,3 | 16      | 26,6 | 9       | 15   |

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

- Une augmentation progressive du nombre d'internes dans les spécialités médicales et en médecine générale.

Nombre d'internes proposés / pourvus dans les **spécialités médicales et en médecine générale**

| Nombre de postes d'internes médecine proposés / pourvus en ex BN | 2012 - 2013 | 2013 - 2014 | 2014 - 2015 | 2015 - 2016 |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>Spécialités médicales</b>                                     | 47/47       | 55/55       | 56/56       | 57/57       |
| <b>Médecine générale</b>   | 88/75       | 100/91      | 99/99       | 108/90      |
| <b>Anesthésie réanimation</b>                                    | 11/11       | 11/11       | 12/12       | 15/15       |
| <b>Pédiatrie</b>   | 11/11       | 9 /9        | 9 /9        | 9 /9        |

- Le Contrat d'Engagement de Service Public (CESP), à destination des étudiants en médecine, de la 2<sup>ème</sup> année des études médicales à la dernière année d'internat. Il a pour objectif de fidéliser des jeunes médecins dans des spécialités et dans des zones identifiées prioritaires. Il s'agit d'une allocation

mensuelle versée en contrepartie d'un engagement: celui d'exercer dans une zone démedicalisée, pour une durée égale à celle du versement de l'allocation, au minimum deux ans.

Nombre de CESP à destination des étudiants en médecine, de la 2<sup>ème</sup> année des études médicales à la dernière année d'internat

| Nombre de bénéficiaires de CESP en cours de cursus en ex BN | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|---|------|------|------|------|
| <b>REGION</b>   | 10   | 11   | 11   | 13   |

| Nombre de bénéficiaires de CESP installés en ex BN | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|--|------|------|------|------|
| <b>TS CALVADOS</b>                                 |      |      | 1    |      |
| <b>TS MANCHE</b>                                   |      | 2    | 1    |      |
| <b>TS ORNE</b>                                     |      |      |      | 3    |
| <b>REGION</b>                                      | 0    | 2    | 2    | 3    |

- La création de postes d'assistants spécialistes régionaux (ASR) en lien avec l'UFF et les établissements. En effet, la mobilisation régionale de l'ensemble des établissements de santé appuyée par un financement avec l'ARS de ces postes a permis cette progression.

**Nombre de postes d'assistants spécialistes régionaux (ASR) créés** en lien avec l'UFR et les établissements pour l'ensemble des disciplines et spécialités

| <b>BIOLOGIE MEDICALE</b>              |              |              |              |              |
|---------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Nombre de postes d'ASR créés en ex BN | Session 2012 | Session 2013 | Session 2014 | Session 2015 |

**TS CALVADOS** 1

**TS MANCHE**

**TS ORNE** 1

| <b>SPECIALITES MEDICALES</b>          |              |              |              |              |
|---------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Nombre de postes d'ASR créés en ex BN | Session 2012 | Session 2013 | Session 2014 | Session 2015 |

**TS CALVADOS** 3 1 5 9

|                  |          |          |          |           |
|------------------|----------|----------|----------|-----------|
| <b>TS MANCHE</b> | <b>1</b> | <b>7</b> | <b>6</b> | <b>17</b> |
| <b>TS ORNE</b>   | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>4</b> | <b>3</b>  |

### **SPECIALITES CHIRURGICALES**

| Nombre de postes<br>d'ASR créés en ex BN | Session 2012 | Session<br>2013 | Session 2014 | Session 2015 |
|--|--------------|-----------------|--------------|--------------|
|--|--------------|-----------------|--------------|--------------|

|                    |          |          |          |          |
|--------------------|----------|----------|----------|----------|
| <b>TS CALVADOS</b> | <b>2</b> |          | <b>1</b> | <b>2</b> |
| <b>TS MANCHE</b>   |          | <b>2</b> | <b>4</b> | <b>2</b> |
| <b>TS ORNE</b>     |          |          | <b>1</b> |          |

### **PHARMACIE**

| Nombre de postes<br>d'ASR créés en ex BN | Session 2012 | Session<br>2013 | Session 2014 | Session 2015 |
|--|--------------|-----------------|--------------|--------------|
|--|--------------|-----------------|--------------|--------------|

|                         |          |           |           |           |
|-------------------------|----------|-----------|-----------|-----------|
| <b>TS CALVADOS</b>      |          |           |           |           |
| <b>TS MANCHE</b>        | <b>2</b> |           |           |           |
| <b>TS ORNE</b>          |          |           |           |           |
| <b>TOTAL ASR REGION</b> | <b>9</b> | <b>12</b> | <b>22</b> | <b>34</b> |

De 2012 à 2015, le nombre d'ASR **pédiatres** en nombre de postes

| Nombre de postes d'ASR créés BN<br>Pédiatrie | Session 2012 | Session 2013 | Session<br>2014 | Session<br>2015 |
|--|--------------|--------------|-----------------|-----------------|
| <b>TS CALVADOS</b>                           | <b>0</b>     | <b>0</b>     | <b>0</b>        | <b>1</b>        |
| <b>TS MANCHE</b>                             | <b>0</b>     | <b>0</b>     | <b>1</b>        | <b>4</b>        |
| <b>TS ORNE</b>                               | <b>0</b>     | <b>0</b>     | <b>0</b>        | <b>0</b>        |
| <b>REGION</b>                                | <b>0</b>     | <b>0</b>     | <b>1</b>        | <b>5</b>        |

De 2012 à 2015, le nombre d'ASR **gynécologues médicaux** en nombre de postes

| Nombre de postes d'ASR en ex BN | Session 2012 | Session 2013 | Session 2014 | Session 2015 |
|---------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| <b>Gynécologie médicale</b>     | 0            | 0            | 0            | 1            |

De 2012 à 2015, le nombre d'ASR **anesthésie réanimation** en nombre de postes

| Nombre de postes d'ASR en ex BN | Session 2012 | Session 2013 | Session 2014 | Session 2015 |
|---------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| <b>Anesthésie réanimation</b>   | 0            | 0            | 0            | 0            |

#### Perspectives

Création d'une offre de soins salariée et/ou de postes partagés (ASR) avec le CHU à prioriser dans les établissements de recours.

## 2 - Une évolution importante des activités de soins en médecine

L'organisation de la prise en charge en médecine repose actuellement sur :

- Une offre de soins de proximité reposant essentiellement sur les professionnels de santé libéraux
- Une offre hospitalière, comportant notamment des établissements de santé de proximité et de recours.

Le médecin généraliste est souvent la porte d'entrée et le coordonnateur du parcours de soins du patient pris en charge en médecine. Ce parcours nécessite une grande coordination compte tenu de la multidisciplinarité des intervenants, dont les infirmiers, médecins spécialistes, dentistes, podologues, diététiciennes....

Les médecins spécialistes sont peu nombreux et inégalement répartis dans la région.

Tant les professionnels de santé (cf. bilan du volet relatif à l'offre de soins de premier recours) que les établissements ont connu durant ces dernières années une forte évolution.

C'est ainsi que l'offre hospitalière a été caractérisée par plusieurs évolutions engagées notamment durant le PRS – SROS 2013/2018 qui sont :

- Un élargissement de la palette des services rendus à la population via le développement de consultations avancées dans les activités de médecine de proximité,
- Un renforcement de liens avec les professionnels de santé de ville, via les coopérations déjà existantes (dont la permanence de soins),
- Une mise en adéquation entre la prise en charge des patients et l'autorisation qui ont conduit à des évolutions de médecine en SSR, ainsi qu'à l'évolution de la médecine hospitalisation complète vers de l'hospitalisation de jour,
- une évolution des activités de médecine de recours, avec le développement en cardiologie (labellisation d'USIC) et en neurologie (labellisation de nouvelle UNV),
- la mise en œuvre de dispositifs de télémédecine particulièrement importants dans l'exercice de l'activité de soins de Médecine.

Ces évolutions s'inscrivant plus généralement dans l'organisation générale des soins en médecine qu'il convient de rappeler ci-dessous :

### Rappel du tableau de synthèse de l'organisation générale des soins en Médecine

| Niveau           | Organisation générale   | Cardiologie   | Neurologie   |
|------------------|---|---|--|
| <b>Proximité</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Médecine de ville</li> <li>- Hôpitaux locaux</li> <li>- HAD</li> <li>- PSLA /Maison de santé pluridisciplinaire</li> <li>- Réseaux de proximité</li> </ul>                                     | Consultation de cardiologie   | Consultation de neurologie                                 |
| <b>Recours</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Services de médecine spécialisés ou à orientation</li> <li>- Permanence des soins spécialisés</li> <li>- Actes techniques avec AG ou ALR</li> <li>- Unité d'éducation thérapeutique</li> </ul> | Service spécialisé<br>4 USIC (1 privé Calvados, 2 Manche et 1 Orne) | Service spécialisé<br>3 UNV (1 Lisieux Calvados, 2 Manche) |

|                 |   |   |                   |
|-----------------|---|---|-------------------|
| <b>Régional</b> | Pôle d'expertise régional Secteur interventionnel | Pôle d'expertise régional<br>1 USIC régionale | 1 UNVR (Calvados) |
|-----------------|---|---|-------------------|

**Pour rappel**

| Niveau                | Organisation générale  | Cardiologie | Neurologie |
|-----------------------|--|-------------|------------|
| <b>Interrégional</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- la chirurgie cardiaque</li> <li>- la neurochirurgie</li> <li>- les activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie</li> <li>- le traitement des grands brûlés</li> <li>- les greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques</li> </ul> |             |            |
| <b>Activités SIOS</b> |  |             |            |

Les Schémas Inter Régionaux d'Organisation Sanitaire (SIOS) ont vocation à mettre en place une organisation des soins adaptée à des activités hautement spécialisées, en favorisant la coordination des moyens des régions, et veillant à répondre aux besoins.

A cet effet, ce décret a prévu 5 domaines devant relever d'une organisation inter régionale.

Le SIOS pour l'inter région Nord-Ouest a été arrêté dans sa seconde version 2015 / 2019 par les directeurs d'ARS de l'inter région pour une durée de cinq ans.

Les propositions d'organisation font suite à un constat d'incomplétude du SIOS I et développent autant que possible des organisations régionales et interrégionales plus coordonnées et des activités de soins nouvelles comme la chirurgie cardiaque pédiatrique, ou encore le renforcement des activités de greffe d'organe.

**□ Une évolution des activités des soins de médecine qui se traduit également en termes d'évolution des autorisations**

Le PRS – SROS 2013/2018 comporte des objectifs en termes de :

- reconversion de lits d'établissements publics de santé (ex hôpitaux locaux) ne correspondant pas à une activité de médecine en lits de SSR, en maintenant l'activité de soins palliatifs dans ces établissements ;
- développement de l'hospitalisation de jour (HDJ) en regroupant si besoins les spécialités.

Ainsi, des restructurations d'activité de médecine ont été engagées, motivées le plus souvent par un impératif de sécurité et de technicité des soins attendus, et l'observation de nombreuses situations d'inadéquation (activité plus proche du SSR que de la médecine), et de viabilité (taille critique).

Ces opérations de restructuration s'inscrivent dans une organisation graduée des soins, dans laquelle les établissements de santé titulaires, ex hôpitaux locaux pour la plupart, ont vocation à constituer les services de proximité, à forte valence gériatrique, en lien avec les établissements de recours et leurs plateaux techniques.

**Evolution du nombre d'implantations autorisées par territoire de santé de 2012 à 2016**

| Médecine<br>Modalité HTC<br>/ HTP | Implantations<br>autorisées HTC / HTP<br>au 30 08 2012 | Implantations<br>autorisées HTC / HTP<br>au 30 08 2016 | Evolution des implantations<br>autorisées HTC / HTP<br>2016 / 2012 |
|-----------------------------------|--|--|--|
| <b>TS Calvados</b>                | 12 / 7   | 11 / 9   | -1 / + 2   |



|                     |        |         |           |
|---------------------|--------|---------|-----------|
| <b>TS Manche</b>    | 13 /3  | 12 / 5  | - 1 / + 2 |
| <b>TS Orne</b>      | 9 /3   | 8 / 4   | -1 / +1   |
| <b>Ex Région BN</b> | 34 /13 | 31 / 18 | - 3 / + 5 |

Depuis la mise en œuvre du PRS SROS 2013-2018, les principales évolutions conduites en médecine sont les suivantes :

- Le développement d'activités d'hospitalisation alternative à l'hospitalisation à temps complet, pour le territoire de santé
  - o du Calvados, **clinique de la Miséricorde à Caen, centre hospitalier de la Côte fleurie,**
  - o de la Manche, **CH Avranches-Granville,**
  - o de l'Orne, **CH L'Aigle,**
  
- des transformations d'activité de médecine en SSR, pour le territoire de santé
  - o de l'Orne, **CH Vimoutiers,**
  - o de la Manche, **CH Pontorson,**
  - o du Calvados, **CH d'Aunay-sur-Odon.**

#### □ Perspectives

Pour le territoire de santé de la Manche, des transformations sont à venir notamment pour les CH de Villedieu et de Saint James.

Poursuivre le développement de l'hospitalisation de jour dans les CH de recours en regroupant si besoin les spécialités et augmenter les capacités d'HDJ dans les structures existantes

Formaliser des conventions de coopération inter établissements.

Par ailleurs, des perspectives d'évolution ont été posées dans le pré-projet de 6<sup>ème</sup> révision du SROS de Basse-Normandie / projet médical régional à horizon 2025, présenté devant les instances de démocratie sanitaire en juin 2016.

### 3 - Des actions importantes engagées pour la prise en charge des AVC

#### + Objectifs de prise en charge des AVC en Basse Normandie

Le volet médecine du PRS SROS 2013 2018 comporte des objectifs visant à diminuer le nombre d'AVC avec séquelles en agissant :

- sur les déterminants de santé d'une part (cf. le bilan du schéma régional de prévention et volet soins non programmés),
- et de diminution des délais de prise en charge dans le cadre d'une filière de soins formalisée,

Avec pour objectifs opérationnels :

- Optimiser la prise en charge dans le Calvados et l'Orne par la création d'une UNV dans chacun de ces départements, avec de fait une révision de la prise en charge SMUR en fonction des territoires de ces nouvelles UNV.
- Prioriser l'accès immédiat à l'IRM pour les patients présentant un AVC dans la phase aiguë et développer la télé-médecine.
  - Organiser le maillage territorial de la filière de prise en charge des AVC en aval des SSR.
- Préconiser la signature de conventions de coopération et de coordination entre les différents acteurs sur chaque territoire à partir d'une convention cadre régionale.

Et par ailleurs :

- harmoniser les protocoles au sein des différentes unités neuro-vasculaires (UNV) régionales et des services impliqués dans la prise en charge de AVC en lien avec le projet télé-médecine régional ;
- structurer une filière de prise en charge des patients suspects d'AVC dans les établissements ne disposant pas d'une UNV ;
- et sensibiliser et former l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge de l'AVC.

#### + Mise en œuvre d'un dispositif télé-AVC Basse-Normandie

Pour répondre à ces objectifs, la région Basse-Normandie a mis en place un dispositif régional télé-AVC qui s'inscrit dans le cadre du déploiement du Plan National AVC 2011-2014, lequel a défini les principaux objectifs suivants :

- 1- Réduire les délais entre les premiers symptômes et la prise en charge adaptée, reposant sur un diagnostic positif documenté ;
- 2- Prendre en charge tout patient victime ou suspect d'AVC dans une filière organisée et territorialement définie ;
- 3- Augmenter le taux de thrombolyse chez les patients éligibles ;
- 4- Améliorer, adapter et revaloriser l'offre de rééducation, réadaptation et réinsertion ;
- 5- Mieux coordonner l'intervention des professionnels aux interfaces entre établissements de soins et ville, domicile ou secteur médico-social.

Ce plan national a donc conduit à **poursuivre les objectifs suivants en région Basse-Normandie**:

- la régulation de tous les patients AVC par le SAMU-Centre 15. La moitié des patients bénéficieraient d'une régulation immédiate par le SAMU-Centre 15 ;
- l'accès facilité à une Unité Neuro-Vasculaire (UNV) ;
- un accès prioritaire à l'IRM. Les patients suspects d'AVC aigu doivent avoir un accès prioritaire 24h/24 et 7j/7 à l'imagerie cérébrale, l'IRM étant l'examen le plus performant pour montrer précocement des signes d'ischémie récente. En cas d'impossibilité d'accéder en urgence à l'IRM, un scanner cérébral est réalisé. Cet examen ne montre cependant qu'inconstamment des signes d'ischémie récente.

Ce dispositif de prise en charge de l'AVC en région Basse-Normandie poursuit les objectifs suivants :

- l'instauration plus rapidement de traitement adapté afin de diminuer ainsi le délai entre la survenue des symptômes et le traitement ;
- une augmentation des bénéfices du traitement ;
- une diminution des complications hémorragiques cérébrales dues au traitement ;
- une augmentation de l'accessibilité des patients au traitement pour lequel la fenêtre thérapeutique est étroite (moins de 4 heures et 30 minutes après la survenue des symptômes) ;
- le bénéfice de l'avis d'un neurologue dans le diagnostic et le traitement de l'AVC en phase aiguë ;

En recourant à la télémédecine permettant l'évaluation des patients suspects d'AVC avec l'UNV de recours du CHU de Caen.

Pour ce faire, le PRS SROS 2013 2018 a prévu des implantations supplémentaires d'IRM portant le nombre de celles-ci à 16 avec 20 appareils pour la région au terme de sa mise en œuvre. Par ailleurs, la révision du SROS engagée en juin 2014 acte une implantation supplémentaire d'IRM (un appareil supplémentaire) dans le territoire de santé de la Manche. A ce jour, 18 appareils ont fait l'objet d'une décision d'autorisation.

Ces objectifs permettent dans le cadre du plan AVC, dans un délai déterminé et sous certaines conditions, d'envisager une thrombolyse.

**En Basse-Normandie, le déploiement du projet Télé AVC élaboré en étroite collaboration par le GCS télésanté, le CHU et l'ARS, reconnu par l'ASIP et financé au titre du plan national AVC a permis de mailler le territoire par la mise en œuvre d'une organisation mutualisée.**

#### □ L'offre de soins hospitalière de l'AVC- phase aiguë

Les établissements de proximité assurent la prise en charge au sein des services de médecine.

#### Les lits spécialisés UNV :

Evolution du nombre de lits d'USINV et d'UNV par territoire de santé de 2012 à 2016

| 2016                |                   | USINV | UNV                    | Ratio théorique |
|---------------------|-------------------|-------|------------------------|-----------------|
| <b>TS Calvados</b>  | CHU (2007)        | 6     | 10                     | 21              |
|                     | CH Lisieux (2012) |       | Labellisation réalisée |                 |
| <b>TS Manche</b>    | CHPC (2009)       | 6     | 20                     | 15              |
|                     | CH St Lô (2010)   | 4     | 16                     |                 |
| <b>TS Orne</b>      |                   | 0     |                        | 9               |
| <b>Ex Région BN</b> |                   | 16    | 46                     | 45              |

En 2016, outre le CHU de Caen qui est également centre de référence régional, 3 établissements de recours ont une UNV :

- pour le territoire de santé de la Manche, le Centre hospitalier public du Cotentin sur son site de Cherbourg, et le CH Mémorial de Saint Lô ;
- et nouvellement, pour le territoire de santé du Calvados, le CH de Lisieux.

Pour le territoire de santé de l'Orne, ne disposant pas d'UNV, la création d'une telle unité reste une orientation prioritaire, l'établissement concerné étant le CHICAM (centre hospitalier intercommunal Alençon Mamers), lequel compte dans ses effectifs la présence d'un ou plusieurs neurologues, comme un autre établissement de santé en disposant d'une UNV (CH d'Avranches Granville, sur le territoire de santé de la Manche).

De ce fait, les patients du territoire de santé de l'Orne sont actuellement toujours adressés, à l'UNV du CHU de Caen (soit à 116 km, pour un temps de trajet de 1H15) ou au CH du Mans (soit à 54 km, pour un temps de trajet de 41 minutes).

Dans le sud-ouest (Avranches), les malades sont orientés à Saint Lô mais aussi à St-Malo et Rennes.

En neurologie, comme dans d'autres disciplines, la démographie (et la répartition géographique des professionnels) est un facteur clé dans les organisations mises en place pour assurer la fluidité à chaque étape de la prise en charge.

## □ L'organisation en filières

**La circulaire N°DGOS/R4/R3/PF3/2012/106 du 6 mars 2012** relative à l'organisation des filières régionales de prise en charge des patients victimes d'accident vasculaire cérébral (AVC) :

- fixe les trois objectifs suivants :
  - o Une structuration de filières assurant un parcours de soins individualisé et optimal à chaque patient victime d'un AVC,
  - o Une organisation de la prise en charge de l'AVC de l'enfant,
  - o Une structuration du développement de la télémédecine et des systèmes d'information.
- définit deux types d'UNV :
  - o des UNV pivot de territoire disposant des ressources décrites dans la circulaire du 22 mars 2007,
  - o et des UNV de recours qui outre le rôle d'UNV pivot d'un territoire dispose de l'appui de services de neurochirurgie, neuroradiologie interventionnelle et/ou de neurogénétique.
- précise que :
  - o si la cible de 140 UNV au plan national et au terme du plan est atteinte, l'objectif optimal appuyé sur les recommandations de l'HAS, de passage systématique en UNV pour tout AVC, n'est pas encore atteint.
  - o Et que la modification de l'autorisation sur la marché du médicament principal permettant une thrombolyse, permet désormais la réalisation de cet acte dans des établissements de santé non sièges d'UNV par des médecins non spécialistes mais formés en lien étroit avec l'UNV pivot.

**Afin de consolider la graduation de la prise en charge de l'AVC sur la région (soins de proximité, site de recours, site de référence), et d'organiser les filières de prise en charge de l'AVC et pour participer au maillage du territoire**, la région a retenu une organisation en « étoile » autour de l'UNV de recours et des UNV pivot de territoire, avec les orientations suivantes :

- Une régulation de tous les cas d'AVC par le SAMU centre 15 : prise en charge indispensable idéalement dans les 30 mn suivant l'accident dans un établissement proche inscrit dans le répertoire opérationnel des ressources régionales (ROR). L'ARS Basse Normandie a relayé une campagne de communication sur le 15,

- Un accueil en urgence et une hospitalisation soit dans un établissement de santé siège d'UNV, soit dans un établissement de santé susceptible d'effectuer l'acte de thrombolyse et répondant aux critères suivants : établissement de santé disposant
  - o d'un service de médecine d'urgence ouvert 24h/24,
  - o d'une équipe de médecins formés,
  - o d'un accès direct au plateau d'imagerie : IRM ou scanner (à défaut)
  - o d'une liaison par télé-médecine avec l'UNV permettant de réaliser des actes de télé-médecine (télédiagnostic et accompagnement de l'acte de thrombolyse).

Lorsque le patient est pris en charge dans un de ces établissements de santé, les images obtenues sont ensuite adressées par télé-médecine à l'UNV pivot pour établir **un diagnostic partagé** sur l'origine de l'accident (thrombose ou hémorragie) et **une décision commune** sur les gestes à accomplir (thrombolyse immédiate ou transfert en neurochirurgie).

Dans la mesure du possible, le patient sera adressé ensuite à l'UNV de territoire pour un bilan neurologique et multidisciplinaire global dans le délai le plus court possible.

Afin de structurer une filière de prise en charge des patients suspects d'AVC en coordination avec une UNV, des établissements de santé susceptibles d'effectuer l'acte de thrombolyse et répondant aux critères énoncés ci-dessus ont été définis dont la prise en compte des établissements de recours ne disposant pas d'UNV (CH de Flers et centre hospitalier intercommunal Alençon Mamers, CH Avranches Granville).

Rappel des différents sites retenus et de **l'identification de 3 types de site en Basse Normandie intégrant le dispositif télé-AVC** :

|   | Calvados                              | Manche                    | Orne                                  |
|---|---------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------|
| ES avec UNV (4)                                       | CHU de Caen<br>CH Lisieux             | CHPC<br>CH Mémorial St Lô |                                       |
| ES sans UNV avec télé-médecine                        |                                       | CHAG –site<br>Avranches   | CHICAM                                |
| Avec neurologue (2)                                   |                                       |                           |                                       |
| ES sans UNV avec télé-médecine<br>sans neurologue (3) |                                       |                           | CH Flers<br>CH Argentan<br>CH L'Aigle |
| ES sans UNV, sans radiologue, sans télé-médecine (14) | 14 sites établissement de santé en BN |                           |                                       |

De ce fait, la région a connu une forte évolution en matière de prise en charge de l'AVC phase aiguë, comme le précisent les données figurant ci-dessous :

|  | En 2010  | En 2015                                       |
|--|--|---|
| nombre d'AVC hospitalisés                        | 2 741 (155 de plus qu'en 2009)                   |   |
| dont dans un service de neurologie               | 85 %   | %   |
| Nombre de thrombolyse réalisées                  | 105 thrombolyse                                  | thrombolyse                                   |
| dont dans les UNV labellisées en Basse-Normandie | 75 dans les 3 UNV labellisées en Basse-Normandie | dans les 4 UNV labellisées en Basse-Normandie |

|                                  |                                |                             |
|----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| dont au CHU Caen                 | 45 au CHU Caen                 | au CHU Caen                 |
| dont au CHPC – site de Cherbourg | 19 au CHPC – site de Cherbourg | au CHPC – site de Cherbourg |
| dont au CH de Saint Lô           | 11 au CH de Saint Lô           | au CH de Saint Lô           |
| dont au CH Lisieux               | -                              | au CH de Lisieux            |

#### + L'offre de soins en établissements pour l'AVC - phase post aigue

Chaque territoire de santé dispose d'au moins un SSR spécialisé dans la prise en charge des affections du système nerveux, soit en spécialité seule, soit avec la spécialité appareil locomoteur :

- Territoire de santé du Calvados : SSR à Aunay-sur-Odon (30 lits et 4 places initialement, avec la mise en place d'un projet médical commun CHU – CH Aunay-sur-Odon courant 2016, permettant la mise en œuvre de 47 lits et 4 places sur le site du CH Aunay) et SSR à Deauville (rattaché à la Polyclinique – pôle de santé de la côte fleurie) ;
- Territoire de santé de la Manche : SSR du centre l'Estran à Siouville, et SSR Le Normandy à Granville ;
- Territoire de santé de l'Orne : CMPR de Bagnoles de l'Orne.

L'outil « Trajectoire » a conduit à améliorer la sortie des patients vers le SSR avec une appropriation dans les structures MCO, SSR et HAD pour favoriser la fluidité des filières.

#### + Perspectives

Poursuivre et développer la promotion et la valorisation d'actions de sensibilisation aux maladies cardio-et neuro-vasculaires, et de prévention et dépistage de leurs facteurs de risque (lien avec le schéma prévention).

## 4 - Amélioration de la prise en charge des cardiopathies ischémiques

### □ Objectifs de prise en charge des cardiopathies ischémiques en Basse Normandie

Le volet médecine du PRS SROS 2013 2018 a pour objectif de réduire la surmortalité par cardiopathie ischémique en :

- Améliorant l'information des patients sur la prise en charge en urgence de la douleur thoracique,
- Réduisant les délais d'intervention auprès des patients.
- Installant une unité de soins intensifs cardiologique (USIC) dans l'Orne.

### □ Une USIC ouverte dans l'Orne dès septembre 2014

Lors de l'élaboration du PRS SROS 2013-2018, il était fait le constat que le département de l'Orne était dépourvu d'une unité de soins intensifs cardiologiques, alors que le SROS III prévoyait l'installation d'au moins une USIC par département.

Ainsi, une USIC a été ouverte au Centre Hospitalier Intercommunal d'Alençon-Mamers en septembre 2014.

### Evolution du nombre de reconnaissances contractuelles d'USIC par territoire de santé de 2012 à 2016

| Territoire de santé | Reconnaissances contractuelles au 30 06 2012 | Reconnaissances contractuelles prévues à échéance du SROS | Reconnaissances contractuelles au 30 06 2016 |
|---------------------|--|---|--|
| TS Calvados         | 2  | 2   | 2  |
| TS Manche           | 2  | 2   | 2  |
| TS Orne             | 0  | 1   | 1  |
| Ex Région BN        | 4  | 5   | 5  |

## 5 - Améliorer la prise en charge des maladies du métabolisme : diabète et obésité

### Diabète

#### + Objectifs de prise en charge du diabète en Basse Normandie

Le volet médecine du PRS SROS 2013 2018 a pour objectif d'améliorer l'équilibre glycémique moyen (HbA1C) des patients diabétiques en :

- Améliorant l'information des patients sur la prise en charge en particulier du diabète et de la surcharge pondérale,
- Généralisant le dépistage de la rétinopathie diabétique.

#### + Organisation de la prise en charge du diabète en Basse-Normandie

En 2011, dans le cadre des travaux d'élaboration du PRS SROS 2013 2018, cette organisation reposait sur :

- une offre de soins de proximité reposant essentiellement sur les professionnels de santé libéraux (avec le médecin généraliste le plus souvent comme porte d'entrée et coordonnateur du parcours de soins du diabétique nécessitant une grande coordination compte tenu de la multidisciplinarité des intervenants : infirmiers, médecins spécialistes, dentistes, podologues, diététiciennes) avec des endocrinologues sont peu nombreux et inégalement répartis dans la région
- Et une offre hospitalière ; en référence à la circulaire de 1999 (qui précise les prestations que doivent offrir les sites orientés vers la diabétologie : une consultation spécialisée, la réalisation d'exams complémentaires et l'accès à un programme d'éducation thérapeutique et les missions de recherche clinique et d'enseignement d'un pôle de référence régional), le CHU de Caen constituait le **centre référent en Diabétologie** pour la Basse-Normandie ; il proposait déjà :
  - o des **modules d'éducation** du diabétique, l'insuline, de la prévention des complications, de l'équilibre nutritionnel du diabétique.
  - o **Une unité de soins ambulatoires en Diabétologie** ouverte en avril 2001, accueillant quotidiennement les diabétiques pour des **consultations infirmières d'éducation thérapeutique** de 30 à 45 mn.
  - o Une unité mobile de Diabétologie animée par les membres du service d'Endocrinologie (une infirmière, un interne et un senior diabétologue) qui assurent une activité de consultation transversale auprès des services de médecine et de chirurgie.
  - o Une unité de télémédecine assurant la télésurveillance d'une soixantaine de patients équipés d'un dispositif permettant de télétransmettre les données glycémiques au centre de diabétologie référent.
  - o Et le service de Diabétologie du CHU de Caen était centre référent pour les pompes à insuline, et reconnu au plan national et international pour l'utilisation des pompes à insuline dans le diabète de type 2.

En Basse-Normandie, étaient répertoriés 4 centres initiateurs (CHU de Caen, CH Granville, Flers et Alençon).

Dans la région, les services de pédiatrie prenaient déjà en charge les enfants diabétiques.



### + Progression du taux de dépistage de la rétinopathie diabétique

En 2013, en Basse-Normandie, 22 % de patients diabétiques ont bénéficié d'une consultation ophtalmologique et 16 % d'un FO.

En 2014, Le taux de patients diabétiques ayant bénéficié d'un fond d'œil dans l'année et/ou d'une consultation ophtalmologique progresse peu.

| Territoire de santé | Taux de diabétiques ayant eu un fond d'œil en 2014 | Taux de diabétiques ayant eu une consultation ophtalmologique en 2014 |
|---------------------|--|---|
| TS Calvados         | 18%  | 19%   |
| TS Manche           | 15%  | 22%   |
| TS Orne             | 17%  | 22%   |
| Ex Région BN        | 17%  | 20%   |

Parallèlement, le nombre de praticiens spécialistes en ophtalmologie était en 2014 de 90 avec une répartition inégale entre les 3 départements (53 dans le Calvados, 21 dans la Manche et 16 dans l'Orne) <sup>1</sup>.

Cependant, en 2013, les bassins de vie de la région Basse-Normandie comptaient 88 ophtalmologistes (âgés en moyenne de 53 ans, avec une plus faible densité dans l'Orne) inscrits aux tableaux des Ordres départementaux en activité régulière avec un mode d'exercice libéral ou mixte. Sur la période 2007-2013, les effectifs ont augmenté de 4,8%, et cette tendance va se confirmer sur la période 2013-2018 (+3,4%)<sup>2</sup>.

### + Perspectives

La démographie médicale en ophtalmologistes reste un enjeu pour améliorer le dépistage de la rétinopathie chez les patients diabétiques.

Les actions de sensibilisation et d'information des patients sur la prise en charge en particulier du diabète et de la surcharge pondérale sont à poursuivre.

## Obésité

### + Objectifs de prise en charge de l'obésité en Basse Normandie

Le volet médecine du PRS SROS 2013 2018 a pour objectif de stabiliser la prévalence et améliorer la prise en charge de l'obésité en :

- Développant une filière obésité enfant-adulte par :
  - o la création d'une consultation pédiatrique au sein du service de nutrition d'Equemauville,
  - o le développement de l'hospitalisation de jour (bilans, éducation thérapeutique),
  - o l'implantation d'un centre régional spécialisé pour la prise en charge des obésités sévères,
  - o le développement des partenariats avec les CH de proximité et la médecine scolaire et libérale ;

<sup>1</sup> Source : Atlas de la démographie médicale en France – situation au 1<sup>er</sup> janvier 2014 – Conseil national de l'Ordre de Médecins.

<sup>2</sup> Source : la démographie médicale en région Basse-Normandie – situation en 2013 – Conseil national de l'Ordre des Médecins.

- Formant les médecins, notamment généralistes, au dépistage des complications (dépistage du syndrome d'apnées du sommeil, augmentation du recrutement en DESC de nutrition).
- Développant les partenariats avec les associations sportives.

#### □ **Implantation d'un centre spécialisé régional pour la prise en charge des obésités sévères :**

En 2011, l'obésité concernait 16% de la population en Basse-Normandie, plus souvent les populations précaires.

L'offre de soins actuelle au CHU ne répondant pas à la demande des médecins de ville et des praticiens hospitaliers, et la filière de soins n'étant pas bien définie et peu lisible, en octobre 2011, le CHU de Caen proposait un plan obésité dont les objectifs étaient de :

- dépister l'obésité et en améliorer le codage,
- structurer et développer la prise en charge (consultations, hospitalisation de jour, éducation thérapeutique, filières intra-hospitalières, chirurgie de l'obésité),
- développer la coopération avec les EPS (disponibilité, consultations avancées) et créer de nouveaux partenariats (formalisation des liens avec les réseaux),
- intensifier la formation (programme annuel d'enseignement postuniversitaire) et la prévention (interventions grand public et en milieu scolaire),
- développer la recherche (clinique) et évaluer (les prises en charge, les activités, les organisations et le plan obésité).

Dans ce cadre, un centre spécialisé régional pour la prise en charge pluridisciplinaire de l'obésité sévère mis en place au CHU de Caen, reconnu par l'ARS de Basse-Normandie en décembre 2011.

#### □ **Perspectives**

- Formalisation d'une filière de prise en charge de l'obésité de l'adulte et de l'enfant, en se référant aux recommandations de la HAS pour la construction d'un parcours de soins.
- Harmonisation des prises en charges et des pratiques dans le cadre de la nouvelle région Normandie.



## Préambule

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

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

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

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

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

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

Le SROS de Basse Normandie 2013-2018 comporte un volet commun à la médecine et à l'hospitalisation à domicile.

Les orientations prioritaires fixées dans le PRS SROS Basse-Normandie ont été les suivantes :

- Permettre l'accès à l'HAD sur la totalité du territoire régional
- Fluidifier les filières de soins, développer une régulation médicale en amont de l'admission aux urgences par des conventions entre les SAMU et les HAD, afin d'assurer une meilleure continuité des prises en charge
- Mettre en place l'outil TRAJECTOIRE en médecine y compris en HAD
- Tendre vers le seuil minimum de 30 places pour toute structure autorisée HAD. Lors

de l'élaboration de ce SROS, la Basse Normandie comptait :

- 14 établissements d'HAD polyvalente couvrant les trois départements de la région (7 dans le Calvados, 3 dans la Manche et 4 dans l'Orne),
- 3 établissements d'HAD spécialisés :
  - o un en gynécologie-obstétrique, et un en néonatalogie dans le Calvados,
  - o et un en psychiatrie pour adultes dans la Manche.

## HOSPITALISATION à DOMICILE



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

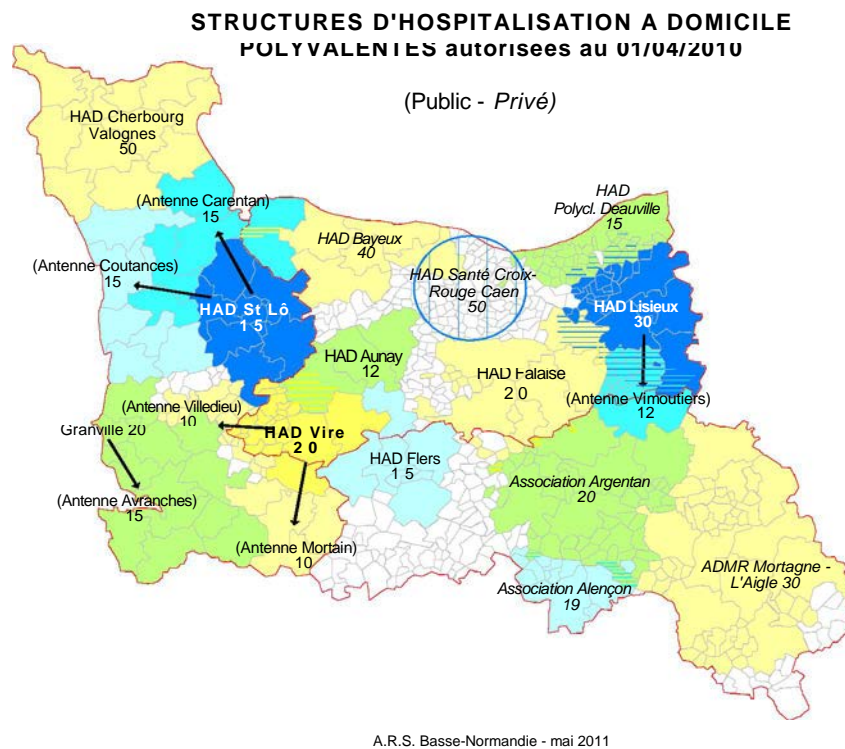
#### *Principaux constats*

- 1- Couverture encore incomplète du territoire mais avec une bonne répartition des établissements d'HAD, et taille critique de certaines structures d'HAD
- 2- Offre de soins insuffisamment identifiée en aval et en amont et taux de recours faible par rapport à la circulaire du 4 décembre 2013
- 3- Difficultés en cas d'urgence médicale avec des ré-hospitalisations parfois évitables.



## 1 – Couverture encore incomplète du territoire mais avec une bonne répartition des établissements d'HAD, et taille critique de certaines structures d'HAD

En 2011, des zones géographiques de la région étaient non couvertes par une structure d'HAD, et certaines des structures présentaient une capacité inférieure au seuil minimum de 30 places.



## En 2013

Extension des zones géographiques d'intervention des établissements HAD déjà autorisés, pour assurer la couverture exhaustive de toute la région dès l'année 2013, une partie du territoire de l'Orne ayant été couverte par un établissement d'HAD du département limitrophe de la Sarthe

|  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| HAD CH Aunay sur Odon  | Décision n° 8 du 26 mai 2014      |
| Association Soins et Maintien à domicile du Bessin               | Décision n° 12 du 25 octobre 2013 |
| HAD CH Falaise   | Décision n° 15 du 25 octobre 2013 |
| HAD Polyclinique de Deauville                                    | Décision n° 14 du 25 octobre 2013 |
| HAD Croix Rouge Française  | Décision n° 11 du 25 octobre 2013 |
| HAD CH Lisieux   | Décision n° 16 du 25 octobre 2013 |
| HAD CH Vire  | Décision n° 13 du 25 octobre 2013 |
| HAD CH Saint-Lô  | Décision n°17 du 25 octobre 2013  |
| HAD CH Public du cotentin  | Décision n° 1 du 25 novembre 2015 |
| HAD CH Flers   | Décision n° 19 du 25 octobre 2013 |
| Association Soins Santé Argentan                                 | Décision n° 18 du 25 octobre 2013 |
| Association Soigner Ensemble au Pays d'Alençon                   | Décision n° 3 du 6 février 2013   |
| Association Locale ADMR de Soins et d'hospitalisation à domicile | Décision n°9 du 26 mai 2014       |
| Association d'Hygiène Sociale de la Sarthe (AHSS)                | Décision n°10 du 26 mai 2014      |

## De 2013 à 2015 :

- Interruption de l'activité de médecine en HAD spécialisée en obstétrique du CHU de Caen en juillet 2013, comme suite à la disparition du mode de prise en charge « retour précoce à domicile après accouchement » en HAD (cf. recommandation de bonne pratique relative aux situations pathologiques pouvant relever de l'HAD au cours de l'ante et du post-partum d'avril 2011) et au développement du PRADO sur cette indication.
- Les structures dont la capacité est inférieure à 30 places ont été privilégiées pour tendre vers ce seuil minimum de 30 places pour toute structure autorisée. Ainsi, en 2015, l'autorisation de l'établissement d'HAD rattaché au Centre Hospitalier (CH) de Flers a été cédée au CH de Vire.
- En fin d'année 2015, la région compte 13 établissements d'HAD polyvalente, et 2 établissements d'HAD spécialisée.

**Evolution du nombre et de la capacité des établissements d'HAD autorisés entre 2011 et 2015 :**

|          | Etablissement ou association (* : établissements d'HAD spécialisés)   | Capacité |      |
|----------|---|----------|------|
|          |   | 2011     | 2015 |
| CALVADOS | HAD Santé Croix rouge Caen  | 50       | 60   |
|          | HAD de néonatalogie du CHU de Caen *  | 5        | 5    |
|          | HAD de « Soins et maintien à domicile du Bessin » à Bayeux  | 40       | 40   |
|          | HAD du CH Aunay-sur-Odon  | 12       | 12   |
|          | HAD du CH Falaise   | 20       | 20   |
|          | HAD du CH Lisieux (l'antenne HL Vimoutiers a été reconfigurée courant 2015, en intégrant que le territoire soit toujours couvert par l'HAD) | 42       | 42   |
|          | HAD de la Polyclinique Deauville  | 15       | 15   |
|          | HAD du CH Vire (+ antennes HL Villedieu et HL Mortain, et à partir de janvier 2016, mise en œuvre par une antenne à Flers)                  | 40       | 55   |
|          | Total Calvados  | 224      | 249  |
| MANCHE   | HAD du CHP Cotentin Cherbourg   | 50       | 50   |
|          | HAD du CH Mémorial (+antenne Carentan et Coutances)   | 45       | 45   |
|          | HAD du CH Avranches-Granville   | 35       | 35   |
|          | HAD psychiatrique pour adultes du CHS de Picauville *   | 38       | 38   |
|          | Total Manche  | 168      | 168  |
| ORNE     | HAD de « Soigner ensemble au pays d'Alençon » à Alençon (+ antenne à La Ferté Macé à partir de février 2014)                                | 19       | 30   |
|          | HAD de « Soins santé Argentan » à Argentan (+ antenne à Sées)   | 20       | 20   |
|          | HAD Orne Est « ADMR » implantée à Mortagne avec une antenne à l'Aigle   | 30       | 30   |
|          | HAD du CH Flers   | 15       | /    |
|          | Total Orne  | 84       | 80   |
|          |   | 49/      |      |
| TOTAL    |   | 476      |      |



## Cartographie des établissements d'HAD en 2015



## Perspectives

- Inscrire les HAD dans un projet territorial de santé, avec un potentiel de déploiement et notamment faciliter le rapprochement entre les établissements HAD du Bessin et du CH d'Aunay-sur-Odon
- Tendre vers le seuil minimum de 30 places pour toute structure autorisée HAD et recomposer les zones d'intervention des HAD notamment les HAD du territoire de santé de l'Orne.

## 2 – Offre de soins insuffisamment identifiée en aval et en amont, et taux de recours faible par rapport à la circulaire du 4 décembre 2013



**En 2013**, constat d'une offre de soins insuffisamment identifiée en aval et en amont, notamment en HAD, et ce malgré une forte communication déployée par les opérateurs.

Alors que la circulaire n° DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile (HAD) fixe comme valeur cible 30 patients pris en charge par jour et pour 100 000 habitants, à atteindre en 2018, cette valeur pour la région Basse Normandie était de 20 en 2014 sans augmentation par rapport aux valeurs des années antérieures (20,1 en 2011 ; 22,1 en 2012 ; 20,3 en 2013).

Par ailleurs, les interventions en établissements sociaux et médico-sociaux sont encore insuffisamment développées malgré une augmentation du nombre de prises en charge entre 2013 (5,1% des séjours en HAD) et 2014 (7% des séjours en HAD), plus élevés qu'en France entière (4% en 2014).

**Entre 2013 et 2015**, des actions ont été mises en œuvre pour répondre à l'objectif d'améliorer la prise en charge en amont et en aval d'une hospitalisation en structures HAD :

### Par des réponses structurelles

- **En 2013-2015** : L'identification des places disponibles en HAD a été facilitée par le déploiement et l'intégration à l'outil Trajectoire par les structures MCO et SSR, ainsi qu'en établissement d'HAD ;

### Par des réponses organisationnelles

- **En 2013-2014** : Elaboration de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) avec chaque porteur d'autorisation d'activité d'HAD, qui a permis de décliner les objectifs du SROS-PRS ; parallèlement, des objectifs d'amélioration des prescriptions d'HAD sont définis pour les établissements de santé via la mise en œuvre du plan triennal.

Cependant, lors des réunions CPOM comme lors de contacts avec les différents porteurs d'autorisation d'HAD de Basse-Normandie, il est ressorti un constat de progression trop modeste de leur activité compte tenu de l'enjeu de développement des alternatives à l'hospitalisation traditionnelle et au regard du virage ambulatoire souhaité. Ainsi, **le 29 mai 2015**, l'ARS a organisé une « journée Hospitalisation à domicile » qui a permis de :

- Faire un bilan du déploiement de l'HAD au sein des différents territoires par rapport à la circulaire n° DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile (HAD), et en particulier de l'objectif de se rapprocher d'un seuil national plancher de recours à l'HAD de 30-35 patients par jour pour 100 000 habitants ;
- Partager les constats sur les leviers, les points d'amélioration et les difficultés rencontrées ;
- Présenter les différentes modalités de fonctionnement des établissements d'HAD sur des points particuliers (l'admission et la continuité des soins) ;
- présenter les possibilités de mise en œuvre de l'HAD pour de nouveaux patients en établissements sociaux et médico-sociaux, et en cancérologie.

Cette journée régionale s'inscrivait dans un **contexte** :

- Déclinaison du volet HAD du SROS-PRS ;

- Mise en œuvre du plan triennal 2015-2017, et en particulier le virage ambulatoire comportant notamment le développement de l'hospitalisation à domicile.

## Perspectives

- Dans le cadre de la structuration de parcours de soins territoriaux, inscrire l'HAD dans les projets suivants :
  - La plateforme territoriale d'appui aux situations complexes.
  - La télémédecine et le développement de systèmes d'informations partagées : outil commun de demande d'admission, dossier patient informatisé, le DMP.
  - Réflexion sur :
    - ✓ La facilitation de l'exercice de médecin coordonnateur via la mutualisation d'astreintes régionales de médecins coordonnateurs afin d'améliorer la permanence des soins en HAD, dans un contexte de démographie médicale déficitaire.
    - ✓ Diversification des types de prescriptions en développant notamment les prescriptions depuis la ville (intérêt de la télémédecine) ou en aval des urgences.
- Améliorer **la réactivité du déclenchement de l'HAD** afin de pouvoir organiser une HAD dans un délai adapté au besoin du patient sans ré hospitalisation en milieu conventionnel : Guichet unique ou plateforme d'admission. Le préalable à cette organisation passe par :
  - ✓ Une harmonisation des critères d'éligibilité à l'HAD (Critères sur lesquels travaille la Haute Autorité de Santé).
  - ✓ Le développement d'une culture commune avec les acteurs hospitaliers et les acteurs ambulatoires grâce à des formations et des protocoles partagés, pour la construction d'un travail en équipe.
  - ✓ Le partage des évaluations pour un même patient entre partenaires (SSIAD soins infirmiers à domicile, SPASAD service polyvalent de soins et d'aide à domicile, IDE libérales), assistantes sociales, équipes mobiles, équipes d'HAD.
- Développer l'HAD en établissements sociaux et médico-sociaux.
- Formaliser systématiquement des **coopérations entre les structures d'HAD et les autres structures de Soins à Domicile (SSIAD)** pour améliorer la continuité de la prise en charge : « Coopérations renforcées » SSIAD/HAD, voire interventions concomitantes : instruction ministérielle en attente.
- Appliquer l'instruction N° DGOS/R4/R3/2016/185 du 6 juin 2016 relative au dispositif de sortie précoce de chirurgie par mobilisation de l'hospitalisation à domicile, dans le cadre d'un **nouveau mode de prise en charge en HAD n°29 « sortie précoce de chirurgie »** ciblé sur trois spécialités chirurgicales (orthopédique, digestive et gynécologique).
- Inscrire l'HAD dans la déclinaison régionale des différents plans (application du **plan maladies neurodégénératives, plan cancer**), l'ARS est le relai indispensable pour assurer une meilleure prise en charge des patients souffrant de troubles sévères à leur domicile : l'HAD constitue un maillon de ce plan.
- Impliquer et associer les établissements d'HAD dans les GHT (groupements hospitaliers de territoire) et inscrire leur participation à l'élaboration des projets médicaux partagés de ces GHT.

**En 2016**, dans le prolongement de la journée régionale sur l'HAD du 29 mai 2015, mise en place d'un comité de pilotage régional HAD pour la région Normandie :

- intégrant des représentants de l'assurance maladie, des fédérations sanitaires (FNEHAD, FHF, FHP, FEHAP, etc.) et médico-sociales (SYNERPA, URIOPSS), de l'URML, de l'URPS infirmier et de l'URPS des pharmaciens.
- Et qui aura pour objet de :
  - ✓ Valider et mettre en place le suivi du plan d'action suivant permettant d'assurer le déploiement de l'HAD au sein des différents territoires (actions à prioriser, livrable(s) et calendrier des travaux), en prenant également en compte les perspectives énoncées précédemment :
    - Conforter l'offre en matière d'HAD.
    - Potentialiser la communication sur l'HAD, et notamment améliorer la communication entre les établissements d'HAD et les établissements de santé et médico-sociaux ainsi qu'en secteur ambulatoire.
    - Mobiliser la contractualisation avec les établissements sociaux et médico-sociaux afin d'y développer le recours à l'HAD.
    - Développer l'HAD dans le parcours patient, dont les prises en charge en cancérologie.
    - Participer à définir les fonctions du médecin coordonnateur et l'exercice de la continuité des soins.
  - ✓ Capitaliser les outils mis en place en permettant notamment de favoriser les modalités de fonctionnement des HAD sur des points particuliers (notamment, l'admission et la continuité des soins).

### 3 – Difficultés en cas d'urgence médicale avec des ré -hospitalisations parfois évitables

**En 2011** : constat de difficultés en cas d'urgence médicale avec ré hospitalisations en établissements parfois évitables, d'où l'objectif du SROS-PRS d'une régulation médicale en amont de l'admission aux urgences avec développement de partenariats entre les SAMU et les HAD de leur territoire respectif, à formaliser par des conventions.

**Entre 2013 et 2015** : les établissements d'HAD ont développé des partenariats avec le SAMU de leur territoire mais sans les formaliser par des conventions. Ces partenariats ont pour finalité une gestion optimale des situations d'urgence pour les patients hospitalisés à domicile.

#### Perspectives

- Formaliser chaque partenariat entre un établissement d'HAD et le SAMU de son territoire par une convention.
- Réflexion sur la mise en place d'une fiche actualisée à transmettre à la régulation du SAMU de chaque territoire de santé, afin que ce dernier dispose des éléments nécessaires du dossier clinique des patients hospitalisés à domicile pour une gestion optimale des situations d'urgence.

**VOLET**  
**Cardiologie interventionnelle**



# CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE



# SROS

## Préambule

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

Cette activité comporte 3 catégories d'actes et est soumise à seuil :

|                   | Définition des actes intégrés dans le périmètre des seuils   | Nombre annuel par établissement                               |
|-------------------|--|---|
| Actes de type I   | Actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention liée à des troubles du rythme | 50 actes  |
| Actes de type II  | Actes portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence   | 40 actes, au moins 50% de l'activité réalisée sur des enfants |
| Actes de type III | Actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte   | 350 actes   |

Elle nécessite des normes techniques de fonctionnement et une qualification spécifique des personnels médicaux et paramédicaux.

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

**En 2016** : seul le CHU de Caen 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

Elle nécessite des normes techniques de fonctionnement et une qualification spécifique des personnels médicaux et paramédicaux.

Depuis l'élaboration du SROS/PRS 2013-2018, la stratégie en matière de cardiologie interventionnelle consiste en une organisation graduée des soins, en structurant les parcours de soins des malades au sein de chaque territoire de santé.



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

2

### *Constats*

- 1 – Nécessité de poursuivre l'organisation des parcours de soins gradués
- 2 – Une démographie médicale à favoriser pour permettre l'organisation des parcours de soins gradués



## 1 – Nécessité de poursuivre l'organisation des parcours de soins gradués



### Principales orientations et déclinaison par territoire de santé

Afin d'améliorer l'accès aux soins, et pour répondre aux besoins de la population, l'organisation hospitalière d'offre de soins de cardiologie est structurée en trois niveaux de prise en charge définis ainsi (cf. volet Médecine) :

- le niveau de proximité dans les services de médecine,
- le niveau de recours dans les services de spécialités,
- le niveau régional.

L'organisation territoriale de la cardiologie est structurée autour de trois étapes de la prise en charge :

➤ L'étape pré-hospitalière : prise en charge des urgences cardiologiques en collaboration entre les SAMU/SMUR et les équipes de cardiologie sur la base d'un protocole élaboré dans le cadre du réseau régional urgence (cf. volet médecine d'urgence – soins non programmés).

La région Basse Normandie a, par une campagne centre 15, tenté d'améliorer l'information du public pour l'appel au 15 rapide, dans l'objectif

- D'une intervention rapide du SAMU pour la thrombolyse ou transfert rapide enUSIC
- D'un transfert immédiat dans un centre d'angioplasties

avec mise en place de protocoles de fonctionnement entre les établissements des différents niveaux.

Les établissements autorisés en médecine d'urgence sont membres du réseau régional urgences, et organisent, en lien avec les SAMU, l'accès direct des patients sans passer par une structure d'accueil des urgences.

➤ L'étape hospitalière : accès direct à une unité de soins intensifs de cardiologie et accès à un plateau technique d'angioplastie H24 à compter de l'instant où le diagnostic est confirmé.

**En cardiologie, le niveau de recours** est représenté par l'Unité de Soins Intensifs Cardiologiques (USIC). Elle est caractérisée par la capacité à prendre en charge 24h/24h dans un service de cardiologie spécialisée toutes pathologies cardiovasculaires graves. De plus, il dispose et/ou organise l'accès à un plateau technique autorisé à la pratique de la cardiologie interventionnelle. Les unités de soins intensifs de cardiologie (USIC) sont localisées dans des centres hospitaliers de recours du Calvados, de la Manche et de l'Orne et nécessitent impérativement une présence médicale 24h/24h.

**Avec le PRS SROS, le niveau de recours (USIC) est désormais présent dans chaque territoire de santé (cf. volet Médecine) avec la création d'une USIC dans l'Orne priorisée.**

La cardiologie interventionnelle ne peut s'exercer que dans des établissements disposant d'une USIC. Pour l'exercice de cette activité, les professionnels sont des cardiologues spécialisés dans l'une ou l'autre activité, très peu nombreux et majoritairement localisés sur CAEN.

**Le niveau de référence régionale (CHU)** offre des prestations spécialisées (chirurgie cardiaque) ainsi que des activités de recherche et de formation. Ce niveau assure également la prise en charge des actes de cardiologie interventionnelle nécessitant une expertise et une compétence spécifique.

➤ L'étape post-hospitalière : prise en charge soit à domicile par la médecine de ville, soit en soins de suite de réadaptation cardiovasculaire (cf. volet SSR).

Par l'amélioration de la filière de prise en charge et du suivi à domicile des patients ayant eu ou non un geste de cardiologie interventionnelle visant à prévenir les risques de ré-hospitalisation liés à l'insuffisance cardiaque chronique, la région Basse Normandie a généralisé l'outil SCAD (Suivi Clinique A Domicile) et a ouvert l'unité de suivi en hospitalisation de jour en service spécialisé (cf. volet Médecine).

La continuité des soins et la fluidification des parcours de soins constituent une priorité, notamment pour la prise en charge des infarctus du myocarde.

L'existence de conventions avec les structures de SSR cardiologie doit permettre de formaliser et de sécuriser les liens entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge de l'amont jusqu'à l'aval.

Si des conventions ont été passées entre les établissements de santé et ceux disposant d'un plateau technique de cardiologie interventionnelle, afin de créer une réelle filière de prise en charge (en région et hors région pour Avranches et Alençon), cependant, des coopérations restent à formaliser pour garantir la qualité des prises en charge en filières ainsi que les complémentarités de compétence nécessaires au fonctionnement des plateaux de cardiologie interventionnelle autorisés et notamment :

- Conventions entre les établissements de santé ne disposant pas d'autorisation de cardiologie interventionnelle et les établissements détenteurs des autorisations dans le but de garantir à tous les patients des différents territoires de santé de Basse-Normandie un égal accès dans les délais conformes aux recommandations de la Société Française de Cardiologie (SFC),
- Formalisation de l'articulation et de la coordination des prises en charge avec les SAMU : réseau régional urgences, protocole commun relatif à la thrombolyse pré-hospitalière, prise en charge du syndrome coronarien aigu, organisation des transports sanitaires (dont recours à l'HéliSMUR - hélicoptère).

**En matière de prévention, le dépistage précoce et prévention des facteurs de risque (cf. volet Médecine et schéma régional prévention) est à poursuivre.**

Un certain nombre de facteurs de risques cardiovasculaires peuvent être prévenus à condition d'être dépistés précocement : obésité, tabagisme, sédentarité, dyslipidémie, diabète, hypertension artérielle.

Ceci justifie pleinement le développement d'actions de prévention : correction des facteurs de risque avant apparition de la maladie pour des populations ciblées à haut risque. Les acteurs de cette prévention sont la médecine de ville, la médecine du travail, l'éducation nationale, les associations...

Elle est complétée par des actions de prévention secondaire pour améliorer la prise en charge de la maladie déjà installée. Elles peuvent avoir lieu pendant l'hospitalisation ou au décours de celle-ci (Cf. volet médecine).

### Etat des lieux des reconnaissances contractuelles et des implantations

Afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins, ces activités sont particulièrement concernées par des exigences qualitatives :

- les USIC doivent correspondre au décret du 5 avril 2002 et au cahier des charges de labellisation (cf. volet Médecine),
- les structures autorisées en cardiologie interventionnelle doivent remplir :
  - des seuils d'activité attendus pour la pratique sécurisée des trois types d'actes relevant du champ de la cardiologie interventionnelle (Arrêté du 14 avril 2009),
  - des conditions réglementaires et des recommandations de bonnes pratiques : La cardiologie interventionnelle 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 (Décrets 409 et 410 du 14 avril 2009 portant sur le personnel, les équipements, l'environnement technique et arrêté du 27 octobre 2004 pour les DCI) et des recommandations des sociétés savantes (personnel, équipement, environnement technique, volume d'activité, formation et compétence des médecins).
  - **Les établissements autorisés en angioplastie coronaire (activité 3)** répondent notamment aux recommandations des sociétés savantes et doivent remplir les conditions réglementaires, seuil d'activité minimale (arrêté du 14 avril 2009) et conditions de fonctionnement définies par les décrets, notamment par :
    - L'appartenance au réseau régional des urgences, matérialisée par une convention avec les autres acteurs de la prise en charge (SAMU, urgences, réanimation, chirurgie cardiaque, USIC, SSR...)
    - Les modalités pour assurer la continuité des soins et la permanence des soins,
    - La rédaction de protocoles décisionnels, spécialement pour la prise en charge des syndromes coronariens aigus
    - L'organisation d'une filière extra et intra hospitalière évitant les pertes de temps avec un dispositif d'accès direct au plateau technique spécialisé.

2012 : la région compte 4 USIC

2016 : elle totalise 5 USIC ayant fait l'objet d'une reconnaissance contractuelle, conformément aux orientations du PRS SROS Basse Normandie.

| Territoire de santé | Lieu          | Cardiologie interventionnelle | USIC au 30/6/2012 | USIC Au 1/1/2016 | Chirurgie cardiaque |
|---------------------|---------------|-------------------------------|-------------------|------------------|---------------------|
| <b>CALVADOS</b>     | CHU           | Oui                           | 20 lits           | 20 lits          | Oui                 |
|                     | CHP St-Martin | Oui                           | 8 lits            | 8 lits           | Oui                 |
|                     | CH Lisieux    |                               |                   |                  |                     |
| <b>MANCHE</b>       | CH Cherbourg  |                               | 10 lits           | 10 lits          |                     |
|                     | CH St-Lô      |                               | 6 lits            | 6 lits           |                     |
|                     | CH Avranches  |                               |                   |                  |                     |
| <b>ORNE</b>         | CH Alençon    |                               |                   | 6 lits           |                     |
|                     | CH Flers      |                               |                   |                  |                     |

L'objectif de mise en place d'au moins une USIC dans chaque territoire de santé a ainsi été réalisé avec l'ouverture de l'USIC de l'Orne au CHIC Alençon-Mamers en octobre 2014.

#### La cardiologie interventionnelle

Afin de développer l'expérience des cardiologues interventionnels, les autorisations de ces activités sont concentrées sur deux établissements du territoire de santé du Calvados.

|                        | CHU de Caen | HP Saint Martin |
|------------------------|-------------|-----------------|
| <b>Activité type 1</b> | X           | X               |
| <b>Activité type 2</b> | X           | O               |
| <b>Activité type 3</b> | X           | X               |

À ce jour, seul le CHU exerce l'ensemble des trois activités (activités de type 1 dont ablation de tissus arythmogènes, stimulation de resynchronisation et pose de défibrillateur automatique implantable (DAI), activités de type 2 (interventionnel pédiatrique) et activités de type 3 (autorisation renouvelée).

Le Centre Hospitalier Privé St-Martin exerce, quant à lui, les activités de type 1 (partiellement : ablation de tissus arythmogènes) et 3 (autorisation de l'activité de type 3 accordée à l'institut de cardiologie (ICC)).

#### Evolution<sup>3</sup> activité globale de 2011 à 2015

|                        | 2011        |                 | 2012       |                | 2013       |                | 2014       |                | 2015       |                 |
|------------------------|-------------|-----------------|------------|----------------|------------|----------------|------------|----------------|------------|-----------------|
|                        | CHU de Caen | HP Saint Martin | CHU de Cae | HP Saint Marti | CHU de Cae | HP Saint Marti | CHU de Cae | HP Saint Marti | CHU de Cae | HP Saint Martin |
| <b>Activité type 1</b> | 705         | 340             | 641        | 379            | 656        | 326            | 682        | 362            | 662        | 515             |
| <b>Activité</b>        | 125         |                 | 91         |                | 72         |                | 79         |                | 81         |                 |

<sup>3</sup> Source :

|                        |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| <b>type 2</b>          |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| <b>Activité type 3</b> | 1 446 | 1 848 | 1 539 | 2 004 | 1 525 | 1 826 | 1 568 | 1 828 | 1 502 | 1 914 |

## Analyse des flux

### Activités de type 1

Le CHU et l'HP St Martin drainent :

- 92% des habitants du Calvados,
- 79% de la Manche,
- 63% de l'Orne.

Le Sud de la Manche se dirige sur le département frontalier d'Ille et Vilaine.

11% du territoire de l'Orne s'oriente en IDF, 20% sur les départements frontaliers des pays de la Loire.

### Activités de type 3

Le CHU et l'HP St Martin drainent :

- 94% des habitants du Calvados,
- 80% de la Manche,
- 58% de l'Orne.

Le Sud de la Manche se dirige sur le département frontalier d'Ille et Vilaine.

12% du territoire de l'Orne s'oriente en IDF, 23% sur les départements frontaliers des Pays de la Loire.

### Pour les actes soumis à seuil

Les implantations de cardiologie interventionnelle doivent respecter les conditions techniques et les volumes d'activité tant pour les ablations que pour les stimulateurs et les défibrillateurs définis par la Société Française de Cardiologie (SFC) et la réglementation :

- 50 actes pour les procédures d'ablation endo cavitaire (hors jonction)
- Mise en place de défibrillateurs cardiaques implantables DCI (arrêté du 27 octobre 2004) : 50 implantations par centre dans les trois ans de fonctionnement et 25 par opérateur dans un centre qui réalise au moins 100 implantations de stimulateurs par an et 30 par opérateur et remplit les autres critères du § 3 (dont l'astreinte de rythmologie 24 H/24).
- 350 actes d'angioplastie coronarienne

### **Evolution<sup>4</sup> de l'activité 2011 à 2015 pour les actes soumis à seuil :**

|                        | 2011       |                 | 2012       |                 | 2013       |                 | 2014       |                 | 2015       |                 |
|------------------------|------------|-----------------|------------|-----------------|------------|-----------------|------------|-----------------|------------|-----------------|
|                        | CHU de Cae | HP Saint Martin | CHU de Cae | HP Saint Martin | CHU de Cae | HP Saint Martin | CHU de Cae | HP Saint Martin | CHU de Cae | HP Saint Martin |
| <b>Activité type 1</b> | 262        | 98              | 310        | 129             | 295        | 100             | 356        | 104             | 364        | 255             |
| <b>Activité type 2</b> | 125        |                 | 91         |                 | 72         |                 | 79         |                 | 81         |                 |
| <b>Activité type 3</b> | 1 445      | 1 848           | 1 538      | 2 004           | 1 522      | 1 826           | 1 564      | 1 828           | 1 495      | 1 914           |

## Principales orientations

- Développer les conventions entre établissements de santé. Ces conventions permettent d'assurer la continuité de la prise en charge des patients sur l'un des deux établissements disposant de l'activité

<sup>4</sup> Source :

interventionnelle en cardiologie. Notamment pour les syndromes coronariens aigus, une convention avec les établissements disposant d'un service d'urgence permet une prise en charge rapide et adaptée. Les conventions passées avec les établissements disposant d'une USIC permettent également d'assurer la fluidité du parcours patient.

- Respecter les recommandations de la SFC en termes de personnel médical, notamment la présence de 2 rythmologues confirmés par centre autorisé.
- Prévenir les risques de réhospitalisation 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.

## 2 – Le constat d’une démographie médicale à favoriser pour permettre l’organisation des parcours de soins gradués



Selon le principe de qualité / sécurité de l’offre, la démographie des professionnels (effectif des médecins cardiologues dans ces sur-spécialités, pyramide des âges et inégale répartition dans les territoires de santé) et la nécessité de la permanence de l’offre 24H/24, 365 jours/an mobilisant des équipes conséquentes, conduisent à privilégier l’existant avec concentration des activités de cardiologie interventionnelle sur deux centres autorisés de façon que chaque centre 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.

La démographie médicale s’est dégradée dans la période du PRS-SROS /2013-2018, notamment dans certains établissements de santé publics :

Effectifs<sup>5</sup> de cardiologues et du nombre d’USIC en 2011

| Territoire de santé | Lieu          | Effectif 2011 | Effectif 2015 | USIC 2011 | USIC 2015 |
|---------------------|---------------|---------------|---------------|-----------|-----------|
| CALVADOS            | CHU           | 2 PU +11 TP   | PU + TP       | 20 lits   | 20 lits   |
|                     | CHP St-Martin | 5+2           | +             | 8 lits    | 8 lits    |
|                     | CH Lisieux    | 2TP+3Tp       | TP + Tp       |           |           |
| MANCHE              | CH Cherbourg  | 4TP+4Tp       | TP + Tp       | 10 lits   | 10 lits   |
|                     | CH St-Lô      | 4TP+1Tp       | TP + Tp       | 6 lits    | 6 lits    |
|                     | CH Avranches  | 1TP+4Tp       | TP + Tp       |           |           |
| ORNE                | CH Alençon    | 3TP+3Tp       | TP + Tp       |           | 6 lits    |
|                     | CH Flers      | 1TP+4Tp       | TP + Tp       |           |           |

**En rythmologie interventionnelle (activité 1)**, chaque centre veille, au moment du dépôt des dossiers d’autorisation, à disposer d’au minimum 2 rythmologues confirmés afin d’avoir les moyens d’organiser l’astreinte de sécurité en rythmologie, indispensable pour tout centre qui réalise des implantations de défibrillateurs.

### Les perspectives

**-Pour les établissements autorisés, répondre aux recommandations de la Société Française de Cardiologie (SFC) et aux conditions réglementaires en termes de locaux, équipements, activité et personnel (dont la formation) et notamment**

- L’appartenance au réseau régional des urgences, matérialisée par une convention avec les autres acteurs de la prise en charge (SAMU, urgences, réanimation, chirurgie cardiaque, USIC, SSR...)
- la rédaction de protocoles décisionnels, spécialement pour la prise en charge des syndromes coronariens aigus
- l’organisation d’une filière extra et intra hospitalière évitant les pertes de temps avec un dispositif d’accès direct au plateau technique spécialisé.

<sup>5</sup> Source SIGMED

- Formaliser des conventions entre les établissements de proximité et les établissements de recours et avec les structures d'aval (dont SSR et HAD) dans le but d'organiser les prises en charge en cardiologie sous forme de filière de prise en charge.
  
- **Maintenir les actions de prévention, le dépistage précoce et prévention des facteurs de risques cardiovasculaires**

**VOLET**

**Insuffisance rénale chronique (IRC)**

**SROS**





## VOLET TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE PAR EPURATION EXTRARENALE



# SROS

### Préambule

L'insuffisance rénale chronique est une maladie qui évolue en cinq stades de sévérité croissante. Au stade 5, le rein n'assure plus ses fonctions et le patient nécessite un traitement de suppléance, greffe d'un rein ou dialyse : en France, 33 700 personnes ont reçu une greffe de rein et 42 500 sont dialysées en 2015.

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

Pour la dialyse, actuellement il existe quatre modalités :

- Hémodialyse en Centre (C)
- Hémodialyse en Unité de Dialyse Médicalisée (UDM)
- Hémodialyse en Unité d'Auto-Dialyse (UAD)
- Dialyse à domicile par Hémodialyse (HD) ou Dialyse Péritonéale. (DP)

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

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

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

Ce que dit le SROS 2013-2018

- Axes stratégiques
  - Maintien du maillage existant
  - Mutualisation des équipes de néphrologies
  - Développement de la greffe rénale
- Gradation des prises en charge de dialyse
  - Niveau de proximité : Dialyse à domicile (ou substitut) par hémodialyse ou dialyse péritonéale.
  - Niveau de recours intermédiaire : Dialyse en antenne d'auto-dialyse ou en unité de dialyse médicalisée (entraînement et repli de la dialyse à domicile).
    - Niveau de recours spécialisé avec plateaux techniques : Dialyse en Centre.
- Améliorer l'accès aux soins
  - Développement de la prévention, maintien de l'accès à la Dialyse Péritonéale.



## Principaux constats

## Principaux constats en 2016

- 1 – Un maillage régional permettant l'accès aux différentes modalités de dialyse sur l'ensemble des territoires.**
- 2 – Une évolution dans la répartition des prises en charge en fonction des modalités.**
- 3 – Le développement de la greffe rénale**

## ► Des perspectives d'évolution ....

### **Abréviations utilisées:**

*IRC : Insuffisance Rénale Chronique*

*IRCT : Insuffisance Rénale Chronique Terminale*

*C : unité Centre*

*UDM : Unité de dialyse Médicalisée*

*UAD : Unité d'Auto-Dialyse*

*HD : Hémodialyse à domicile*

*DP : Dialyse Péritonéale*

*TS: Territoire de Santé*

*TSC Calvados, TSM Manche, TSO Orne*

# 1 - Un maillage régional permettant l'accès aux différentes modalités de dialyse sur l'ensemble des territoires.



## Bilan

### Implantations par territoire de santé

|  | TS Calvados           | TS Manche | TS Orne |
|--|-----------------------|-----------|---------|
| <b>Domicile (hémodialyse, dialyse péritonéale)</b> | Ensemble de la région |           |         |
| <b>Unité d'Auto-Dialyse</b>                        | 3                     | 4         | 3       |
| <b>Unité de dialyse Médicalisée</b>                | 4                     | 3         | 2       |
| <b>Centres</b>                                     | 3                     | 3         | 2       |

Depuis 2012, pour améliorer l'accès aux différentes modalités de dialyse, plusieurs angles d'approches simultanés ont guidé les actions en région. Il s'agit :

- De réponses structurelles avec une adaptation de l'offre à la demande afin d'assurer un maillage plus complet des offres sur chaque territoire
- De réponses organisationnelles

### Réponses structurelles pour adapter l'offre à la demande

- Création de 2 unités de dialyse médicalisée (UDM) dans le territoire de santé Calvados sur le site de Caen :
  - **Autorisation octobre 2013, installation juin 2015 avec 10 postes**: UDM ANIDER site Citis à Hérouville Saint Clair,
  - **Autorisation mars 2015, installation septembre 2015** (après révision du SROS PRS avec une modification du nombre d'implantation dans ce territoire) **avec 8 postes** : UDM CHP Saint Martin à Caen
- Création d'une unité de dialyse médicalisée (UDM) dans le territoire de santé de l'Orne sur le site de Flers :
  - **Autorisation décembre 2014, installation prévue en mars/avril 2018 avec 6 postes**: UDM ANIDER
- Création d'une unité d'auto-dialyse assistée dans le territoire de santé Calvados sur le site de Bayeux:
  - **Autorisation juillet 2013, installation en février 2015 avec 10 postes**: UAD ANIDER à Bayeux

A terme, l'augmentation en nombre de poste d'UDM sera donc de 22 postes en UDM sur 78 postes initiaux, soit une augmentation de 22% et de 10 postes en UAD sur 90 postes initiaux, soit une augmentation de 10%.

Ces dernières mesures structurelles achèvent le maillage territorial en équipement de dialyse toutes modalités confondues avec la répartition suivantes des différentes unités :

| Nom de l'activité autorisée   | Nombre de poste de dialyse ou équivalents (source SAE 2014)  | Sites concernés  |
|---|--|--|
| HD ou DP<br>Dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale | Pour hémodialyse, 63 postes en région dont :<br>-30 TS Calvados<br>-16 TS Manche<br>-17 TS Orne<br><br>Il n'existe pas de poste pour la DP | Pour l'ensemble de la région :<br>Autorisation ANIDER et AUB (pour les patients du bassin Sud-Manche)  |
| UAD<br>Hémodialyse en unité d'autodialyse assistée                        | 90 en région dont :<br>-22 TS Calvados<br>-36 TS Manche<br>-32 TS Orne   | 3 antennes TS Calvados : Autorisations ANIDER / Equemauville – Hérouville-St-Clair – Bayeux<br>4 antennes TS Manche : Autorisations ANIDER / St-Sauveur-le-Vicomte – Tourlaville – Marigny – Autorisation AUB / Sartilly<br>3 antennes TS Orne : Autorisations ANIDER / Argentan – Flers – Alençon |
| UDM<br>Hémodialyse en unité de dialyse                                    | 78 en région dont :<br>-28 TS Calvados<br>-40 TS Manche  | 4 unités TS Calvados : Autorisations ANIDER / , Hérouville-St-Clair Autorisation CHU / Caen Autorisation CHP Saint-Martin /Caen Autorisation R Bisson/ Lisieux   |

|                                     |   |   |
|-------------------------------------|---|---|
| médicalisée                         | -10 TS Orne   | 3 unités TS Manche : Autorisation CHPC / Cherbourg, Autorisation CH   |
|                                     |   | Mémorial / Saint Lô, Autorisation AUB / Avranches<br>2 unités TS Orne : Autorisation ANIDER / Flers (en cours d'installation),        |
|                                     |   | Autorisation ANIDER /Alençon  |
| C<br>Hémodialyse en unité<br>Centre | 117 en région dont :<br>-49 TS Calvados<br>-49 TS Manche<br>-19 TS Orne | 3 unités TS Calvados : Autorisation CHU / Caen , Autorisation CHP Saint-Martin  |
|                                     |   | / Caen, Autorisation R Bisson/ Lisieux  |
|                                     |   | 3 unités TS Manche : Autorisation CHPC / Cherbourg, Autorisation CH   |
|                                     |   | Mémorial / Saint Lô, Autorisation AUB / Avranches<br>2 unités TS Orne : Autorisation CH Monod / Flers Autorisation CHICAM<br>/Alençon |

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

- En contractualisant (CPOM) avec l'ensemble des établissements de santé ayant l'autorisation d'activité de dialyse pour développer la dialyse à domicile et permettre la prise en charge du patient à la modalité la plus adéquate
- En restructurant l'activité de dialyse du CHU de Caen avec la création en 2015 du Centre Universitaire des Maladies Rénales (CUMR)
- En limitant la difficulté démographique en néphrologues constatée en début de SROS PRS :  
Au début du SROS/PRS en 2012 sont notées des difficultés démographiques en néphrologues principalement dans le TS de l'Orne. La région compte alors 25 néphrologues en activité et huit postes sont à pourvoir sur quatre sites (Alençon, Avranches, Flers, CHP Saint-Martin).  
En 2016, les effectifs sont en hausse mais persiste une fragilité de certains sites (Alençon, Flers) avec notamment des difficultés pour assurer le suivi médical des patients en antennes d'auto-dialyse

### Perspectives

- Maintenir les implantations actuelles et harmoniser le maillage territorial selon les modalités de prise en charge
- Accompagner la dialyse hors Centre et UDM par la télémédecine pour assurer un recours aux avis spécialisés en tout point des territoires de santé
- Soutenir les projets de télédialyse (télésurveillance, téléconsultation) en UDM, en UAD, en EHPAD et à domicile
- Développer la dialyse péritonéale en EHPAD et en SSR.
- Développer l'hémodialyse à domicile avec les nouveaux générateurs simplifiés

## 2 - Une évolution dans la répartition des prises en charge en fonction des modalités



Le rapport rein 2013 plaçait la Basse-Normandie parmi les 3 régions Françaises qui présentaient le taux dialyse hors plateau (c'est-à-dire hors centre/UDM) le plus important (14,9% contre 6,7 France entière). En 2015, ce taux a diminué et passe à 13%. Les données comparatives ne sont pas disponibles pour les années 2014 et 2015, hormis pour la Haute Normandie qui elle, présente un taux de dialyse à domicile de 10%.

Entre 2014 et 2015, le nombre de patients pris en charge en Basse-Normandie augmente de 183 patients, soit une augmentation de 20% générant une augmentation de l'activité régionale en séances de 5%. Le pourcentage d'évolutions du nombre de séances est variable selon la modalité de dialyse, l'évolution majoritaire étant pour les prises en charge en unité de dialyse médicalisées (+17%).

16% des patients bénéficient d'une prise en charge hors plateau à domicile par hémodialyse ou dialyse péritonéale et/ou en unité d'autodialyse.

Evolution activité<sup>6</sup> de dialyse entre 2014 et 2015 en nombre de séances

| Nombre de séances et ou forfaits | Autodialyse (UADA) |              |           | dialyse à domicile (DP +HD) en nombre de forfaits |              |           | dialyse en centre |              |           | UDM          |              |            | total (forfaits+ séances) |              |           |
|----------------------------------|--------------------|--------------|-----------|---|--------------|-----------|-------------------|--------------|-----------|--------------|--------------|------------|---------------------------|--------------|-----------|
|                                  | 2014               | 2015         | évo       | 2014  | 2015         | évo       | 2014              | 2015         | évo       | 2014         | 2015         | évo        | 2014                      | 2015         | évo       |
| Calvados                         | 10368              | 11545        | 11%       | 5737  | 9529         | 66%       | 13328             | 13987        | 5%        | 3535         | 5007         | 42%        | 32968                     | 40068        | 22%       |
| Manche                           | 8341               | 7971         | -4%       | 3507  | 1168         | -67%      | 15196             | 15428        | 2%        | 9994         | 10759        | 8%         | 37038                     | 35326        | -5%       |
| Orne                             | 4639               | 4524         | -2%       | 1985  | 1228         | -38%      | 11105             | 10778        | -3%       |              |              |            | 17729                     | 16530        | -7%       |
| <b>total BN</b>                  | <b>23348</b>       | <b>24040</b> | <b>3%</b> | <b>11229</b>                                      | <b>11925</b> | <b>6%</b> | <b>39629</b>      | <b>40193</b> | <b>1%</b> | <b>13529</b> | <b>15766</b> | <b>17%</b> | <b>87735</b>              | <b>91924</b> | <b>5%</b> |

Evolution activité<sup>7</sup> de dialyse entre 2014 et 2015 en nombre moyen de patients pris en charge

| Nombre de patients selon la modalité de traitement | Autodialyse (UADA) |            | dialyse à domicile (DP +HD) |            | dialyse en centre |            | UDM        |            | total       |             |
|--|--------------------|------------|-----------------------------|------------|-------------------|------------|------------|------------|-------------|-------------|
|  | 2014               | 2015       | 2014                        | 2015       | 2014              | 2015       | 2014       | 2015       | total 2014  | total 2015  |
| Calvados   | 59                 | 90         | 73                          | 105        | 204               | 204        | 47         | 61         | 382         | 461         |
| Manche   | 58                 | 55         | 30                          | 21         | 81                | 167        | 70         | 93         | 239         | 336         |
| Orne   | 28                 | 33         | 17                          | 23         | 50                | 48         | 25         | 27         | 120         | 132         |
| <b>total BN</b>                                    | <b>145</b>         | <b>178</b> | <b>120</b>                  | <b>149</b> | <b>335</b>        | <b>420</b> | <b>142</b> | <b>182</b> | <b>742</b>  | <b>929</b>  |
| <b>total BN (%)</b>                                | <b>20%</b>         | <b>19%</b> | <b>16%</b>                  | <b>16%</b> | <b>45%</b>        | <b>45%</b> | <b>19%</b> | <b>20%</b> | <b>100%</b> | <b>100%</b> |

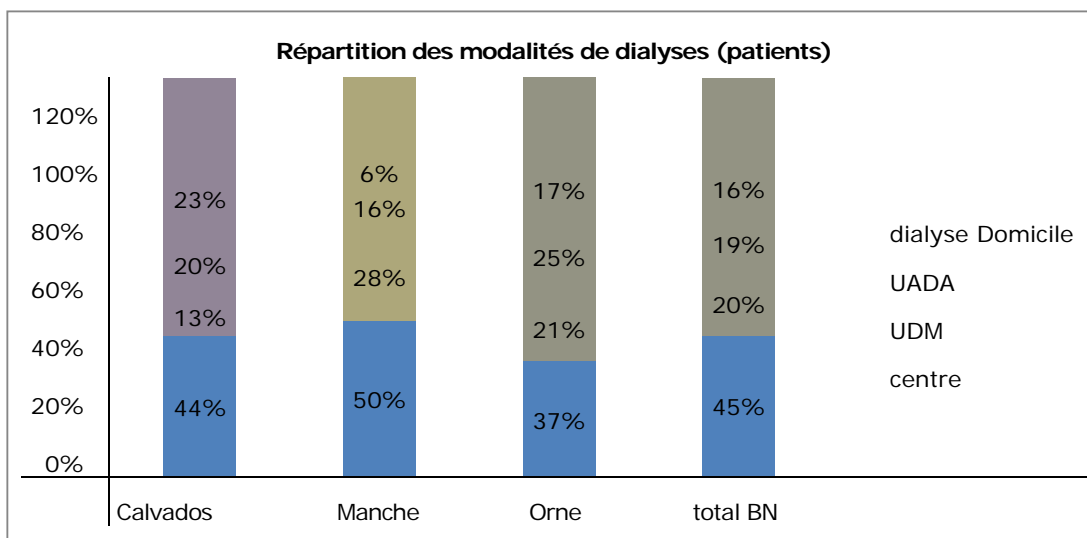
La répartition régionale par modalité de dialyse est globalement proche de la répartition préconisée par sociétés savantes :

- Dialyse à domicile (HD+DP) : 16 % pour une cible de 15%
- Autodialyse: 19 % pour une cible de 15%
- Unité de dialyse médicalisée : 19 % pour une cible de 20%
- Dialyse en centre : 45% pour une cible de 50%

Cependant, il existe des disparités entre les territoires de santé, notamment dans le territoire de santé de la Manche où l'on observe une répartition en faveur des centres et de l'UDM plus forte que dans les autres territoires de santé.

<sup>6</sup> Source BMSI +SNIR-AM (établissements privés)

<sup>7</sup> Source BMSI +SNIR-AM (établissements privés)



On note parallèlement des disparités en termes d'équipement (centre, UDM) entre les territoires, avec notamment un taux d'équipement en Centre et en UDM plus élevé que dans les autres territoires.

**Taux d'équipement pour 1 000 000 habitants en centre et en UDM par TS**

| Taux d'équipement pour 1 000 000 habitants | Centre | UDM   |
|--|--------|-------|
| <b>TS Calvados</b>                         | 70,68  | 40,39 |
| <b>TS Manche</b>                           | 98,00  | 80,00 |
| <b>TS Orne</b>                             | 66,37  | 34,93 |
| <b>Normandie</b>                           | 88,76  | 40,78 |
| <b>France</b>                              | 91,57  | 52,74 |

## Perspectives

- Développement de la dialyse péritonéale dans les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et dans les services de soins de suite et de réadaptation (SSR) : contraintes fortes à lever (coût, formation des personnels, charge en soins, rémunération des professionnels libéraux et nécessité de développer la télé-dialyse).
- Maintenir le développement de la dialyse péritonéale en facilitant sa pratique au cours de la formation initiale des néphrologues.
- Poursuivre le développement de la télé-dialyse.
- Développer l'hémodialyse à domicile en bénéficiant des évolutions technologiques avec l'apparition de nouveaux générateurs simplifiés.

### 3 - Le développement de la greffe rénale



#### Bilan

Conformément aux orientations du SIOS 1 et SIOS 2 en cours, la stratégie régionale a consisté d'une part à augmenter le nombre de prélèvements sur des donneurs vivants et/ou en arrêt cardiaque et à développer le prélèvement de greffon sur les hôpitaux de référence des 3 territoires de santé par des actions organisationnelles.

Un réseau d'établissements bas-Normands a été mis en place en soutien à l'unité régionale de coordination des prélèvements et des greffes. Celui-ci ayant pour missions essentielles de :

- Faciliter la prise en charge de tous les donneurs potentiels en état de mort encéphalique et de leur famille
- Diminuer le pourcentage de refus du don.

Les prélèvements de greffon s'effectuent au CHU de Caen et dans 5 centres hospitaliers autorisés pour le prélèvement d'organes, essentiellement sur des personnes en mort encéphalique : CHICAM et CH de Flers en cours de mutualisation, CHAG, CH Mémorial Saint Lô, CHPC Cherbourg. Au CHU de Caen sont également réalisés des prélèvements sur donneurs vivants.

#### Activité en 2014 (données REIN ABM)

- 74 greffes rénales ont été effectuées en 2014 :
  - La part de greffe à partir de donneurs vivants représentés 18,9 % de l'ensemble des greffes (14 greffes) pour un taux national de 16 %
  - Les retransplantations représentent 5,4 % de l'activité pour un taux national de 18.5 %
- Les greffes préemptives (sans passage par la dialyse) sont très supérieures au taux national et représentent en région 24,3 % de l'activité de greffe rénale (18 greffes) pour un taux national de 13 %

#### L'activité de prélèvements (données CRISTAL ABM)

Le taux de nouvelles inscriptions en attente de greffe rénale est en 2014 de 61.5 malades pour mille habitants (versus 71 taux national). Le taux de greffe rénale est supérieur au taux national avec 57.5 malades pour mille habitants en région versus 48.9 au niveau national.

Le pourcentage de greffés parmi les candidats est de 36.4 versus 20.9 taux national. La région Ex BN présente le taux d'accès à la greffe rénale le plus important au regard des autres régions.

Evolution activité de transplantation rénale de 2010 à 2015

| <b>ACTIVITE<sup>8</sup> - Nb Séjours<br/>Racine transplantation rénale<br/>27C06</b> | <b>2010</b> | <b>2011</b> | <b>2012</b> | <b>2013</b> | <b>2014</b> | <b>2015</b> | <b>Total général</b> |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----------------------|
| <b>Ex Basse-Normandie</b>  | <b>50</b>   | <b>62</b>   | <b>46</b>   | <b>58</b>   | <b>76</b>   | <b>61</b>   | <b>353</b>           |
| Ex Haute-Normandie   | 55          | 71          | 53          | 74          | 90          | 91          | 434                  |
| <b>Total général</b>   | <b>105</b>  | <b>133</b>  | <b>99</b>   | <b>132</b>  | <b>166</b>  | <b>152</b>  | <b>787</b>           |

L'activité de greffe est au dessus du seuil fixé par l'ABM en 2014 et 2015 qui est de 60 greffes annuelles. On note une baisse de l'activité en 2015 pour des raisons conjoncturelles.

#### Perspectives

- Développer la greffe rénale
- Développer le prélèvement de rein, en particulier sur donneur vivant

<sup>8</sup> Données PMSI

**VOLET**

**Cancérologie**

**SROS**







## PREAMBULE

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

La gradation des soins a été structurée, sur la base de sites de cancérologie référents, d'un fonctionnement en réseau centré autour du patient et de son médecin traitant, renforcée par des structures de coordination en cancérologie (3C) et par le réseau régional de cancérologie.

De nombreuses innovations ont été développées telles que le dispositif d'annonce, la pluridisciplinarité au sein de réunions de concertations pluridisciplinaires (RCP), l'engagement de plans personnalisés de soins, la mise en œuvre de soins de supports et notamment la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs.

Des renforcements techniques et de compétences ont également permis des avancées significatives dans le domaine du dépistage de l'imagerie médicale (en coupe et en médecine nucléaire), et des prises en charges notamment en radiothérapie par la modernisation du parc des appareils.

Néanmoins, des progrès restent à faire pour améliorer la qualité des prises en charge, l'accessibilité pour chaque patient aux soins adaptés à sa situation comprenant l'accès aux innovations thérapeutiques et de diagnostic, un égal accès à une offre transparente et lisible par tous, une modernisation encore à poursuivre des organisations et des équipements et structures.

Pour l'agence régionale de santé, l'opérateur principal dans les départements du 14, 50 et 61 est le Réseau Régional de Cancérologie « Onco Basse-Normandie ».



## Principaux constats en 2015

### *Principaux constats*

- 1 - la prévention et le dépistage des cancers sont à améliorer
- 2 – la démographie médicale est préoccupante en cancérologie
- 3 – la réflexion collégiale (RCP), le dispositif d'annonce et l'accès aux soins de supports sont à développer
- 4 - les coopérations inter-établissements et la coordination des médecins spécialistes et chirurgiens exerçant en établissement sanitaire avec le médecin traitant sont insuffisantes
- 5 - la conformité réglementaire, la modernisation et l'uniformisation des pratiques de soins au niveau régional sont inégales
- 6 - la recherche clinique est insuffisamment développée
- 7 – l'accès aux équipements et aux traitements innovants est à poursuivre
- 8 – le projet ARCHADE à Caen est initié.

### ► Des perspectives d'évolution ....

## 1- Poursuivre la promotion de la prévention et du dépistage des cancers

La promotion de la prévention et la réalisation du dépistage du cancer implique de nombreux partenaires et nécessite une articulation entre divers dispositifs ou institutions :

### Bilan

Depuis l'élaboration du SROS/PRS 2013-2018, plusieurs objectifs opérationnels visant l'amélioration de la promotion et de la prévention du dépistage ont été réalisés :

- **Avec le Réseau Régional de Cancérologie (RRC) du 14, 50 et 61 et avec les structures de dépistage du cancer :**
  - La réalisation avec les structures de dépistage organisé d'une information commune pour le dépistage du cancer du sein après 50 ans et du cancer du col utérin,
  - L'association des professionnels des structures de dépistage organisé aux médecins du groupe de travail thématique (GTT) « prévention-dépistage » du RRC
- **Avec le concours de l'Education Nationale, de l'U.R.M.L. et l'appui du CHU**
  - La promotion de la réalisation des Frottis Cervico Utérin (FCU) tous les 3 ans entre 25 et 65 ans et de la vaccination 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 a été largement initiée, cet objectif opérationnel est à poursuivre. **2015** : Une enquête menée auprès des médecins traitants par le réseau de cancérologie en partenariat avec l'URML a montré que ces derniers sont très favorables au suivi par FCU et plutôt favorables à la vaccination.
- **Avec les médecins, les sages-femmes et l'appui des pharmaciens, des structures de dépistage et le Réseau Onco BN**
  - La promotion du dépistage du cancer du col utérin
  - L'écriture de la charte qualité entre les réseaux Hospipharm (réseau de pharmaciens) et le réseau Onco-Basse-Normandie, pour la prise en charge des patients sous anticancéreux, par voie orale.

### Perspectives

- **Avec les médecins, les sages-femmes et l'appui des pharmaciens, des structures de dépistage et le Réseau Onco BN**
  - Assurer l'information sur le calendrier vaccinal notamment par les pharmaciens d'officine
  - 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 est à poursuivre ainsi que pour les personnes en situation de précarité.
  - Assurer systématiquement l'information du patient sur le rapport bénéfice / risque du dépistage individuel du cancer de la prostate par son médecin.
  - Augmenter le taux de sevrage tabagique avec la mise en place d'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  
Conformément à l'orientation nationale pour la mise en œuvre du Plan cancer en régions de janvier 2015, généraliser le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus et renforcer l'accès à la vaccination anti-HPV, permettre un meilleur accès aux femmes les plus défavorisées, grâce à la diversification des effecteurs et des lieux de réalisation des frottis et de la vaccination.
- **Avec le concours de l'Assurance Maladie**
  - La transmission des noms des médecins traitants aux structures de dépistage pour la **population concernée afin que celles-ci puissent communiquer au médecin traitant les patients qui ne répondent pas au dépistage organisé, est à mettre en œuvre.**

## 2- Une situation démographique médicale préoccupante en cancérologie

Les médecins et chirurgiens spécialisés ou avec compétence en cancérologie : nombreuses données ND (non disponibles) en base régionale

### Bilan

Depuis l'élaboration du SROS/PRS 2013-2018, face à cette situation, l'agence régionale de santé en lien avec l'université, l'URML et le CHU de Caen ont mis en place différentes actions :

- Des actions visant à augmenter le nombre de praticiens en région :
  - Une augmentation du nombre d'internes de spécialité en oncologie et en radiothérapie

Evolution<sup>9</sup> nombre d'internes de 2012 à 2015

| interne                 | Au 1 <sup>er</sup> janvier 2011 | Au 1 <sup>er</sup> janvier 2015 |
|-------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Anatomopathologie       | 8                               | 12                              |
| Oncologie/Radiothérapie | 11                              | 9                               |
| Hématologie             | 4                               | 6                               |
| <b>Total</b>            | <b>23</b>                       | <b>27</b>                       |

- Le développement de postes d'assistants spécialistes régionaux (A.S.R.)  
Actuellement, aucun médecin, spécialisé dans les disciplines mentionnées ci-dessus n'est A.S.R.  
N.B. : en anatomopathologie, 3 médecins en fin de cursus d'internat souhaitent poursuivre leurs activités professionnelles en post-internat. Un déficit de médecins seniors dans cette spécialité nuit à leur encadrement au C.H.U de Caen et au C.H. public du Cotentin.  
En oncologie, les besoins exprimés en médecins oncologues sont pressants à Flers et à Cherbourg, selon le Pr oncologue au CLCC F. Baclesse.

- Avec l'U.F.R. de médecine du C.H.U. de Caen et l'U.R.M.L.

- Un objectif opérationnel est à initier, la formation des internes de médecine générale à la pratique des frottis cervico-utérin (FCU)

---

<sup>9</sup> Source : ARS

### 3- Promouvoir la qualité des pratiques de soins et la transversalité RCP, dispositif d'annonce, soins de supports

Afin de promouvoir la qualité des pratiques de soins et la transversalité, différentes actions ont été menées en région, soit en direction des professionnels de santé, soit en direction des patients.

#### Entre les professionnels :

##### Bilan

#### ➤ le Réseau Régional de Cancérologie du 14,50 et 61 a mis en place quatre actions principales :

- Notifier sur la fiche de réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) si le dépistage a été individuel ou issu d'un dépistage organisé,
- Assurer la traçabilité de la remise du plan personnalisé de soins (PPS) dans le dossier patient
- Indiquer sur la fiche RCP, le PPS, le plan personnalisé de l'après cancer (PPAC) le caractère fumeur ou non et le nombre de paquets année
- Notifier dans les fiches des spécialités concernées du Dossier Communicant en Cancérologie (DCC), si le dépistage a été individuel ou issu d'un dépistage organisé.

##### Perspectives

- Impliquer les infirmières d'annonce et des services de cancérologie sur le sevrage tabagique
- Augmenter l'implication des sages-femmes dans l'annonce de cancer du col utérin

#### Avec les patients :

##### Bilan

#### ➤ le Réseau Régional de Cancérologie du 14,50 et 61 a mis en place trois actions principales :

- La diffusion de l'annuaire des consultations de sevrage tabagique de la région Normandie occidentale rédigé par l'ARS à tous les établissements sanitaires et les structures de soins impliquées dans les soins de ville.
- S'assurer que tous les patients bénéficient d'un dispositif d'annonce (D.A.) avec accès possible à une consultation paramédicale; un audit est programmé à ce sujet au Réseau Onco Basse-Normandie, en 2016.
- La remise aux patients traités en chimiothérapie du classeur de suivi régional de cancérologie.  
N.B. : une application mobile et informatisée a été réalisée pour aider les patients à une correcte observance de leur traitement médicamenteux de chimiothérapie orale. L'application comprend un agenda thérapeutique (avec rappels), des informations concernant les effets indésirables et un répertoire des professionnels de santé. Une phase test est prévue en juillet 2016.

##### Perspectives

- Augmenter le nombre de patients recevant un Plan Personnalisé de Soins (PPS). Cette action sera réalisée dès lors que la création automatisée du Plan Personnalisé de Soins sera effective.

## 4 – Poursuivre les coopérations inter-établissements et la coordination des médecins spécialistes et chirurgiens exerçant en établissement sanitaire avec le médecin traitant

### Bilan :

- Afin de favoriser les diverses coopérations, le Réseau Régional de Cancérologie du 14, 50 et 61 a mis en place :
  - l'association du médecin traitant à la phase active de traitement : envoi des courriers de sortie, fiche RCP, PPS avec inscription dans ce PPS d'au moins une consultation avec lui durant cette période
  - le renforcement de la structuration de la coordination des prises en charge en appui aux médecins traitants via les infirmiers coordinateurs dans les établissements de santé autorisés (2 actuellement) : projet PREPS - Programme de Recherche sur l'Evaluation et la Performance des soins - déposé à la DGOS, qui vise à renforcer le lien ville hôpital chez les patients sous traitements oraux.
  - avec le GCS télésanté, le Dossier Communiquant de Cancérologie (D.C.C), conformément aux préconisations nationales

### Perspectives :

- Favoriser les coopérations inter établissements afin d'améliorer l'accès aux compétences requises pour les soins de support tout en restant vigilant à la proximité.

- Les établissements sanitaires doivent poursuivre les coopérations entre eux :

### Bilan :

- Concernant les activités de prise en charge médico-chirurgicales le CHU et le CLCC travaillent sur une mise en commun des activités de prise en charge médico-chirurgicales qui vise à faire émerger un plateau technique unique autour duquel les activités des deux établissements s'organiseront

### Perspectives :

- Faisant suite au constat de «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», l'ARS maintient deux objectifs opérationnels figurant dans le SROS/PRS 2013-2018 :
  - 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
- Concernant la chimiothérapie :
  - développer la chimiothérapie de proximité par des conventions de délégation entre établissement autorisé pour cette activité.  
N.B. ces conventions de délégation se doivent de respecter le cahier des charges figurant dans l'avis du 20 avril 2009 relatif à l'activité de soins de traitement du cancer /recommandations de l'INCa, relatives aux relations entre les établissements autorisés pour la pratique de la chimiothérapie et les établissements dits « associés »
- Concernant la chirurgie :
  - 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



## 5 – Poursuivre la conformité réglementaire, modernisation et uniformisation des pratiques de soins au niveau régional

Evolution<sup>10</sup> des autorisations du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 1<sup>er</sup> janvier 2016  
par département et en région

|   | Calvados |      | Manche |      | Orne |      | Total région |   |
|---|----------|------|--------|------|------|------|--------------|---|
|   | 2012     | 2016 | 2012   | 2016 | 2012 | 2016 | 2012         | 2016  |
| Chirurgie digestive   | 9        | 9    | 6      | 5    | 5    | 5    | 20           | 19  |
| Chirurgie mammaire  | 5        | 4    | 4      | 4    | 2    | 3    | 11           | 11  |
| Chirurgie gynécologique   | 4        | 3    | 3      | 2    | 2    | 2    | 9            | 7   |
| Chirurgie urologique  | 5        | 4    | 4      | 4    | 2    | 2    | 11           | 10  |
| Chirurgie ORL et maxillo faciale  | 3        | 2    | 5      | 3    | 2    | 2    | 10           | 7   |
| Chirurgie thoracique  | 1        | 1    | 1      | 1    | 0    | 0    | 2            | 2   |
| <b>CHIMIOThERAPIE</b>   |          |      |        |      |      |      |              |   |
|   | 5        | 6    | 4      | 4    | 3    | 2    | 12           | 12  |
| Traitement du cancer des enfants et adolescents de moins de 18ans                     | 1        | 1    | 0      | 0    | 0    | 0    | 1            | 1   |
|   | Calvados |      | Manche |      | Orne |      | Total région |   |
|   | 2012     | 2016 | 2012   | 2016 | 2012 | 2016 | 2012         | 2016  |
| <b>RADIOThERAPIE Externe</b>  | 2        | 3    | 2      | 2    | 0    | 0    | 4            | 5   |
| <i>Pour mémoire Cyclotron (imagerie)</i>  |          | 1    |        |      |      |      |              | 1   |
| <i>Accès à la Thérapeutique de PROTONThERAPIE = radiothérapie externe + Cyclotron</i> | 0        | 1    | 0      | 0    | 0    | 0    | 0            | 1<br><i>dont la mise en œuvre devra être opérationnelle en 2019</i> |
| Utilisation thérapeutique de radioéléments en source non scellée                      | 1        | 1    | 0      | 0    | 0    | 0    | 1            | 1   |

Synthèse de l'activité chirurgicale carcinologique, par établissement sanitaire, en dehors du plateau caennais, en 2015.

Chirurgie digestive (seuil réglementaire à 30)

<sup>10</sup> Source : ARS



Seuils atteints dans tous les établissements autorisés mais 2 établissements ont eu une activité comprise entre 30 et 35 actes en 2015

■ Chirurgie mammaire (seuil réglementaire à 30)

Seuils non atteints dans 3 établissements autorisés et 1 établissement a eu une activité comprise entre 30 et 35 actes en 2015

■ Chirurgie gynécologique (seuil réglementaire à 20)

Seuils non atteints dans 2 établissements autorisés et 1 établissement a eu une activité comprise entre 20 et 25 actes en 2015

■ Chirurgie O.R.L. et maxillo-faciale (seuil réglementaire à 20)

Seuils non atteints dans 3 établissements autorisés et 1 établissement a eu une activité comprise entre 20 et 25 actes en 2015

■ Chirurgie urologique (seuil réglementaire à 30)

Seuils atteints dans tous les établissements autorisés et 1 établissement a eu une activité comprise entre 20 et 25 actes en 2015

■ Chirurgie thoracique (seuil réglementaire à 30)

Seuil atteint dans l'établissement autorisé (en dehors du CHU de Caen) mais son activité en 2015 a été comprise entre 30 et 35 actes.

➤ **Synthèse de l'activité chirurgicale carcinologique, du plateau caennais, en 2015.**

Les 4 établissements sanitaires, dans chaque activité chirurgicale autorisée, dépassent largement les seuils d'activité. Cependant, il convient que les chefs d'établissements et présidents de C.M.E. se concertent afin de proposer, en premier lieu, une offre de soins du ressort d'un niveau régional et accessible (délais « raisonnables » respectés). Une organisation de travail rénovée pourrait s'appuyer sur des RCP communes, dites « de recours », pour chaque spécialité, réunissant des praticiens des établissements autorisés. Ceux-ci étudieraient des dossiers issus de premières RCP, dites « de niveau 1 » et les dossiers selon leurs caractéristiques seraient répartis entre les établissements autorisés.

Depuis l'élaboration du SROS-PRS 2013-2018 le Réseau Régional de Cancérologie (RRC) du 14, 50 et 61 est très impliqué dans les actions concourant à l'objectif général de qualité des soins.

## Bilan

- L'intégration d'une fiche d'évaluation des besoins de soins de support dans le dispositif d'annonce (fiche intégrée au dossier de liaison) est réalisée.
- La mise en place des indicateurs de suivi des délais entre la réception du prélèvement d'anatomopathologie et la date d'envoi du compte rendu est effective.

### De nombreux objectifs sont en cours

- le développement de réunions de morbi-mortalité, certains 3 C les réalisent.
- la mise en place, en lien avec le Réseau Régional de Cancérologie d'un groupe de travail rassemblant les professionnels de santé concernés pour définir les délais de prise en charge acceptables au regard des connaissances actuelle
- la mise en œuvre du Plan Personnalisé Après Cancer (PPAC). Celui-ci a été élaboré par un groupe de travail au sein du RRC en 2015. Sa diffusion commence à être réalisée au sein des établissements, mais le circuit actuel rend difficile sa remise.
  - le développement des audits qualité des RCP sous l'égide des 3C et du RRC
  - l'élaboration d'un référentiel régional sur les examens extemporanés
  - la finalisation de l'organisation d'accès à la tumorotheque Basse-Normandie pour tous les établissements autorisés à la pratique de la chirurgie carcinologique

## Perspectives

- Mise en place d'une coordination régionale pour échanger sur l'organisation de la radio physique 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.
- Indiquer sur les fiches RCP le niveau d'environnement de sécurité requis (critère d'agrément INCA) pour l'acte proposé

Inscrire les plans d'organisation de la radio physique médicale dans une démarche qualité.

- Utilisation du système BETHESDA de classification des FCU anormaux dans tous les services et cabinets d'anatomopathologie, en cas de résultat positif du dépistage du cancer du col utérin,
- l'envoi par le laboratoire d'un courrier au médecin traitant si un nouveau prélèvement de frottis cervico-utérin n'a pas été réalisé dans les 4 mois

#### ➤ **Oncopédiatrie**

- Deux objectifs opérationnels sont partiellement atteints
- Concernant la présentation de tous les dossiers des grands adolescents (15-18 ans) à la RCP inter-régionale de pédiatrie, le service d'oncohématologie pédiatrique présente les dossiers, mais n'a pas de visibilité sur les autres dossiers.
- Concernant le développement l'activité de radiothérapie pédiatrique dans le cadre de l'organisation interrégionale du Grand Ouest, bien que le CLCC F. Baclesse n'ait pas passé convention avec le GOCE (Groupement Ouest pour les Cancers de l'Enfant), les radiothérapeutes de l'établissement participent aux RCP.

Ces deux objectifs concourent à garantir aux enfants, adolescents et jeunes adultes atteints de cancer une prise en charge adaptée pour assurer à tous l'accès aux meilleurs traitements.

#### ➤ **Oncogériatrie**

Un objectif opérationnel est atteint et deux sont partiellement atteints :

- L'Unité de Coordination en Onco-Gériatrie (UCOG) est mise en place.
- Le dépistage de la fragilité gériatrique, dit « dépistage G8 » recommandé par l'INCa est diffusé et est en place. D'ici fin 2016, le score sera systématiquement intégré dans les fiches RCP régionales.
- La coopération entre gériatre et oncologue (consultation conjointe de préférence) pour les patients de plus de 75 ans atteints de cancer pour mieux adapter la prise en charge est mise en place à Caen (CLCC et CHU) , aux CH de Bayeux, de Cherbourg, de Lisieux et au CHIC d'Alençon- Mamers. Elle est en projet au CH de St Lô, à la Polyclinique du Parc à Caen, aux CH de Vire, de Flers, d'Avranches-Granville et à la polyclinique de Lisieux.

Un objectif opérationnel pour le niveau de recours n'a pas été mis en œuvre :

- L'identification pour les établissements des équipes de recours en oncogériatrie, composées de gériatres avec compétence en cancérologie et de cancérologues avec expérience gériatrique. La liste des équipes de recours n'est pas formalisée.
- Les médecins onco-gériatres, coordonnateurs de l'UCOG sont à disposition pour recevoir en consultation de recours ou donner des avis complémentaires aux spécialistes des établissements périphériques (seulement 3 demandes depuis 2014).

## 6 – Recherche clinique

### Bilan

#### Des actions sont en cours avec le Réseau Régional de Cancérologie (RRC) du 14.50 et 61

- 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
- développer la recherche en onco-gériatrie et augmenter l'inclusion dans les essais cliniques des patients âgés de plus de 75 ans

### Perspectives

**2013** : le RRC a répondu à un appel à projet du GIRCI (groupe inter-régional de recherche clinique et d'innovation, composé du CHU de Caen, du CLCC F.Baclesse et du RRC) concernant l'organisation de la recherche clinique régionale. Les financements au GIRCI sont attribués par le ministère de la santé (DGOS). Ce travail est mené en concertation avec le Réseau Régional de l'ex-Haute-Normandie et « son » G

## 7 – Organisation de l'accès aux équipements, aux traitements innovants et aux thérapies ciblées

### Bilan

- **Avec le Réseau Régional de Cancérologie (RRC) du 14,50 et 61 et les détenteurs d'autorisation** Un objectif opérationnel est à mettre en œuvre :
  - inclure dans les référentiels régionaux de bonnes pratiques les indications d'accès aux équipements de haute technicité
  
- **Par la concertation dans les RCP et entre les six 3C, il convient de tendre à la réalisation des objectifs opérationnels suivants :**
  - développer les traitements par modulation d'intensité dans les indications validées : cancers O.R.L. et prostate
  
  - permettre à tous les patients de la région et des régions limitrophes dont la pathologie en relève de bénéficier d'un TTT par cyberknife.

### Perspectives

- Avec le détenteur de l'autorisation du robot chirurgical : l'utilisation optimale de l'appareil et la possibilité d'une co-utilisation partagée pour les indications urologiques

## 8 – Les organisations de la recherche, de la formation et des soins à développer et à consolider autour du projet ARCHADE

➤ **Définition:** 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.

➤ **Objectifs opérationnels :**

- 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 ARCHADE) avec les compétences bas-normandes dans les domaines de la cancérologie, de la radiothérapie et de l'imagerie
- Intégrer le projet ARCHADE dans la coopération du Centre Baclesse et du CHU et trouver sa place dans la mise en place du canceropole 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.

➤ **Etat d'avancement du projet**

Le programme suit actuellement la phase 1 : **2016-2018**. « Sous la maîtrise d'ouvrage de CYCLHAD, construction du bâtiment ayant vocation à accueillir l'ensemble du projet, acquisition d'un accélérateur S2C2 associé à une gantry compacte, formant le système « Protéus One » et démarrage d'une activité de traitement en hadronthérapie.

Calendrier prévisionnel :

**Décembre 2016 :** Livraison du bâtiment CYCLHAD

**Mars 2017 :** Installation de l'accélérateur S2C2 PROTEUS ONE

**Janvier 2018 :** Début des traitements

## CONCLUSION

➤ En 2 ans, les professionnels de santé et les équipes administratives :

- des établissements de santé,
- de l'URML,
- des structures de dépistage

accompagnés par le Réseau Régional de Cancérologie du 14, 50 et 61 ont mis en œuvre de nombreux objectifs opérationnels, dont plusieurs sont finalisés. A l'horizon 2017, un Réseau de Cancérologie Normand verra le jour. Dans cette perspective les 2 réseaux de cancérologie de la Normandie Orientale et Occidentale ont d'ores et déjà mis en œuvre la mutualisation des documents supports.

Certains objectifs opérationnels sont à initier, il s'agit essentiellement de ceux en rapport avec les coopérations inter-établissements et avec l'organisation des soins par les techniques innovantes.

➤ N.B. : Le recensement des lieux d'implantation des unités de reconstitution des chimiothérapies ainsi que la vérification de leur intégration dans les Pharmacies à Usage Intérieur (P.U.I.) et de leur fonctionnement ont été réalisés de 2011 à 2013, lors des visites de conformité des établissements autorisés pour la chimiothérapie.

Selon l'évolution des autorisations pour la chimiothérapie, les titulaires d'autorisation seront contactés afin d'adapter l'autorisation détenue par la P.U.I. de leur établissement (modification des locaux, convention de sous-traitance à établir en cas d'établissement associé).

➤ Des travaux sont actuellement en cours sous l'égide du directeur général du CHU de Caen et du directeur général du CLCC François Baclesse avec l'appui du réseau onco Basse-Normandie pour doter la partie occidentale de la Normandie d'un projet médical régional de cancérologie.

Les axes de travail qui seront approfondis dans ce cadre sont les suivants :

- La définition des niveaux de prise en charge en cancérologie permettant la mise en place d'un parcours de soins gradué sur l'ensemble du territoire et des compétences requises à chaque niveau de soins pour y répondre : proximité / recours / référence régionale ;

- La définition des orientations stratégiques subséquentes en termes de nombre d'implantations sur le territoire régional tel qu'il pourrait être issu des réflexions sur la mise en place d'un parcours de soins gradué ;

- La déclinaison opérationnelle des axes du Plan Cancer 3, notamment en ce qui concerne le maillage territorial de l'offre de soins post traitement.

**VOLET**  
**Périnatalité**

**SROS**





## Préambule

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

Il est d'emblée important de souligner que la restructuration des maternités de l'ex Basse Normandie est le fruit de la volonté de maintenir la qualité des soins, malgré une diminution de la démographie médicale dans les établissements sanitaires :

- En tout point du territoire les femmes ont accès à une maternité dans un délai suivant les recommandations nationales (45 mn)
- La prise en charge des urgences obstétricales s'effectue dans les plateaux techniques adéquats
- L'équipement en lits spécialisés pour les nouveau-nés est suffisant sur la région
- Le réseau périnatalité régional est solidement implanté dans les établissements de santé ainsi qu'auprès des professionnels de santé exerçant en ville

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





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

**1 - Une démographie médicale défavorable**

**2 - Assurer une égale qualité et sécurité des prises en charge au sein de la région pour le suivi des grossesses, l'accouchement et le suivi précoce du nouveau-né**

**3 - Des améliorations à poursuivre dans la prévention et la prise en charge des IVG**

**4 - L'AMP, une activité en développement**

**5 - Une amélioration du suivi des grossesses à poursuivre**

**6 – Les axes de prévention**

**5**

***principaux  
constats***

## 1 – Une démographie médicale défavorable



Evolution<sup>11</sup> nombre d'internes par spécialité de 2013 à 2016

| Disciplines             | 2012-2013      |                | 2013-2014      |                | 2014-2015      |                | 2015-2016      |               | 2016-2017      |               |
|-------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|---------------|----------------|---------------|
|                         | Postes offerts | Postes offerts | Postes offerts | Postes pourvus | Postes offerts | Postes pourvus | Postes offerts | Postes pourvu | Postes offerts | Postes pourvu |
| Gynécologie-obstétrique | 6              | 6              | 5              | 5              | 6              | 6              | 6              | 6             | 5              | 5             |
| Gynécologie médicale    | 1              | 1              | 1              | 1              | 1              | 1              | 2              | 2             | 2              | 2             |
| Pédiatrie               | 10             | 10             | 10             | 10             | 8              | 8              | 10             | 10            | 9              | 9             |
| Anesthésie-Réanimation  | 13             | 13             | 13             | 13             | 13             | 13             | 17             | 17            | 15             | 15            |

Si les postes d'internes dans l'ensemble des spécialités citées ci-dessus sont pourvus en région, il n'en n'est pas de même pour les postes de praticiens qui sont difficilement pourvus, hors de Caen. Dans ce contexte, l'ARS soutient le déploiement de postes d'assistants régionaux spécialistes (ASR) en région, dans la perspective que ceux-ci postulent sur des postes de praticiens hospitaliers, une fois leur assistantat achevé.

Evolution<sup>12</sup> du nombre de nouveaux recrutements d'ASR par discipline  
(départements : 14 50 61)

| Disciplines             | SESSION 2012 | SESSION 2013 | SESSION 2014 | SESSION 2015 |
|-------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Anesthésie-réa.         |              |              |              | 1            |
| Gynécologie-obstétrique | 2            | 1            | 3            | 3            |
| Gynécologie médicale    |              |              |              | 1            |
| Pédiatrie               |              |              |              | 5            |
| <b>TOTAL</b>            | <b>2</b>     | <b>1</b>     | <b>3</b>     | <b>10</b>    |

Par ailleurs, la restructuration réalisée des maternités a permis de garantir par des moyens pérennes l'effectivité de la prise en charge par des obstétriciens et pédiatres permettant d'assurer la permanence des soins.

<sup>11</sup> Source : DAP, pôle professionnels de santé- ARS Normandie

<sup>12</sup> Source : DAP, pôle professionnels de santé- ARS Normandie

## 2 – Assurer une égale qualité et sécurité des prises en charge au sein de la région pour le suivi des grossesses, l'accouchement et le suivi précoce du nouveau-né



Avec environ 15 000 naissances annuelles en moyenne, la Basse Normandie fait vivre une gradation des soins pour la mère et l'enfant.

Lors de l'élaboration du SROS 2013-2018, une inégale qualité et sécurité des prises en charge au sein de la région pour le suivi des grossesses, l'accouchement et le suivi précoce du nouveau-né était pointée.

Depuis 2013, une recomposition de l'offre est engagée par l'ARS, les restructurations réalisées des maternités visant notamment à garantir par des moyens pérennes l'effectivité de la prise en charge par des obstétriciens et pédiatres et anesthésistes permettant d'assurer la permanence des soins.

Lors de cette recomposition de l'offre, afin de permettre le maintien d'une offre de proximité pour les femmes et les nouveau-nés, 3 centres périnataux de proximité (CPP) ont été créés. Ceux-ci font partie intégrante d'un établissement de santé et assurent une activité exclusivement ambulatoire organisée autour de deux axes :

- Suivi des grossesses et du post partum : consultations pré et post natales, réalisation des échographies, cours de préparation à la naissance, de rééducation du post partum, accompagnement pour les soins aux nouveau-nés
- Consultations de gynécologie (consultations de planification et d'éducation familiale) et de pédiatrie, en complémentarité avec les activités du centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) du bassin de vie quand il en existe un.

Le fonctionnement de ces centres périnataux de proximité repose sur la mise en place de coopérations inter établissements, notamment par des conventions avec une maternité de niveau 1, 2 et 3 de référence. Celles-ci incluent également les prestations des laboratoires d'analyse médicale et d'anatomo-pathologie, ainsi que les articulations entre les acteurs, notamment les services de PMI et les professionnels de santé libéraux du bassin de vie (médecins généralistes, sages-femmes, pédiatres, gynécologues-obstétriciens...)

### Bilan

- Dans la région, le nombre d'accouchements diminue progressivement de 2011 à 2014 avec un pourcentage de césarienne qui reste stable autour de 19%

Evolution<sup>13</sup> nombre d'accouchements de 2011 à 2014

| Nombre d'accouchement | 2011  | 2012   | 2013   | 2014  |
|-----------------------|-------|--------|--------|-------|
| Nombre d'accouchement | 17024 | 16 781 | 16 070 | 15788 |
| % de césarienne       | 18,7% | 19,6%  | 18,4%  | 18,9% |

- En 2016 la région compte :
  - ❖ Maternité de niveau III : 2 (CHU de Caen et CH de Cherbourg)
  - ❖ Maternité de niveau II : 6 dont 4 de niveau IIA et 2 de niveau IIB
  - ❖ Maternité de niveau I : 5
  - ❖ Centre périnataux de proximité : 9
- Depuis 2012, il existe une évolution de l'offre avec :
  - 2012: Transformation de la maternité de VIRE en CPP
  - 2015 :
    - ✓ Transformation de la maternité de la Côte Fleury en CPP
    - ✓ A Alençon, la rénovation d'une maternité et du service de néonatalogie de niveau 2 A, a été menée dans l'optique du plus grand confort de vie des mères et des nouveau-nés (isolation

<sup>13</sup> Source : réseau régional de périnatalité BN

phonique, luminosité adaptée, espace Parents-Nouveau-nés, bureau de consultation dédié pour les nouveau-nés retournés au domicile mais nécessitant un suivi pédiatrique ...)  
 Transformation de la maternité Falaise en CPP

- **Matériel spécialisé : sonde de Bakri**

L'utilisation des sondes à ballonnet dans les hémorragies de la délivrance rebelles au traitement médical a été largement promue. Toutes les maternités en ont été équipées et toutes les équipes médicales ont été formées à leur utilisation avec l'implication du réseau de périnatalité de Basse Normandie.

### Perspectives

- Poursuivre la politique engagée concernant les postes d'A.S.R.
- Poursuivre la politique de formation des équipes médicales et soignantes à la réanimation néo-natale.
- Mettre en œuvre le Dossier Périnatal Partagé (DPP) sur la région afin d'optimiser le parcours de soins et de santé de la femme enceinte et de son nouveau-né.
- Informatiser la réalisation et la transmission du certificat de santé du 8ème jour de l'enfant pour toutes les maternités et les services de néonatalogie.

### 3 – Des améliorations à poursuivre dans la prise en charge des IVG



L'interruption volontaire de grossesse n'est pas une activité soumise à autorisation. Réglementairement, chaque établissement siège d'une maternité doit organiser l'accueil des femmes souhaitant interrompre leur grossesse. L'évolution récente concernant les IVG est le remboursement en totalité par l'Assurance Maladie du forfait de prise en charge des frais depuis le 1<sup>er</sup> avril 2016.

Le réseau régional périnatalité Bas Normand (RRPBN) diffuse les connaissances sur les différentes méthodes de contraception, la promotion de la délivrance de la contraception d'urgence et l'IVG par voie médicamenteuse et organise les formations.

#### Les interruptions volontaires de grossesse (IVG)

##### Bilan

- 2014 : 3410 IVG<sup>14</sup> ont été réalisés en Basse Normandie, dont 3110 en établissement.

| Répartition des IVG par département                         |  |  |  |
|---|--|--|--|
| Territoire de santé   | Calvados   | Manche   | Orne   |
| Nombre de séjours pour IVG en établissement en 2015         | 1594   | 845  | 626  |
| Nombre d'IVG entre 12 et 14 SA                              | 119 (7,5%)   | 64 (7,6%)  | 45 (7,2%)  |
| Etablissements concernés                                    | <b>CHU Caen</b><br>CH Lisieux<br>CH Bayeux<br>CH Falaise<br>Polyclinique du Parc – Caen<br>CH Cote Fleury – Deauville<br>Polyclinique de Deauville-Cricquboeuf | <b>CHU Public du Cotentin</b><br>CH Avranches-Granville (2 sites)<br>CH Mémorial St Lô<br>Clinique Henri Guillard<br>Coutances | <b>C.H.I.C</b><br>Alençon-Mamers<br>CH de l'Aigle<br>CH d'Argentan<br>CH de Fliers |
| Nombre de médecins ayant conventionné pour les IVG en ville | 17   | 2  | 3  |
| Autres conventions  | Conseil départemental avec le CHU de Caen et le CH de Lisieux pour la réalisation d'IVG en CPEF  |  |  |

#### Evolution<sup>15</sup> du nombre d'IVG pour 1000 femmes de 15 à 17 ans de 2010 à 2015

| Taux d'IVG p 1000 femmes de 15 à 17 ans | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|---|------|------|------|------|------|------|
| Basse-Normandie                         | 8,9  | 10,1 | 9,1  | 9,9  | 7,3  | 7,4  |
| France métropolitaine                   | 11,3 | 10,5 | 9,9  | 9,7  |      | 7,6  |

<sup>14</sup> Sources : DREES (SAE), ATIH (PMSI), CNAM-TS (SNIIRAM, tous régimes, forfaits médicaments de ville selon la date de soin, et selon la région de résidence de la femme), INSEE (ELP) ; calculs DREES

<sup>15</sup> Sources : DREES (SAE), ATIH (PMSI), CNAM-TS (SNIIRAM, tous régimes, forfaits médicaments de ville selon la date de soin), INSEE (ELP) ; calculs DREES

Le nombre d'IVG chez les mineurs est en baisse de 2010 à 2015, avec des taux sensiblement inférieurs à la moyenne nationale (7,4/7,6 en 2015)

- Lors de l'élaboration du SROS/PRS, des délais d'attente très supérieurs aux recommandations officielles sont pointés dans l'agglomération Caennaise. Devant ce constat, des actions visant à améliorer l'organisation de la prise en charge des femmes demandeuses d'I.V.G.dans l'agglomération caennaise sont réalisées, notamment grâce :
  - à l'implication d'un établissement sanitaire privé, avec activité chirurgicale, qui s'est engagé à réaliser les I.V.G.
  - au Centre de Planification ou d'Éducation Familiale de Caen qui réalise désormais les I.V.G. par voie médicamenteuse
  - à des médecins généralistes libéraux, formés par un praticien hospitalier gynécologue du C.H.U, qui prennent désormais, en charge des femmes requérant une I.V.G. par voie médicamenteuse.
  - aux personnels du centre caennais du Planning Familial habilités à réaliser l'entretien social, obligatoire pour les mineures

## Perspective

- Mettre en œuvre 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 en lien avec l'URML, les ordres des médecins et pharmaciens.

## 4 – L'AMP, une activité en développement



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

### Bilan

En région :

- Il existe 2 centres d'AMP (couplage de l'activité clinique d'assistance médicale à la procréation (FIV) et de l'activité biologique d'assistance médicale à la procréation :
  - TS du Calvados : Le CHU côte de nacre de Caen
  - TS de la Manche : La polyclinique du cotentin à Equeurdreville Hainneville et Laboratoire Dynabio Unilabs) à Equeurdreville Hainneville, le site du laboratoire étant au sein de la polyclinique
- Par ailleurs, il existe 3 activités biologiques d'AMP (préparation et conservation de sperme):
  - TS du calvados Laboratoire du progres à Caen
  - TS de la Manche : Laboratoire biocentre coutances à Coutances
  - TS de l'Orne : CH Jacques Monod à Flers

Le maintien du couplage des activités biologique et clinique existant sur un même site pour l'AMP très spécialisée a été maintenu au CHU de Caen et à la Polyclinique d'Equeurdreville Hainneville, mais le développement des réunions de concertation clinico-biologique entre les praticiens gynécologues et obstétriciens avec les biologistes exerçant dans les autres établissements sanitaires ou en ville n'est pas encore acquis.

### La préservation de la fertilité

L'organisation de soins concertés pour la préservation de la fertilité pour les personnes atteintes de cancer est un objectif soutenu par l'A.R.S. Le Réseau Onco-Basse-Normandie a organisé en novembre 2015, une soirée de formation à destination des médecins prenant en charge des patients atteints de cancer. Cette soirée a permis de rappeler l'obligation légale de proposer aux patients (et aux parents des mineurs) une préservation de leur fertilité. Cette prise en charge est donc désormais, notamment, partagée avec le Réseau Régional de Périnatalité de Basse-Normandie.

### Perspective

- Organiser le développement des réunions de concertation clinico-biologique entre les praticiens gynécologues, obstétriciens et les biologistes exerçant dans les autres établissements sanitaires ou en ville.
- Soutenir à l'organisation des soins pour concourir à la préservation de la fertilité pour les personnes atteintes de cancer est un des objectifs assignés aux Réseaux de Cancérologie et de Périnatalité.

## 5 – Une amélioration du suivi des grossesses à poursuivre



Lors de l'élaboration du SROS/PRS, est pointée une insuffisance quantitative de femmes bénéficiant de l'entretien pré natal du 4<sup>e</sup> mois. Depuis, l'implication du réseau régional périnatalité de Basse Normandie (RRPBN) contribue à une augmentation du nombre d'entretiens prénatals précoces :

### Bilan

#### Evolution<sup>16</sup> du pourcentage de femmes bénéficiant d'un entretien pré natal précoce (EPP) de 2011 à 2014

| Entretien pré natal précoce | 2011  | 2012 | 2013 | 2014 |
|-----------------------------|-------|------|------|------|
| Pourcentage                 | 47,3% | 53%  | 63%  | 62%  |

Cependant, persiste une difficulté concernant :

- l'amélioration de l'orientation vers des prises en charge spécialisées : addictions, obésité, difficultés psychologiques ou pathologies psychiatriques
- l'information au grand public, de la nécessité pour une femme enceinte, de consulter un spécialiste d'organe ou un obstétricien si un facteur de risque somatique est présent
- les partenariats des professionnels de santé libéraux/établissements de santé/PMI pour la prise en charge des grossesses à risque notamment en cas d'obésité et/ou d'addiction.

A contrario, l'amélioration du repérage des signes avant-coureurs des dépressions du post partum progresse, notamment grâce à une plaquette d'aide au diagnostic des troubles dépressifs en per et post partum qui a été largement diffusée aux médecins et sages-femmes. Celle-ci a été élaborée par le réseau régional de périnatalité Bas Normandie, à l'issue d'un groupe de travail.

### Perspective

- Développer La formation des médecins du 1er recours à la prise en charge des troubles psychiques en per-partum et post-partum
- Poursuivre l'accompagnement des femmes enceintes, en situation de vulnérabilité sociale, dans la durée et la transversalité, vers les dispositifs de prévention et de soins
- Le RRPBN à l'issue d'un groupe de travail a réalisé et diffusé auprès des équipes de maternité une charte éthique régionale des staffs médicaux-psycho-sociaux en prénatal et post-natal. L'accompagnement, sur ce thème, des équipes dans les établissements sanitaires (maternités et CPP) est à poursuivre.
- Poursuivre l'information au grand public, de la nécessité pour une femme enceinte, de consulter un spécialiste d'organe ou un obstétricien si un facteur de risque somatique est présent.

<sup>16</sup> Source : Bilan d'activité 2014 du Réseau régional de périnatalité BN



## 6 – Les axes de prévention



### La promotion des vaccinations

L'ARS a contribué activement à la promotion des vaccinations contre la coqueluche, la rougeole, la tuberculose, et l'hépatite B chez la mère et l'enfant.

### La promotion de l'allaitement maternel

La Basse Normandie est particulièrement dynamique en matière de soutien à l'allaitement maternel par le biais du réseau régional périnatalité et de plusieurs associations avec la mise en place de groupes de travail et de formations. Le réseau publie sur son site internet l'ensemble des coordonnées des acteurs locaux utiles.

### Le dépistage de certains handicaps

La systématisation du dépistage en période néonatale de la surdité permanente à tous les nouveau-nés (application de la réglementation 2012) est acquise, après plusieurs années d'implication des professionnels de santé des établissements sanitaires, du RRPBN et de l'ANDPHE.

Le dépistage, l'orientation et le suivi précoce et systématique des nouveaux nés à risque d'autres handicaps : prématurés, porteurs de malformations cardiaques, de syndromes malformatifs ou infectieux ou ayant subi une imprégnation de substances neurotoxiques ont été poursuivis et étendus.

#### Perspectives :

- Consolider La filière de soins, en cas de dépistage positif de la surdité permanente, notamment pour l'accès aux consultations d'O.R.L. et à la guidance parentale.
- Poursuivre, dans les trois départements, le programme de formation pour un suivi clinique approfondi des nourrissons et enfants à risque de handicap mis en place par plusieurs médecins néonatalogistes du CHU de Caen, avec l'appui du P.U.-P.H. de néonatalogie;
- Poursuivre la formation du personnel en maternité, au dépistage néonatal de la surdité, en raison du turn-over des personnels.

### L'éducation sexuelle pour les personnes en situation de handicap mental

L'élaboration d'une politique régionale pour l'éducation sexuelle des personnes en situation de handicap (retard mental) est en cours. Un document d'appui pour mettre en place une éducation sexuelle et affective auprès d'adolescents avec retard mental a été rédigé et validé par les instances de l'ARS. Ce document est mis à disposition des associations et des directeurs d'établissements médico-sociaux concernés. A ce jour, la visibilité régionale de l'évolution des pratiques reste à organiser.

#### Perspectives :

- Poursuivre les actions en faveur du développement de l'éducation sexuelle et affective auprès des personnes en situation de handicap mental.

**VOLET**  
**Pédiatrie**





## Préambule

Le volet de pédiatrie du SROS couvre en partie le parcours de soins et de santé des enfants et adolescents, avec une orientation essentiellement somatique médicale, l'organisation des soins de pédopsychiatrie faisant l'objet d'un volet dédié du SROS. D'autres prises en charge des enfants et adolescents sont également décrites dans les volets de chirurgie, d'urgences, de cancérologie et de soins de suite et de réadaptation.

Ce volet s'attache à préciser l'importance de l'organisation de certains dépistages et conduites diagnostiques, puis des prises en charge, soit par bassin de vie autour d'un service de pédiatrie générale, soit au C.H.U...

Il est également important de souligner l'activité des services de pédiatrie générale et du C.H.U. en matière de prise en charge des urgences pédiatriques (cf. volet « urgences » du SROS), de la majeure partie des situations relevant de la pédopsychiatrie en sus d'implications fortes dans les programmes d'éducation thérapeutique.

La région connaît une pénurie médicale, avec des pédiatres libéraux en diminution depuis de nombreuses années dans l'ex-Basse Normandie et des médecins généralistes libéraux qui réalisent l'essentiel de la pédiatrie en ville. Les pédiatres hospitaliers exercent dans 9 services de pédiatrie générale, avec un exercice médical au plus près des populations, grâce notamment aux centres périnataux de proximité et aux consultations avancées.

Les pédiatres du CHU de Caen, dispensent des consultations de sur-spécialités : neuro-pédiatrie, pneumo-pédiatrie, gastro-pédiatrie, rhumatologie pédiatrique, endocrino- pédiatrie ...et organisent en visioconférence tous les 15 jours des réunions ouvertes à tous les services de pédiatrie générale de la région, permettent une actualisation des connaissances et des échanges entre pairs.

Depuis l'élaboration du SROS-PRS/2013-2018, la structuration du parcours de soins d'un certain nombre de pathologies s'est améliorée, notamment, dans les situations suivantes :

- suivi des prématurés et des nouveau-nés à risque de handicap (cf. Volet de *périnatalité*),
- prise en charge de l'obésité, de l'asthme et des allergies respiratoires,
- prise en charge du diabète insulino-dépendant,
- diagnostic et prise en charge des troubles « DYS » et des troubles des apprentissages.

L'autisme, les troubles des fonctions supérieures, les troubles thymiques et les pathologies pédopsychiatriques sont mieux repérés, mais des diagnostics plus précis et des prises en charge optimales sont, pour la plupart des enfants et adolescents, encore à améliorer.

## Principaux constats au moment de l'élaboration du SROS/PRS 2013-2018



*Principaux  
constats*

1 Une démographie médicale préoccupante

2 La proximité, l'accessibilité et la qualité des soins  
restent à améliorer

## 1 – Une démographie médicale préoccupante



Des postes de pédiatres et de néonatalogistes sont difficilement pourvus.

Ainsi, pour exemple, au CHU de Caen et au CH public du Cotentin, 2 postes de pédiatres sont publiés et non pourvus (2 dans chaque établissement).

Au CH d' Avranches-Granville et à l'hôpital Mémorial de Saint-Lô, 1 poste de pédiatre est publié et non pourvu (1 dans chaque établissement).

La filière de formation, illustrée par les tableaux ci-dessous, montre un effort conséquent de formation d'internes de spécialité de pédiatrie mais de 2012 à 2014, un seul médecin a choisi de poursuivre celle-ci grâce au dispositif A.S.R.

En 2015, 6 médecins se sont inscrits dans ce dispositif, augurant peut-être que de « jeunes séniors » pédiatres s'installeront de façon pérenne, dans la région.

Evolution nombre de postes d'internes de pédiatrie

| Pédiatrie      | 2012-2013 | 2013-2014 | 2014-2015 | 2015-2016 |
|----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Poste proposés | 11        | 9         | 9         | 9         |
| Postes pourvus | 11        | 9         | 9         | 9         |

Evolution nombre de poste d'ASR

|              | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|--------------|------|------|------|------|
| Néonatalogie | 1    | 1    | 1    | 1    |
| Pédiatrie    |      |      |      | 5    |

## 2 – La proximité, l’accessibilité et la qualité des soins restent à améliorer

Le maintien de la sécurité et de la qualité des soins et le maintien voire l’amélioration de l’accessibilité

- Avec l’implication des pédiatres du CHU de Caen et des services de pédiatrie générale, deux objectifs du volet de pédiatrie du SROS concernaient **l’actualisation des connaissances** avec :
  - l’élaboration et/ou la diffusion des programmes de formation médicale continue en pédiatrie dont la nutrition et les allergies
  - l’élaboration et/ou la diffusion des programmes de formation continue en pédiatrie à destination des infirmiers attachés aux structures et établissements médico- sociaux

### Bilan

Le bilan régional est médiocre les pédiatres hospitaliers répondent aux sollicitations des organisateurs de formation médicale continue, mais sont rarement force de proposition vers les établissements et structures médico-sociales (E.S.M.S). Cet axe de travail pourrait, peut-être, être confié aux internes en fin de cursus de spécialité pédiatrique

Au CHU et dans les structures à vocation régionale

- **Objectif du SROS : Mise en place d’une garde d’anesthésistes pédiatriques au CHU**

### de Caen. Bilan

**2016** : l’organisation de l’anesthésie pédiatrique reste fragile. Les enfants et adolescents nécessitant des interventions chirurgicales programmables sont contraints à un long délai d’attente, pouvant atteindre plusieurs mois . Ceux nécessitant une intervention chirurgicale urgente sont le plus souvent pris en charge au CHU de Caen, sinon mutés dans un autre CHU.

- Avec l’appui d’un « cahier des charges » pour l’accès aux consultations de génétique-pédiatrique, de neuro-pédiatrie, à celles du Centre Régional Autisme (CRA) et à celles du Centre des Troubles du Langage et des Apprentissages ( CRTLA), **un des objectifs du SROS était la définition et la diffusion des modalités d’accès aux consultations sur spécialisées.**

### Bilan

Cet objectif reste à travailler, hormis pour le CRA, dont l’accès est réservé aux enfants et adolescents porteurs d’un syndrome complexe, ceci selon les directives nationales.

- **Objectif du SROS : Augmentation du nombre de consultations de pédiatres au sein des CAMSP** ou de leurs antennes par convention entre les établissements de santé et les structures gestionnaires des CAMSP.

### Bilan

Cet objectif reste d’actualité, des départs de pédiatres hospitaliers ayant remis en cause cette organisation de travail.

- **Objectif du SROS : Désignation de pédiatres, « référents régionaux hospitaliers » pour rédiger des trames des projets d’accueil individualisé (PAI) en collectivité (asthme, allergies, épilepsies …).**

### Bilan

Ce travail reste à initier et à prévoir en collaboration avec des médecins de l’Education Nationale.

➤ **Objectif du SROS : Mise en place de consultations avancées de pédiatrie sur les sites**

**hospitaliers Bilan**

Ces consultations avancées de pédiatrie sur les sites hospitaliers ayant des consultations avancées de gynécologie obstétrique ou dans les centres périnataux de proximité (CPP) se mettent en place progressivement, mais de manière contrastée sur l'ensemble de la région :

A Granville les consultations de pédiatrie ne sont plus assurées tandis qu'à Mamers, à Mortagne au Perche et à Valognes elles sont très récemment mises en place ou le seront en 2016. D'autres qui sont effectuées notamment, depuis plusieurs années, à la Côte Fleurie, à la Ferté Macé, à Vire, à Saint Hilaire du Harcouët se poursuivent, à une fréquence parfois insuffisante.

**Axe de travail concernant des pathologies chroniques pédiatriques**

➤ **Diabète insulino dépendant**

Concernant le diabète insulino dépendant, les services de pédiatrie poursuivent deux objectifs du SROS :

- l'amélioration du dépistage du diabète insulino dépendant, notamment si une mucoviscidose est diagnostiquée
- l'inclusion de tous les enfants et adolescents diabétiques nouvellement diagnostiqués dans un programme d'éducation thérapeutique (ETP).

**Bilan**

- **2016** : Les pédiatres du CHU de Caen et de 5 services de pédiatrie générale sur les 9 services existants proposent des programmes d'ETP
- Mise en place de réunions de concertation pluri professionnelle 2 fois par an par les pédiatres du CHU de Caen avec les équipes pédiatriques, médecins, psychologues, diététiciens pour les cas difficiles de diabète infantile-juvénile.
- Mise en place d'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.
- Appui aux médecins mettant en place des pompes à insuline à leurs jeunes patients par le pédiatre du CHU de Caen
- Mise en place dans des services de pédiatrie générale

➤ **Obésité**

La mise en place d'une consultation obésité dans chaque service de pédiatrie générale est un des objectifs du volet de pédiatrie du SROS

**Bilan**

- Mise en place d'une consultation d'obésité dans 3 des 5 services interrogés. Un service a dû supprimer cette consultation suite au départ d'un des pédiatres.
- Mise en place d'un programme d'ETP dédié à l'obésité dans un service de pédiatrie du territoire de santé
- Chirurgie bariatrique réalisée au CHU pour certains adolescents obèses

➤ **Mucoviscidose**

La prise en charge hospitalière de ces patients est située pour l'ensemble de la région au centre de ressources et de compétences du CHU de Caen,

➤ **Asthme**

Mise en place de programme d'éducation thérapeutique dans 3 Centres hospitaliers

➤ **Troubles sensoriels**

L'organisation de dépistages systématiques réguliers des troubles sensoriels des enfants et adolescents en établissement sanitaire n'a pas retenu l'attention des professionnels de santé de pédiatrie, puisqu'une seule réponse sur les 6 établissements répondeurs est favorable à cet objectif opérationnel.

L'objectif opérationnel d'organisation entre les établissements sanitaires et/ou l'offre de soins libérale de 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 a mobilisé davantage, mais le bilan reste médiocre :

- 2 services de pédiatrie dont celui du CHU ont répondu positivement
- 4 services de pédiatrie ne peuvent y répondre.

Or dès le plus jeune âge jusqu'à l'adolescence la surdité permanente peut s'installer. Bien d'autres pathologies O.R.L. sont fréquentes à ces âges, et la qualité des soins en la matière nécessite que les médecins généralistes puissent avoir un recours spécialisé, dans le bassin de vie.

Le diagnostic précoce de l'amblyopie et sa prise en charge est également un enjeu de santé publique et n'est qu'une des nombreuses raisons de poursuivre l'amélioration de l'organisation des soins en ophtalmologie pédiatrique

Axe de travail concernant les liens entre les services de pédiatrie, les soins de ville et les établissements et structures médico-sociales (E.S.M.S.)

- L'offre de soins de ville

**Concernant les troubles spécifiques du langage et des apprentissages (TSLA)**

L'association bas-normande pour les troubles du langage et des apprentissages (ABN-Tap) existe depuis 2004 et porte le Réseau Normandys depuis 2006.

## Bilan

**5 Aout 2014** : Faisant suite aux recommandations nationales, en 2012, pour améliorer la coordination des soins, le premier contrat pluri annuel d'objectifs et de moyens (C.P.O.M.) a été signé entre l'association ABN-TAP et l'ARS. Ce C.P.O.M. stipule, pour concourir à la déclinaison des orientations du Projet Régional de Santé (PRS), les orientations stratégiques suivantes :

- *Améliorer la qualité de vie et l'insertion des enfants atteints de troubles sensoriels ne relevant pas du handicap notamment les Troubles du Langage et des Apprentissages (TLA) qui est la priorité 26 du PRS*
- *Améliorer la coordination des professionnels de santé en appui au médecin traitant et/ou médecin scolaire (priorité 34 du PRS)*

**2016** : avenant au C.P.O.M. en cours, pour confier à Normandys, la mission d'étendre la coordination des professionnels de santé en appui au médecin traitant et/ou médecin scolaire pour les enfants atteints de pathologies chroniques pédiatriques suivantes : asthme sévère et mucoviscidose, diabète insulino-dépendant, hémophilie et Maladie de Willebrandt, épilepsies instables, pathologies inflammatoires ostéo-articulaires et maladies inflammatoires chroniques du tube digestif. Cette nouvelle mission est orientée afin de répondre à l'objectif 27 du Plan Régional de santé : « *Améliorer le recours aux soins pour les enfants des personnes en situation de précarité* »

Pour mener à bien ses missions, ciblées sur les TSLA, Normandys :

- a constitué un fonds documentaire doté de 178 ouvrages et de 36 outils spécialisés
- développe des partenariats avec des établissements de santé, des établissements médico-sociaux, des réseaux de santé et des associations de parents, l'Education Nationale...
- apporte un appui à l'évaluation du patient
- participe à la guidance parentale en accompagnant les familles dans leur rôle d'aidant
- renforce l'interface entre les secteurs sanitaire, médico-social, social et scolaire
- coordonne les acteurs sur un territoire défini autour des parcours de santé et apporte un appui aux professionnels de 1<sup>er</sup> recours
- renforce les compétences des professionnels par des formations soit sur des thématiques pluridisciplinaires, soit sur des thématiques très ciblées afin de développer une expertise régionale

**Janvier 2016** : Signature d'une convention entre Normandys et le Réseau de périnatalité de la Normandie occidentale visant à promouvoir le diagnostic précoce et le travail en réseau, autour des enfants présentant des troubles neuro-développementaux.

=> Normandys met à disposition au Réseau de Périnatalité:

- un service de documentation + prêt de matériel de test
- des formations / trouble du langage + pathologies concernées par les 2 réseaux
- des rencontres régulières pour développer des synergies

=> Normandys s'engage à accompagner le Réseau de Périnatalité dans la mise en place d'un dépistage systématique des troubles du langage et des apprentissages auprès des enfants de plus de 3 ans inclus au sein du réseau de Périnatalité

=>Le Réseau de Périnatalité s'engage à faire le lien entre les enfants inclus dans le suivi ; leurs familles et les professionnels référents, en cas de dépistage de pathologies pédiatriques chroniques, pour la mise en œuvre d'une démarche d'inclusion de l'enfant au sein de Normandys.



## □ Concernant les dépistages précoces chez l'enfant des troubles sensoriels

### Bilan

**2014** : l'URML Normandie lance une campagne de dépistages précoces chez l'enfant de 0 à 12 ans concernant les troubles sensoriels (audition, vision), les troubles des apprentissages et de la lecture, les troubles du spectre autistique et les troubles liés à la précocité intellectuelle visant :

- Coordination des professionnels de santé
  - Amont : dépistage
  - Aval : prises en charge
- Optimisation des filières
  - Diminution des délais de rendez-vous (ophtalmologiste, ORL, pédopsychiatre, pédiatre, orthophonistes ...)

Avec un comité de pilotage : URML Normandie ARS, PMI, Education Nationale, ORL, ophtalmologistes, médecins généralistes, URPS Orthophonistes, GQBN, Normandys.

**2014 et 2015** : Formation des médecins généralistes participant aux Groupes Qualité Basse-Normandie aux différents troubles visés lors de cette campagne. Un travail en coopération avec tous les partenaires est en cours.

- Liens des établissements sanitaires et des E.S.M.S.

Pour répondre à l'objectif 28 du PRS « *Faire en sorte que tous les enfants accueillis en structures sociales et médico-sociales bénéficient d'un bilan global de santé (à la fois somatique et psychique)* », des partenariats se structurent entre des établissements médico sociaux et des services de soins somatiques.

Deux E.M.S. développent des liens formalisés avec des services de pédiatrie générale :

- o Dans le territoire de santé de la Manche, à Saint-Pois, l'Internat Socio-éducatif Médicalisé pour Adolescents (ISEMA) et le service de pédiatrie générale du C.H. Mémorial à Saint-Lô
- o Entre le territoire de santé du Calvados et celui de l'Orne : à Vire, l'IME et le service de pédiatrie générale du C.H. J. Monod à Flers

Axe de travail concernant les conduites diagnostiques et les prises en charge thérapeutiques des pathologies et/ou handicaps pédiatriques et pédopsychiatriques

- Etude des réponses des services de pédiatrie

### Bilan

Les services de pédiatrie assurent « *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* » est opérationnel pour 6 services de pédiatrie (dont celui du CHU).

Cependant, il est important de souligner les difficultés de ces prises en charge, ainsi qu'en témoigne un chef de service de pédiatrie générale : « *Nous prenons en charge les enfants et adolescents atteints de troubles psychopathologiques dans le cadre de l'urgence. Nous n'avons pas de secteur individualisé, pas de structure adaptée, pas de personnel dédié et formé* ».

Au C.H. Mémorial de Saint-Lô, un secteur dédié à l'adolescent a été créé, mais il s'agit d'une organisation particulière, sans moyens financiers supplémentaires particulièrement dédiés.

- Trois objectifs opérationnels transversaux

### Bilan

La systématisation du bilan par un neuro pédiatre et par un généticien pédiatre en sus de la prise en charge pédopsychiatrique pour les enfants autistes est faite au Centre Ressource Autisme. Cependant, persiste une absence de lisibilité régionale au niveau intermédiaire de l'organisation des diagnostics et des soins, relatifs à l'autisme.

### Perspective

- La promotion de la 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)

- L'amélioration de la saisine de la MDPH avec un diagnostic ou des hypothèses diagnostiques consolidées (concernant l'autisme)

#### - Services de pédiatrie et services de pédopsychiatrie

Si la pédopsychiatrie de liaison est très structurée au CHU de Caen, des liens existent dans la majorité des services de pédiatrie générale avec les équipes de pédopsychiatrie de secteur. Informels ou consolidés par des conventions inter-établissements, ces liens permettent les prises en charge en urgence des enfants et adolescents ainsi que leur prise en charge dans la durée. Cependant il existe de grandes difficultés de travail, dès lors que des postes de pédopsychiatre ne sont pas pourvus dans l'établissement sanitaire de psychiatrie de proximité.

#### Perspective

- Conforter le rôle de premiers soins pédopsychiatriques des services de pédiatrie et définir et formaliser un cadre régional pour la pédopsychiatrie de liaison en pédiatrie
- Améliorer la coopération entre les acteurs sanitaires et médico-sociaux en suscitant des partenariats formalisés de proximité entre les établissements sanitaires et médico-sociaux permettant notamment :
  - d'optimiser les passages de relais entre structures (projets personnalisés de soins élaborés conjointement pour les situations difficiles)
  - de faire intervenir les pédopsychiatres en exercice partagé
  - de mettre en œuvre des formations croisées des équipes sanitaires et médico-sociales.

**VOLET**  
**Chirurgie**





## Préambule

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

La chirurgie autrefois très généraliste se spécialise de manière importante, ce qui a des incidences très notables sur la démographie médicale, en particulier dans les établissements de taille modérée.

La chirurgie recouvre des spécialités « d'organes » qui ont elles-mêmes des modes d'exercice « sur-spécialisés » (chirurgie carcinologique, chirurgie cardiaque, greffes d'organes...) pouvant relever du schéma régional de l'organisation des soins ou du schéma interrégional de l'organisation des soins (SIOS).

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

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

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

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

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

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

### **Ce que dit le SROS 2012-2017 volet chirurgie**

- 3 axes stratégiques
  - Développement de la Chirurgie Ambulatoire
  - Développement et optimisation des plateaux techniques
  - Réduction des « fuites »
- Gradation des soins selon différents critères
  - Selon les spécialités chirurgicales et la technicité des actes
    - Niveau de proximité : Chirurgie digestive et ortho-traumatologie / actes effectués sur tout plateaux
    - Recours territorial : Chirurgie de spécialités (urologie, gynécologie, vasculaire) et spécialités médico- chirurgicales / actes effectués sur au moins un plateau par territoire de santé
    - Recours régional : Chirurgie de spécialités (urologie, gynécologie, vasculaire) et spécialités médico- chirurgicales / actes effectués sur au moins un plateau pour ex- BN
    - Recours inter-régional (= SIOS) : Chirurgie cardiaque, greffes
  - d'organes → Selon les plateaux techniques
    - Niveau de proximité : surveillance continue
    - Recours territorial : permanence chirurgicale, réanimation, imagerie et biologie
    - Recours régional : permanence chirurgicale, réanimation, imagerie et biologie
- Améliorer l'accès aux soins
  - Développer la chirurgie ambulatoire
  - Développer les consultations chirurgicales de proximité
  - Améliorer la prise en charge de la chirurgie non programmé
  -

### **Ce que dit le SROS 2012-2017 volet pédiatrie pour la chirurgie pédiatrique**

- Centre de référence régional (CHU Caen) avec la prise en charge de toute pathologie chirurgicale pédiatrique programmée ou non quel que soit l'âge de l'enfant dont les pathologies hautement spécialisées (Chirurgie périnatale, malformations complexes, polyhandicap, oncologie)
- Etablissement de recours territorial avec la prise en charge de la majorité des actes chirurgicaux de l'enfant programmés ou non
- Autres établissements = Ne disposent pas d'équipe spécialisée en chirurgie pédiatrique avec une prise en charge différenciée du programmé ou non programmé
  - Programmé : pas si < 1an sauf ORL ambulatoire, si 1 à 3 ans actes simples essentiellement en ambulatoire, si plus de 3 ans actes simples (sous réserve activité et compétence identifiée)
  - Non Programmé : pas d'actes chirurgicaux entre 0-3ans



## Principaux constats en 2015

- 1 Un paysage régional contrasté
- 2 Une démographie de professionnels en difficulté
- 3 Une transition dynamique vers les prises en charge ambulatoires
4. Une gradation d'accès aux soins pour les enfants à confirmer
- 5 Des parcours de soins chirurgicaux pour les personnes âgées, y compris les résidents en EHPAD à optimiser
- 6 Une activité au bloc opératoire d'actes chirurgicaux mais aussi techniques.

### 6 *Constats*

### ► Des perspectives d'évolution ....

## 1 Un paysage régional contrasté



24 établissements ont une autorisation d'activité de chirurgie :

- 13 publics/ESPIC
- 11 privés

### Evolution du nombre d'implantations autorisées par territoire de santé de 2012 à 2016

| Chirurgie Modalité HTC et/ou ambulatoire | Implantations autorisées au 30 06 2012 | Implantations autorisées au 30 06 2016 |
|--|--|--|
| TS Calvados                              | 11                                     | 11                                     |
| TS Manche                                | 7                                      | 7                                      |
| TS Orne                                  | 6                                      | 6                                      |
| Ex Région BN                             | 24                                     | 24                                     |

Le nombre d'implantations autorisées n'a pas été modifié entre 2012 et 2016. Des perspectives d'évolution sont posées dans le pré-projet de 6<sup>ème</sup> révision du SROS de Basse-Normandie / projet médical régional à horizon 2025.

Certains plateaux techniques ont des activités spécifiques :

- . 1 plateau ESPIC a une activité ciblée de cancérologie
- . 1 plateau ESPIC a une activité exclusive ambulatoire
- . 1 plateau public a une activité exclusive en hospitalisation complète sans autorisation d'activité de chirurgie ambulatoire (ACA).

Par ailleurs, 7 bassins (Cherbourg, St Lo, Avranches, Lisieux, Flers, Alençon) sur 14 comptent deux plateaux chirurgicaux public et privé avec des activités en partie identiques et sans complémentarité entre eux. Cet enjeu est pris en compte dans le pré-projet de 6<sup>ème</sup> révision du SROS de Basse-Normandie / projet médical régional à horizon 2025.

## Bilan

### a) Activité développée :

- **En 2014** : pour l'ensemble des séjours chirurgicaux
  - ✓ Le taux d'attractivité est de 8% (7.4 % en 2010)
  - ✓ Le taux de fuite est de 9.9% (9.8 % en 2010)
- **En 2015** :
  - ✓ 282 820 séjours<sup>17</sup> pour la Normandie dont :
    - 132 704 séjours produits pour l'ex Basse Normandie
    - 150 148 séjours produits pour l'ex Basse Normandie
  - ✓ Taux d'attractivité de 3.4 % en Normandie
  - ✓ Taux de fuite de 8.9 % en Normandie

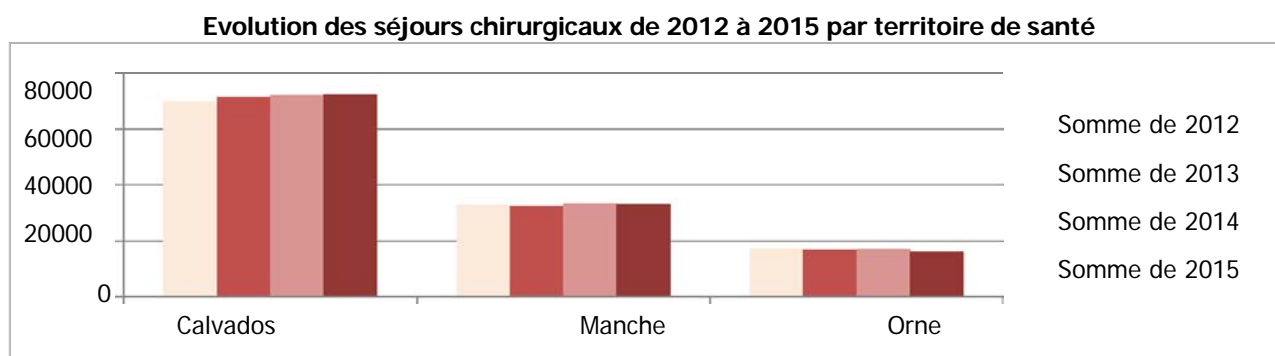
### b) Production selon les données SAE 2014 :

- ✓ 92 551 séjours en Hospitalisation Complète
  - Hors quelques séjours gynécologiques
  - Dont 49 014 en établissement public/ESPIC 53 %
  - Dont 43 537 en établissement privé 47 %
  - Dont 9 271 séjours de « zéro jour » (chirurgie ambulatoire « foraine »)
    - 4 924 séjours en établissement public/ESPIC, soit 10 % des 49 014 séjours

<sup>17</sup> Selon le nouveau périmètre défini par la DGOS = référence circulaire septembre 2015 : Base PMSI 2015 3°racine C hors CMD 14 obst., 15 n-né et 7 GHM non C en sus

- 4 347 séjours en établissement privé, soit 10 % des 43 537 séjours □
- 88 285 séjours en hospitalisation partielle
  - Hors quelques séjours gynécologiques
  - Dont 25 913 séjours en établissement public/ESPIC, soit 29 %
  - Dont 62 372 séjours en établissement privé, soit 71 %.

### c) Evolution de l'activité de 2012 à 2015



Entre 2012 et 2015, il existe une majoration de 1 602 séjours principalement dans le territoire de santé du Calvados.

### d) Activité de chirurgie PMSI en 2015

|  | Calvados | Manche | Orne  | Total  |
|--|----------|--------|-------|--------|
| CMD 1+8+21+22+26: affection système nerveux, trauma, brûlures  |          |        |       |        |
| 02 - Affections de l'œil   | 24 674   | 9 775  | 4 768 | 39 217 |
| CMD 09+13: affections de la peau, t. ss-cutanés, seins, app. Génital féminin                         | 13 308   | 7 954  | 2 625 | 23 887 |
| CMD 06+07: affections T. digestif, foie, VB, pancréas  | 9 223    | 4 398  | 2 072 | 15 693 |
| CMD 11+12+27: affections rein, voies urinaires, app. Génital masculin, transpl. Organes              | 8 161    | 4 172  | 2 722 | 15 055 |
| 03 - Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents                         | 5 876    | 2 678  | 1 552 | 10 106 |
| CMD 04+05: affections appareil cardio-vasculaire et respiratoire                                     | 4 488    | 1 613  | 1 497 | 7 598  |
| CMD 16+17: affections du sang, org. Hématopoiétiques, myéloprolifératives et tumeurs sièges imprécis | 4 828    | 2 149  | 538   | 7 515  |
| 15 - Nouveau-nés, prématures et affections de la période périnatale                                  | 419      | 141    | 113   | 673    |
| CMD 10+18+19+23+25: autres dont affections endocriniennes, métaboliques et nutri.                    | 36       | 1      |       | 37     |
|  | 1 511    | 424    | 313   | 2 248  |



Nombre de séjours en 2015 de chirurgie<sup>18</sup>

Nb de séjours

Total 72 524 33 305 16 200 122 029

**e) Répartition de l'activité pour les 24 plateaux**

**Répartition des établissements en fonction de l'activité**

| > 10 000 séjours <sup>19</sup> | 5 000 < séjours < 10 000    | 2 500 < séjours < 5 000   | 2 000 < séjours < 2 500       | < 2 000 séjours   |
|--------------------------------|-----------------------------|---|-------------------------------|-------------------|
| CHU de Caen                    | Polyclinique Baie Avranches | Clinique Notre Dame Vire  | CH de Flers                   | Fond. Miséricorde |
| CHP St Martin à Caen           | Polyclinique Cotentin       | Polyclinique de Lisieux   | CH de Lisieux                 | CH de L'Aigle     |
| Polyclinique du Parc à Caen    | Polyclinique de la Manche   | CHICAM<br>CH Public du Cotentin<br>CH d' Avranches-Granville<br>Polyclinique Cricqueboeuf<br>CH Mémorial de St-Lô<br>CH de Bayeux<br>CH d'Argentan<br>Clinique d'Alençon<br>Clinique Henri Guillard<br>Coutances<br>Clinique St Dominique Flers | CLCC F Baclesse<br>CH Falaise |                   |

**f) Focus sur les activités de chirurgie carcinologique**

Ces activités sont soumises à des autorisations spécifiques pour 6 disciplines et sont soumises à des seuils.

**En région :**

- Autorisée chirurgie carcinologique du sein, seuil = 30 séjours INCA

9 plateaux chirurgicaux sur 24 détiennent cette autorisation. 3 établissements sur les 9 ont une activité proche du seuil, ceux-ci allant de 33 à 776 séjours INCA en fonction des établissements.

- Activité autorisée chirurgie carcinologique digestive, seuil = 30 séjours INCA

20 plateaux chirurgicaux sur 24 détiennent cette autorisation. 6 établissements sur les 20 ont une activité proche du seuil, ceux-ci allant de 31 à 279 séjours INCA en fonction des établissements.

- Activité autorisée chirurgie carcinologique gynécologique, seuil = 20 séjours INCA 6 plateaux chirurgicaux sur 24 détiennent cette autorisation, les seuils allant de 34 à 152 séjours INCA

- Activité autorisée chirurgie carcinologique ORL, seuil = 20 séjours INCA

5 plateaux chirurgicaux sur 24 détiennent cette autorisation, les seuils allant de 20 à 194 séjours INCA en fonction des établissements, dont 2 plateaux avec une activité proche du seuil

- Activité autorisée chirurgie carcinologique urologie, seuil = 30 séjours INCA

10 plateaux chirurgicaux sur 24 détiennent cette autorisation, les seuils allant de 41 à 256 séjours INCA

- Activité autorisée chirurgie carcinologique thoracique, seuil = 30 séjours 1


plateau chirurgical sur 24 détient l'autorisation avec un seuil de 238 séjours

**Perspective**

Structurer l'accès aux disciplines chirurgicales pour l'ensemble de la population quel que soit son lieu de résidence par :

- La définition de parcours de soins

<sup>19</sup> total séjours C hors CMD14/ 15 (obstétrique et nouveaux nés)

- 
- La concentration et le renforcement de l'efficacité des plateaux techniques
  - L'augmentation des coopérations entre établissements en proximité, au sein du territoire de santé et à l'échelon régional
  - Le développement des consultations avancées de spécialistes chirurgiens et anesthésistes

## 2 Une démographie de professionnels en difficulté

Le schéma dans son volet chirurgie préconise un minimum de 3 anesthésistes, de 3 chirurgiens en ortho-traumatologie et en viscéral, 2 pour les autres spécialités par plateau chirurgical

### Bilan

Le nombre de chirurgiens est de 472 en 2011, avec 19 % de plus de 60 ans et 55 % plus de 50 ans.

- Pour la chirurgie viscérale :

Plus d'un tiers des structures (9 sur 24) ne sont pas conformes aux préconisations du SROS avec seulement 1 ou 2 chirurgiens viscéraux par plateau chirurgical au lieu des 3 préconisés, avec 4 de ces établissements qui doivent assurer une permanence de soins chirurgicaux.

- Pour la chirurgie d'ortho traumatologie :

Près de la moitié des structures (11 sur 24) ne sont également pas conformes aux préconisations du SROS avec 1 ou 2 chirurgiens par plateau chirurgical au lieu des 3 préconisés, avec 5 de ces établissements qui doivent assurer une permanence de soins chirurgicaux.

• Pour les autres spécialités, là encore, les effectifs sont inférieurs aux préconisations, et nombreux sont les plateaux où le chirurgien est seul pour sa spécialité

- 10 plateaux en chirurgie ophtalmologique
- 5 plateaux en chirurgie ORL
- 7 plateaux en chirurgie urologique

Le nombre d'anesthésistes ayant une activité de bloc est de 170 en 2011, avec 18 % de plus de 60 ans et 59 % plus de 50 ans.

- Répartition sur l'ensemble des plateaux :

- 2 anesthésistes dans 2 structures qui n'ont pas de permanence de soins chirurgicaux
- 3 anesthésistes dans 6 des 24 structures.
- Pour les plateaux assurant actuellement une permanence de soins chirurgicaux, l'effectif est de 3 anesthésistes dans 3 structures.

Le problème principal se pose donc dans la répartition des chirurgiens ou des anesthésistes sur un nombre relativement important de plateaux chirurgicaux avec un nombre insuffisant de chirurgiens dans certaines spécialités, surtout en établissement public/ESPIC.

Il faut également souligner l'âge moyen élevé des chirurgiens et une proportion importante dans certains établissements de ceux qui partiront en retraite dans les 5 ans.

### Perspectives

- Assurer un suivi très précis et actualisé de la démographie des anesthésistes et chirurgiens par plateau, par GHT et par territoire de santé
- Assurer la formation des internes et assistants au sein d'un champ élargi de structures chirurgicales qualifiées
- Développer des complémentarités entre plateaux chirurgicaux au sein des GHT
- Mettre fin aux redondances de plateaux techniques chirurgicaux, afin de rendre compatibles le nombre d'implantations avec les effectifs médicaux disponibles dans un objectif de réponse aux exigences de qualité et de sécurité des soins



### 3 Une transition dynamique vers les prises en charge ambulatoires

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

Le développement de la chirurgie ambulatoire est un axe fort de la politique de santé. Le taux global de chirurgie ambulatoire est calculé en rapportant le nombre de séjours de chirurgie ambulatoire au nombre de séjours de chirurgie. Ce taux de chirurgie ambulatoire global en France a augmenté entre 2012 et 2014, passant de 40,8% séjours<sup>20</sup> à 44,7%.

Un nouvel indicateur (dit « chirurgie nouveau périmètre<sup>21</sup> ») fourni par l'ATIH et la DGOS à partir de 2015 intégrant l'ensemble des séjours GHM en C, hors CMD 14 et 15 mais en ajoutant 7 GHM en K et Z est désormais à utiliser pour le suivi du CPOM Etat/ARS.

Ce nouvel indicateur permettra de se rapprocher des indicateurs internationaux. Soulignons que le taux de chirurgie ambulatoire français (51,9% en 2015) est très inférieur à ce qui se pratique dans les pays de l'Europe du Nord (70%) ou aux Etats-Unis (83%).

**En 2015**, le taux de la région normande est inférieur au taux français qui est de 51,9% avec un taux de 49,8% dans l'ex région Basse Normandie et de 50,3% dans l'ex région Haute Normandie.

#### Bilan

##### a) Répartition des autorisations en cours :

| Nombre d'implantations autorisées par territoire de santé |  |  |
|---|--|--|
| Anesthésie et chirurgie ambulatoires                      | Implantations autorisées au 30 06 2012 | Implantations autorisées au 30 06 2016 |
| TS Calvados   | 11                                     | 11                                     |
| TS Manche   | 7                                      | 7                                      |
| TS Orne   | 5                                      | 5                                      |
| Ex Région BN  | 23                                     | 23                                     |

Le nombre d'implantations autorisées n'a pas été modifié entre 2012 et 2016. Des perspectives d'évolution sont posées dans le pré-projet de 6<sup>ème</sup> révision du SROS de Basse-Normandie / projet médical régional à horizon 2025.

##### b) Variation et évolution du taux de chirurgie ambulatoire nouveau périmètre par territoire de santé

#### Evolution du taux de chirurgie ambulatoire de 2013 à 2015 par territoire de santé

20 Séjours GHM en C, hors CMD 14 et 15

21 Nouveau périmètre en 2015 = Séjours chirurgicaux C 3<sup>ème</sup> lettre du GHM sans CM14 et CM15 + 7 GHM en sus. 4 GHM en K: biopsie prostate/accès vasculaires/extractions dentaires et 3 GHM en Z: chirurgie esthétique et de confort / IVG]

| Territoire de santé | 2013  | 2014  | 2015  |
|---------------------|-------|-------|-------|
| Calvados            | 44,1% | 46,3% | 47,9% |
| Manche              | 50,8% | 54,0% | 56,1% |
| Orne                | 44,0% | 45,7% | 45,7% |
| ex-Basse Normandie  | 45,9% | 48,3% | 49,8% |

Le taux de chirurgie ambulatoire est variable selon les territoires de santé, avec un taux quasi identique autour de 44% en 2013 pour les territoires de santé du Calvados et l'Orne et un taux de plus de 50% dans le territoire de la Manche, du fait d'une forte activité ambulatoire dans 3 établissements privés de la Manche.

Ce taux est en augmentation entre 2013 et 2015, conformément aux orientations nationales

### **c) Potentiel de chirurgie ambulatoire nouveau périmètre (CANP) sur les séjours de courte durée nouveau périmètre (séjour de moins de 3 nuits, 2015)**

#### **2015**

- 66 493 séjours 0 nuit soit 50% de l'activité totale de chirurgie
- 94 461 séjours 0 à 2 nuits (dont 27 968 1 à 2 nuits) soit 71% de l'activité totale de chirurgie

Contribution de chaque territoire à la CANP :

- TS Calvados : 57% (le Calvados représente 59% de l'activité totale)
- TS Manche : 31% (la Manche représente 27% de l'activité totale)
- TS Orne : 12% (l'Orne représente 13% de l'activité totale)
- 

Deux tiers de ces séjours concernent 3 domaines DA:

- L'ophtalmologie : 32%
- Orthopédie traumatologie: 21%
- ORL-stomatologie : 13%

Les taux cibles sur l'activité 2016 sont fixés (CPOM) pour l'ex Basse-Normandie en fonction des potentiels de transformation des « une nuitée » de chaque établissement. Ces cibles prennent en compte le casemix des établissements.

### **d) Les gestes marqueurs de chirurgie ambulatoire**

Ce sont les gestes chirurgicaux ciblés par l'Assurance Maladie dans le programme Gestion Du Risque (GDR). Ils ont pu ou peuvent faire l'objet d'un contrat de mise sous accord préalable entre l'assurance maladie et les établissements (MSAP). Le principe étant que si le geste opératoire n'est pas réalisé en ambulatoire, le médecin doit le justifier auprès de la caisse primaire dont dépend le patient.

La listes des gestes marqueurs est en progression suite aux évolutions des recommandations émises par les sociétés savantes avec :

- 2012 : 17 gestes marqueurs
- 2013 : 33 gestes marqueurs
- 2014 : 38 gestes marqueurs
- 2015 : 43 puis 55 gestes marqueurs

Pour inciter les établissements à développer la chirurgie ambulatoire, l'assurance maladie pratique une politique tarifaire incitative depuis 2009 en regroupant les « racines des groupes homogène de malades (GHM) en tarif unique », avec depuis 2014 une suppression des « bornes basses » sur les séjours chirurgicaux de niveau 1.

De son côté, l'ARS et l'établissement ont intégré des taux cibles pour certains gestes dans les CPOM.

Les 55 « gestes marqueurs » en chirurgie ambulatoire représentent un volume de 65 921 en 2015. Le volume de séjours concernés s'est accru entre 2010 et 2015 de +14% soit une augmentation de 7 884 séjours avec les taux par territoire de santé suivants :

TS Calvados : +16%

TS Manche : +14 %

TS Orne: +4 %

## Perspective

Poursuivre le virage ambulatoire, axe fort de politique de santé, décliné dans le plan triennal ainsi que dans les feuilles de routes stratégiques/opérationnelles établies pour les établissements de santé de l'ex Basse-Normandie présentant les plus forts enjeux et dont certains font l'objet d'un accompagnement de l'ANAP.

## 4 Une gradation d'accès aux soins chirurgicaux pour les enfants à confirmer

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

- Le Centre de référence est le CHU de Caen. Il prend en charge :
  - toute pathologie chirurgicale pédiatrique programmée ou non, quel que soit l'âge de l'enfant
  - la chirurgie périnatale
  - la chirurgie des malformations complexes, du polyhandicap
  - la chirurgie oncologique
- Les autres établissements ne disposent pas d'équipe spécialisée en chirurgie pédiatrique
  - En chirurgie programmée : aucun acte pour les enfants de moins d'1 an sauf ORL en ambulatoire
  - Pour les enfants de 1 à 3 ans : réalisation d'actes simples essentiellement en ambulatoire
  - Pour les enfants de plus de 3 ans réalisation des actes simples (sous réserve de l'activité et de la compétence acquise)
  - En chirurgie non programmé : pas d'acte chirurgical en urgence pour les 0-3 ans

## Bilan

En 2015 :

- 0-4 ans : 3 438 séjours
- 5-17 ans : 6 628 séjours

### Répartition des séjours de chirurgie pédiatrique par territoire de santé

| Tranches d'âge  | 0 – 4 ans            | 5 - 17 ans           |
|-----------------|----------------------|----------------------|
| TS Calvados     | 66 % (2 267 séjours) | 62 % (4 083 séjours) |
| TS de la Manche | 15 % (521 séjours)   | 22 % (1453 séjours)  |
| TS de l'Orne    | 19 % (650 séjours)   | 16 % (1092 séjours)  |

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

| Part des spécialités<br>selon l'âge | 0 – 4 ans                 |                             | 5 – 17 ans                   |                             |
|-------------------------------------|---------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|
|                                     | % des 3 438<br>séjours    | Public ESPIC/Privé          | % des 6 628<br>séjours       | Public ESPIC/Privé          |
|                                     | <b>ORL</b>                | <b>65 %</b> (2 135 séjours) | 28% / <b>72 %</b>            | <b>31 %</b> (2 037 séjours) |
| <b>Appareil Génital Masculin</b>    | <b>16%</b> (543 séjours)  | 38,6% / <b>61,4 %</b>       | <b>12 %</b> (825 séjours)    | <b>62 %</b> / 38 %          |
| <b>Orthopédie</b>                   |                           |                             | <b>24 %</b> (1 595 séjours)  | <b>69 %</b> / 31 %          |
| <b>Ophthalmologie</b>               | <b>4.5%</b> (157 séjours) | 38% / <b>62 %</b>           |                              |                             |
| <b>Chirurgie digestive</b>          |                           |                             | <b>15 %</b> ( 1 015 séjours) | <b>74 %</b> / 26 %          |

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

Concernant les 0-4 ans, le CHU de Caen, seul établissement qui a un service de chirurgie pédiatrique, concentre seulement 27,5% des séjours (946 séjours) des 0-4 ans et 22,1 % des séjours (1 467 séjours) des 5-17 ans.

### Perspectives

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

## 5 Des parcours de soins chirurgicaux pour les personnes âgées, y compris les résidents en EHPAD, à optimiser



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

### Bilan

- Les personnes de plus de 75 ans représentent 29 364 séjours chirurgicaux en 2015
  - 11 003 séjours (37,5%) : en établissement public /ESPIC
  - 18 361 séjours (62,5%) : en établissement privé

#### Répartition moyenne par an du nombre de séjours par spécialité pour les plus de 75 ans en 2015

| Répartition par spécialité pour les + de 75 ans | % des séjours | Nombre de séjours | Public/ESPIC | Privé |
|---|---------------|-------------------|--------------|-------|
| Ophtalmologie                                   | 40%           | 11 754            | 16 %         | 84%   |
| Orthopédie                                      | 23%           | 6 892             | 52%          | 48%   |
| Digestif et hépato-biliaire                     | 9%            | 2 588             | 59%          | 41%   |
| Sein et gynécologie                             | 2%            | 676               | 49%          | 51%   |
| Appareil circulatoire                           | 8%            | 2 434             | 42%          | 58%   |
| Uro. et app. génital masculin                   | 7%            | 2 004             | 39%          | 61%   |

- En fonction du niveau de sévérité, toutes spécialités confondues :

#### Répartition en % des séjours par type d'établissement en fonction du niveau de sévérité

| Niveau de sévérité | Etablissement public/ESPIC | Etablissement privé |
|--------------------|----------------------------|---------------------|
| 1                  | 42%                        | 58%                 |
| 2                  | 51%                        | 49%                 |
| 3                  | 67%                        | 33%                 |
| 4                  | 76%                        | 24%                 |

Plus de 60% de la chirurgie des personnes âgées de plus de 75 ans est réalisée dans les établissements privés, cependant, plus le niveau de sévérité est élevé, plus la personne est prise en charge en établissement Public/ESPIC.



## Perspective



- Développer la prise en charge ambulatoire pour les personnes âgées notamment celles hébergées en EHPAD

## 6 Une activité au bloc opératoire d'actes techniques non chirurgicaux

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

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

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

### Bilan

- L'endoscopie (diagnostique et interventionnelle) requiert le plus souvent un environnement de type « bloc opératoire » et selon les spécialités, l'intervention de l'anesthésiste. En 2015, 28 487 endoscopies ont été réalisées

#### Activité réalisée<sup>22</sup> en 2015 pour les endoscopies

| Endoscopies réalisées          | Hosp. complète | Hosp. partielle | % nécessitant une anesthésie | Total         |
|--------------------------------|----------------|-----------------|------------------------------|---------------|
| en établissement public /ESPIC | 694            | 7 211           | 28 % (5 977)                 | 7 905         |
| en établissement privé         | 549            | 20 033          | 72% (15 488)                 | 20 582        |
| <b>Total</b>                   | <b>1 243</b>   | <b>27 244</b>   | <b>75% (21 465)</b>          | <b>28 487</b> |

Les établissements de santé privés assurent près des 3/4 des endoscopies de la région et <sup>3</sup>/<sub>4</sub> des endoscopies se font sous anesthésie.

- Les actes avec lithotritie ou autres actes de destruction (laser ou agent extérieur) nécessitent pour certains les plateaux techniques chirurgicaux et/ou une anesthésie. En 2015, 543 actes ont été réalisés

| Actes de lithotritie extracorporelle | Nombre d'actes |
|--------------------------------------|----------------|
| Hospitalisation complète             | 170            |
| Hospitalisation partielle            | 375            |
| Etablissements public/ESPIC          | 234            |
| Etablissements privés                | 309            |

<sup>22</sup> Source : PMSI bases 2015

- Les actes de chirurgie esthétique et de confort
  - 495 séjours ont été « consommés » par des patients de la région, dont :
    - 322 dans la région, avec une majorité (67,5%) dans le TS du Calvados et une minorité (7%) dans le TS de l'Orne
    - 162 hors région, soit un **taux de fuite de 33%**
  - Seulement 11 séjours ont été consommés par des patients provenant d'une autre région, soit un taux d'attractivité de 2%

| Territoire de santé | Nombre de séjours |
|---------------------|-------------------|
| TS du Calvados      | 225               |
| TS de la Manche     | 84                |
| TS de l'Orne        | 24                |

## Perspective

Structurer des parcours d'accès aux soins au sein des GHT pour assurer la prise en charge de proximité pour le recours à l'endoscopie selon la modalité ambulatoire

**VOLET**

**Soins de suite et de réadaptation**





SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION

SROS

## Préambule

L'activité de soins de suite et de réadaptation a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion.

Point nodal de l'organisation hospitalière des soins, les SSR représentent en ex Basse-Normandie un enjeu stratégique à l'interface entre les unités de court séjour du champ sanitaire, les unités du champ médico-social.

Le volet SSR du SROS PRS 2012-2017 a succédé à une révision particulièrement structurante en octobre 2009 du schéma régional d'organisation des Soins de Suite et de Réadaptation, liée à la parution des décrets d'avril 2008 réglementant les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement de cette activité, en définissant des SSR polyvalents ou spécialisés, des SSR de prise en charge de l'adulte ou de l'enfant, des SSR d'hospitalisation complète ou d'hospitalisation à temps partiel.

Ce nouvel encadrement réglementaire a visé à améliorer la qualité et la lisibilité de l'offre, en créant une activité unique de soins de suite et de réadaptation (SSR) et en identifiant clairement les structures spécialisées et le niveau d'exigence pour chacune d'entre elles. La réforme SSR a marqué également une volonté de structuration des filières de prise en charge dont l'objectif était de permettre à chaque patient d'accéder à une prise en charge adaptée et graduée et d'améliorer de la fluidité des parcours des patients.

L'objectif du SROS PRS volet SSR est d'assurer un maillage équilibré SSR généralistes/spécialisés sur les territoires avec des unités spécialisées proches des plateaux techniques (recours) et le maintien d'une offre SSR polyvalente en proximité mais avec une taille critique minimale.

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



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

- 1 – Un maillage et une diversification de l'offre SSR qui se poursuit
- 2 - Une situation démographique hétérogène des professionnels de santé en établissement
- 3 - Le SSR, maillon du parcours de soins et du parcours de santé
- 4 - Fluidité des parcours : un enjeu majeur

*Principaux  
constats*

## 1 – Un maillage et une diversification de l'offre SSR qui se poursuit



### Bilan

Conformément aux objectifs du SROS, un certain nombre d'autorisations ont été délivrées et mises en œuvre avec des reconnaissances de spécialités (addictologie, nutrition, grands brûlés, affections respiratoires) sur des sites existants. Dans le même temps des modifications d'implantation d'activité ont eu lieu.

#### Territoire de santé du Calvados

##### 2014

- **26 mai 2014** : Autorisation de SSR addictologie à la Fondation de la Miséricorde pour son centre Betharram à Hérouville en hospitalisation complète (HC) 15 lits. Mise en service envisagée en 2017.

##### 2015

- **14 décembre 2015** : Autorisation de SSR addictologie au CH de Falaise en hospitalisation à temps partiel (4 places) mise en service fin 2015.
- **14 décembre 2015** : Autorisation de SSR addictologie à la polyclinique de Deauville en hospitalisation à temps complet (25 lits) et en hospitalisation à temps partiel (2 places). Mise en service envisagée en 2017.

##### 2016

- **1er janvier 2016** : Transfert d'autorisation de SSR pédiatrique de 0 à 18 ans respiratoire, locomoteur et nerveux exclusifs en hospitalisation à temps partiel au profit de l'association Lehugeur Lelievre suite à cession de l'association Marie-Ange Mottier sur le site de Hérouville

#### Territoire de santé de la Manche

##### 2012

- **3 décembre 2012** : Confirmation d'autorisation du SSR Addictologie (alcoologie) au profit de la Fondation Picauville suite à la cession d'autorisation du Centre Beaugard La Glacière, en hospitalisation à temps complet (30 lits).
- **30 mars 2012** : Changement de lieu d'implantation de l'autorisation de SSR affections respiratoires du site de Valognes (CHP Cotentin) vers le site de Cherbourg en hospitalisation à temps complet (12 lits), activité non mise en œuvre dont la caducité a été prononcée le 10 mai 2016.

##### 2013

- **25 octobre 2013** : Autorisation de SSR affection systèmes digestif (nutrition) Polyclinique de la Baie (Avranches), en hospitalisation à temps complet (10 lits) et en hospitalisation à temps partiel (5 places), mise en œuvre en 2014.

##### 2015

- **20 mars 2015** : Autorisation SSR Grand Brûlés Le Normandy Granville en HC/HTP 2 à 5 lits/places. Mise en service envisagée en 2017.
- **30 octobre 2015** : Autorisation SSR Addictologie au CH de l'Estran en hospitalisation à temps complet (8 lits). Mise en service envisagée en 2017.

#### Territoire de santé de l'Orne

##### 2013

- **25 octobre 2013** : Autorisation le SSR respiratoire Clinique Alençon en hospitalisation à temps complet (23 lits), mise en œuvre le 1er juin 2014.

##### 2015

- **9 septembre 2015** : Transfert du centre SSR Bocquet (SSR polyvalent) d'Alençon vers Mamers (site CHICAM - Pays de Loire).

2016

- **1er janvier 2016** : Transfert d'autorisation de SSR pédiatrique de 0 à 18 ans respiratoire, locomoteur, digestif et nerveux exclusifs en hospitalisation à temps complet et à temps partiel au profit de l'association Lehugeur Lelievre suite à cession de l'association Marie-Ange Mottier sur le site de Flers.

**Bilan capacitaire<sup>23</sup> en lits en place installés en 2015**

| Territoire de santé/région/France  | Population 2010 | Hospitalisation complète SSR au 1.01.2015 |                                 | Hospitalisation partielle SSR au 1.01.2015 |                                 |
|------------------------------------|-----------------|---|---------------------------------|--|---------------------------------|
|                                    |                 | Equipement en lits                        | Taux d'équipement pour 1000 hab | Equipement en places                       | Taux d'équipement pour 1000 hab |
| Calvados                           | 690 836         | 734                                       | 1,1                             | 160  | 0,2                             |
| Manche                             | 499 860         | 970                                       | 1,9                             | 161  | 0,3                             |
| Orne                               | 287 515         | 620                                       | 2,2                             | 39   | 0,1                             |
| <b>Total Normandie occidentale</b> | 1 478 211       | 2 324                                     | 1,6                             | 360  | 0,2                             |
| <b>France métropolitaine</b>       | 63 920 247      | 102 817                                   | 1,6                             | 10 798                                     | 0,2                             |

**Perspectives**

- Mettre en œuvre les autorisations non installées dans le domaine des SSR affections respiratoires et conduites addictives
- Conformément aux orientations du pré-projet de 6<sup>ème</sup> révision du SROS / projet médical régional à horizon 2025, poursuivre la réflexion sur la restructuration et les complémentarités de l'offre SSR sur les territoires / bassins suivants, en intégrant les établissements de santé privés :
  - Pays d'Auge et notamment Côte Fleurie/Pont l'Evêque/Lisieux
  - Bocage (Vire/Flers/CHIC des Andaines)
  - Etablissements de santé du sud Manche
  - Assurer une meilleure réponse aux besoins d'aval en SSR du CHU sur le bassin caennais
- Clarifier le positionnement des SSR spécialisés dans la prise en charge des personnes âgées avec celui des SSR polyvalents dans le cadre de la filière gériatrique

<sup>23</sup> Sources : Insee Estimation de population au 1er janvier 2014 – SAE 2014

## 2 – Une situation démographique hétérogène des professionnels de santé en établissement



Une étude de la démographie des professionnels du SSR, effectuée lors des travaux du SROS, a montré :

- Un temps médical variable d'une structure à une autre

Le temps médical varie pour 20 lits et places de :

- 0,25 à 1,2 ETP pour le SSR polyvalent
- 0,38 à 1,5 ETP pour le SSR gériatrique.

Notons le temps non affecté dans des structures de faible capacité ou structures privées nécessitant l'intervention des médecins libéraux.

- Un temps paramédical également très contrasté

Le temps infirmier varie pour 20 lits et places de :

- 2,6 à 8,2 ETP pour le SSR polyvalent
- 3,3 à 10,6 ETP pour le SSR gériatrique

Le temps de kinésithérapeute et d'ergothérapeute dans certaines structures est faible et ce temps est à contrario important dans d'autres établissements de même bassin géographique. En région, pour le SSR gériatrique, le temps de kinésithérapie varie de 0,2 à 1,2 ETP pour 20 lits/places,

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

- Un temps d'assistant social pas toujours pourvu

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

### Perspectives

- Mise en œuvre des orientations du pré-projet de 6<sup>ème</sup> révision du SROS / projet médical régional à horizon 2025
- Réflexion à mener sur la mutualisation et le temps partagé de personnels entre les établissements, par coopération public et privé et au sein des GHT dans le but d'optimiser les ressources humaines nécessaires au fonctionnement du SSR



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



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

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

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

La filière la plus avancée concerne les AVC (cf. volet médecine)

#### Personnes cérébro-lésées

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

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

Suite à la prise en charge initiale en aigu (SAMU, service d'urgence, neurochirurgie, réanimation), et selon la gravité de l'état du patient, l'orientation peut se faire vers une unité d'éveil.

L'unité d'éveil est un service accueillant les patients cérébro-lésés en phase végétative, non dépendants d'une technique de ventilation artificielle, à la sortie des services de réanimation chirurgicale ou de soins intensifs.

La Normandie occidentale dispose d'une unité d'éveil au Centre de Rééducation Fonctionnelle Le Normandy à Granville (territoire de santé de la Manche - reconnaissance contractuelle en 2015).

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

- Dans la première éventualité, l'orientation vers une structure SSR spécialisée dans la prise en charge des affections neurologiques est garante de la continuité de la prise en charge et de l'effectivité du relais médico-social.
- Dans la seconde éventualité, lorsque l'état végétatif perdure, les personnes peuvent relever d'unités dédiées à l'accueil de personnes en état végétatif chronique ou en état pauci-relationnel (EVC-EPR).

La Normandie occidentale dispose de 3 unités de ce type pour un total 18 lits :

- CH Coutances (Manche) 6 lits
- CHPC Cotentin site de Valognes (Manche), 6 lits
- CHI des Andaines à La Ferté Macé (Orne), 6 lits

Une unité d'EVC-EPR de 8 lits sera mise en service en 2018 au CH d'Aunay sur Odon (territoire de santé du Calvados).

## Offre sanitaire en Normandie occidentale en 2015 dans la filière des cérébro lésés

| Territoire de santé                              | Calvados  | Manche   | Orne   |
|--|---|--|--|
| Services de réanimation médico-chirurgicale      | CHU de Caen<br>CHP St Martin<br>CH Lisieux<br>CH Bayeux   | CHPC (Cherbourg)<br>CH de Saint Lo<br>CHAG (Avranches) | CHICAM (Alençon)<br>CH Flers                                     |
| Service de neurochirurgie                        | CHU de Caen   |  |  |
| Unités d'éveil                                   |   | Le Normandy (Granville)                                |  |
| Unités SSR spécialisées affections neurologiques | CHU Côte de Nacre<br>CH d'Aunay sur Odon<br>Institut MPR Lebissey (HDJ)<br>Polyclinique de Deauville<br>CMPR La Clairière (enfants)<br>CRF l'ADAPT Manoir d'Aprigny (enfants) | Le Normandy Centre Korian l'Estran (Siouville)         | CMPR de Bagnoles de l'Orne<br>CMPR La Clairière (Flers- enfants) |
| Selon les cas, outre les structures              |   | CH Coutances<br>CHPC du Cotentin (Valognes)            | CHIC des Andaines (La Ferté Macé)                                |

Unités EVP institutionnelles, différents professionnels ou services peuvent être mobilisés pour le parcours de santé et de vie de la personne cérébro-lésée :

- L'unité d'évaluation de réentrainement et d'orientation socioprofessionnelle pour les patients crânio-cérébraux (UEROS) de 15 places portée par l'ADAPT à Mondeville (Calvados)
- les professionnels du secteur libéral (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes),
- les équipes de soins à domicile (SSIAD, HAD, autres équipes mobiles...),
- les services d'aide et d'accompagnement à domicile : services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), les services d'accompagnement médico-social pour personnes adultes handicapées (SAMSAH) et les dispositifs d'aide à la vie autonome. La Normandie occidentale dispose de 3 SAMSAH :
  - ADAPT à Mondeville (Calvados) : 60 places dédiées aux patients cérébro-lésés
  - APF à Cherbourg-Saint Lo (Manche) : 21 places non spécifiques
  - APF à Argentan (Orne) : 12 places non spécifiques.

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

Une coordination informelle de la filière se réunit tous les 2 mois au CH d'Aunay sur Odon sous la forme d'un staff pluridisciplinaire.

### Perspectives

- Poursuivre l'organisation de la filière pour les patients cérébraux-lésés.
- Inscrire les activités de soins SSR dans les autres filières spécialisées, constituées ou à constituer, notamment en addictologie, en cardiologie pour la prise en charge de l'insuffisance cardiaque, en pneumologie pour la prise en charge de l'insuffisance respiratoire, prise en charge des personnes âgées, nutrition, brûlés, AVC phase post aigue.

## 4 – Fluidité des parcours : un enjeu majeur



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

L'Agence Régionale de Santé (ARS) de Basse-Normandie finance depuis 2014, une coordination Basse Normandie (COBN) dont le support est un réseau (réseau social santé vie autonome) qui est constitué d'un poste temps plein d'animatrice et depuis début septembre 2015 de 0,5 équivalent temps plein de médecin. Le GCS télésanté est partenaire du dispositif pour les fonctions support (système d'information, assurance du déploiement du logiciel au plan technique, coût du logiciel...)

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

Le logiciel a été initialement conçu pour orienter les patients vers des établissements de type SSR, puis s'est étendu à l'HAD (hospitalisation à domicile) dans la partie occidentale de la Normandie. Les unités de soins palliatifs (USP) sont également dans ce dispositif.

Le logiciel est désormais implanté dans tous les établissements de santé.

Le module « grand âge » unités soins de longue durée et établissements pour personnes âgées dépendantes (USLD-EHPAD) de ViaTrajectoire est déployé par le GCS Télésanté depuis 2015, avec un COPIL comprenant notamment l'ARS et chacun des Conseils départementaux (Calvados, Orne, Manche) concernés par ce dispositif.

Ainsi, la COBN a deux missions complémentaires exclusivement dans le champ sanitaire :

- Une mission en direction des acteurs de santé au bénéfice de l'utilisateur :
  - Fluidification du parcours de santé en favorisant le rapprochement fonctionnel entre les services de court séjour et les activités de soins de suite et de réadaptation (SSR), d'hospitalisation à domicile (HAD) et les unités de soins palliatifs (USP) par la standardisation des demandes de transfert et d'admission dans l'objectif d'améliorer leur pertinence.
  - Recensement et mise à jour de l'offre de soins dans le domaine sanitaire SSR, HAD, USP, des territoires sous la forme d'un annuaire.
  - Animation de la mise à jour des annuaires, des thésaurus par chaque établissement, des administrateurs de Trajectoire dans les établissements,
- Une fonction d'observatoire
  - exploitation statistique des données de ViaTrajectoire avec description des flux et des profils des patients.

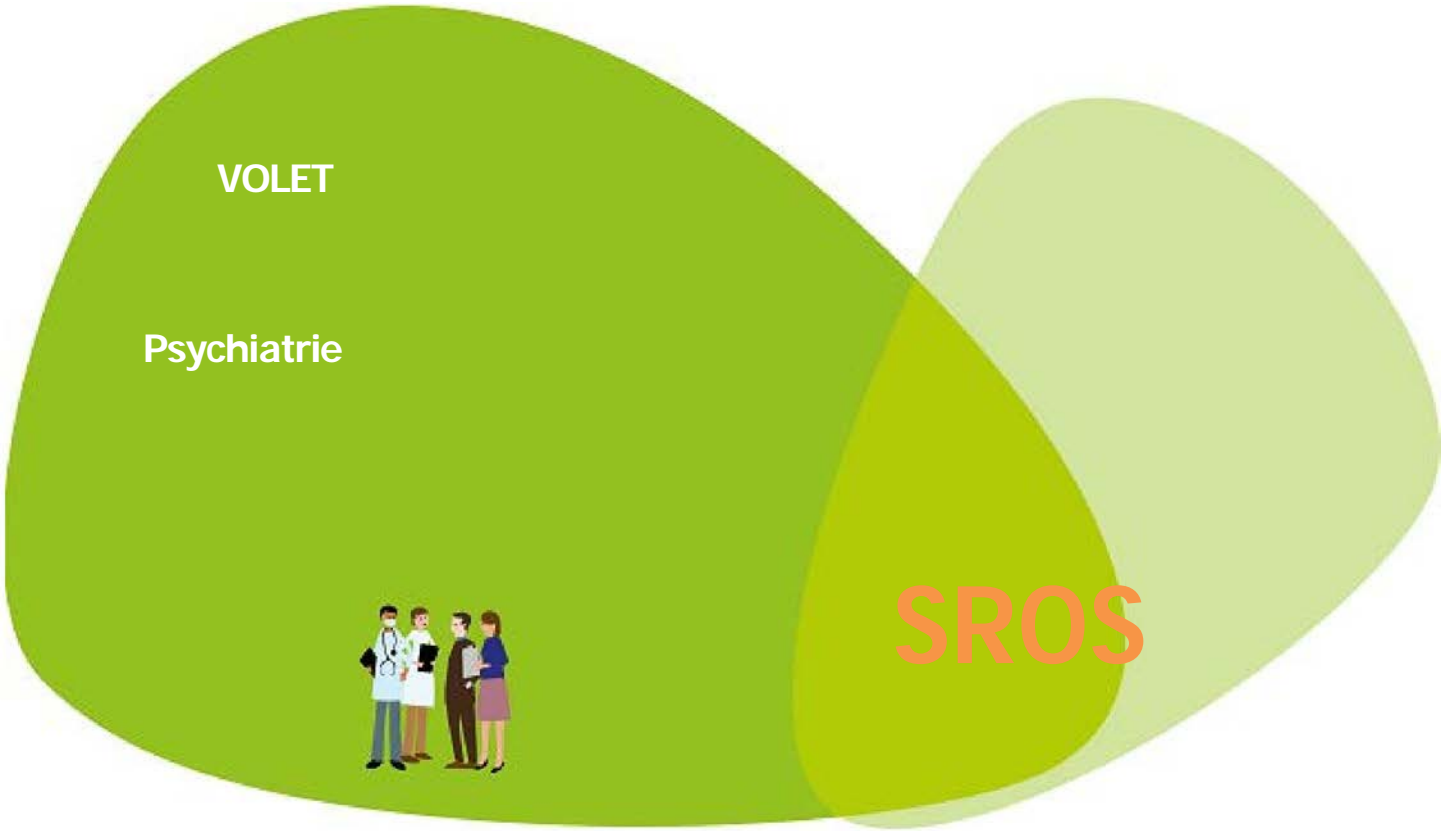
### La mise sous accord préalable : outil de pertinence des parcours de soins en SSR

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

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

### Perspectives

- Concernant l'outil Via trajectoire :
  - Renforcer les liens avec le GCS Télésanté pour développer des actions communes
  - Construire une animation normande des coordinations Trajectoire existantes et fédérer un projet de rapprochement avec la Cellule de Coordination Trajectoire de la Normandie orientale
- Poursuite du suivi des campagnes de mise sous accord préalable de l'assurance maladie.





## Préambule

Le volet psychiatrie et santé mentale du SROS / PRS 2013-2018 de Basse Normandie a dégagé onze grands champs de travail à partir desquels a été élaboré un plan d'action régional, décliné en objectifs opérationnels à l'échelle de la région ou des territoires.

En cohérence avec les orientations stratégiques, les travaux sur la santé mentale ont adopté une approche globale.

Les aspects de promotion de la santé mentale d'une part et de prévention suicide d'autre part ont fait l'objet d'un suivi spécifique dans le cadre du schéma de prévention en cohérence avec le SROS. La réflexion sur l'Autisme a été intégrée dans le volet pédopsychiatrie.

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

La lutte contre les maladies mentales comprend des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale.

A cet effet, les établissements de santé autorisés en psychiatrie exercent leurs missions dans le cadre des territoires de santé sous réserve du respect de certaines conditions (art. L. 3221-1 du CSP). Chaque établissement autorisé en psychiatrie et participant à la lutte contre les maladies mentales est responsable de celle-ci dans les secteurs psychiatriques qui lui sont rattachés. Il met à la disposition de la population, dans ces secteurs, des services et des équipements de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale. Ces services exercent leurs activités non seulement à l'intérieur de l'établissement mais aussi en dehors de celui-ci.

C'est dans cet esprit, qu'il convient de noter sur la Basse Normandie : une offre hospitalière satisfaisante en psychiatrie générale organisée au 1<sup>er</sup> janvier 2016 en 19 secteurs généraux. Un maillage des territoires globalement satisfaisant avec toutefois quelques zones à améliorer. Certains secteurs sont en difficulté en lien avec une démographie médicale fragile. Une démographie médicale préoccupante avec une pyramide des âges défavorable : faible densité des libéraux dans l'Orne et dans la Manche. Une démographie hospitalière précaire pour certains établissements.



Une prise en charge des urgences psychiatriques organisée mais encore perfectible.

Une psychiatrie de liaison existante et active. Une HAD de psychiatrie autorisée sur le département de la Manche.

Il n'existe pas d'offre privée en établissement psychiatrique.

Une mise en commun des synergies des différents intervenants en psychiatrie et santé mentale et certaines réponses novatrices et adaptées.

A travers le projet médical, des établissements ont identifié des patients dont la prise en charge en psychiatrie pouvait être questionnée avec la proposition de l'élaboration, de l'actualisation d'un projet de soins et d'orientations à engager vers le médico-social.

Une coordination entre l'hôpital et le champ médico-social et social insuffisante occasionnant des ruptures dans le parcours de santé des patients.

La coordination de l'ensemble des acteurs reste une priorité.

Concernant la structuration des parcours de soins, l'amélioration de la fluidité des parcours entre acteurs de la psychiatrie et acteurs de première ligne mais aussi entre acteurs du sanitaire et du médico-social représente un enjeu fort.

Concernant la prévention, la collaboration avec les acteurs associatifs, permettant l'émergence de projets, d'initiatives, de nouvelles pratiques pour répondre à des difficultés régionales spécifiques, reste un défi.



## Principaux constats au moment de l'élaboration du SROS/PRS 2013-2018



### Principaux constats

- 1 – Démographie en professionnels de santé défavorable** et notamment en médecins psychiatres
- 2 – Prise en charge globale coordonnée des personnes** : Un système de santé saturé - Une évolution nécessaire de l'organisation de la psychiatrie de secteur et de sa territorialisation
- 3 – Des inégalités territoriales** dans les organisations et les pratiques et un **manque de coordination** - Importance du travail transversal et des notions de parcours de soin, de citoyenneté et d'autonomisation des usagers
- 5 –** Prise en compte encore insuffisante de **l'accès à la prévention** et aux **soins somatiques** des personnes présentant des troubles mentaux
- 6 – Surmortalité significative** par suicide par rapport au niveau national

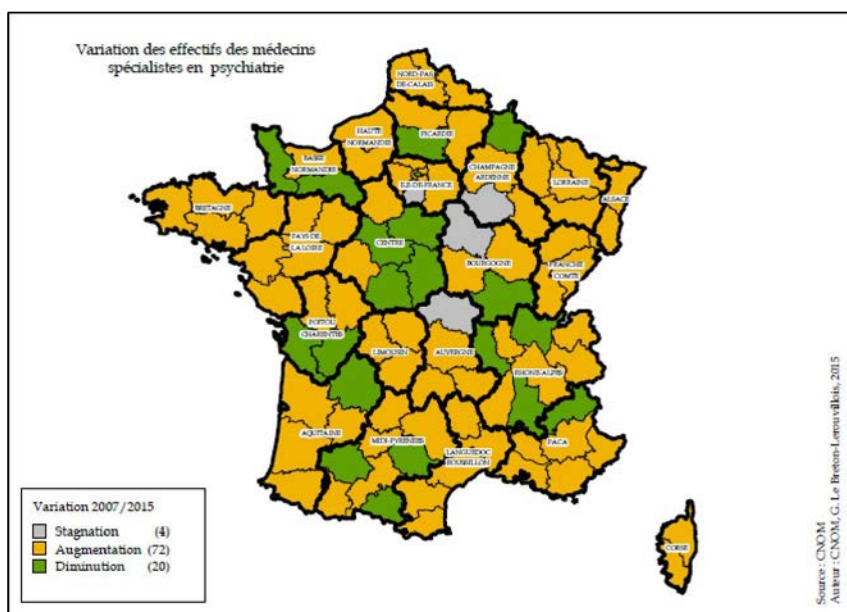
# 1 - Démographie en professionnels de santé défavorable et notamment en médecins psychiatres



## Concernant la démographie de médecins psychiatres

L'analyse territoriale des effectifs des médecins psychiatres exerçant en activité régulière sur la période 2007/2015 met en exergue deux types de départements existants dans la région :

- En augmentation : territoire de santé du Calvados avec une hausse des effectifs des médecins psychiatres inscrits au tableau de l'Ordre de 2007 à 2015
- En diminution : dans les territoires de santé de la Manche et de l'Orne avec une diminution du nombre des médecins psychiatres inscrits au tableau de l'Ordre de 2007 à 2015



Par ailleurs, le conseil national de l'ordre des médecins, dans son atlas de la démographie médicale en France 2016, fait état pour la Normandie occidentale de :

### Effectifs<sup>24</sup>, densité, variation 2007/2016, proportion des modes d'exercice

| Départements | Hommes Effectifs | Femmes Effectifs | Total Effectifs | Densité | Var. Effectifs 2007-2016 en % | Libéraux en % | Salariés en % |
|--------------|------------------|------------------|-----------------|---------|-------------------------------|---------------|---------------|
| Calvados     | 56               | 78               | 134             | 19      | 20,7%                         | 26,1          | 73,9          |
| Manche       | 23               | 25               | 48              | 9,3     | -4%                           | 10,5          | 89,6          |
| Orne         | 18               | 11               | 29              | 9,7     | -3,3%                         | 13,7          | 86,2          |

Si la démographie en médecins psychiatres s'accroît dans le département du Calvados, avec une progression de 20,7% des effectifs entre 2007 et 2016, celle-ci diminue dans les départements de l'Orne et de la Manche.

<sup>24</sup> Atlas de la démographie médicale en France – situation au 1<sup>er</sup> janvier 2016



Par ailleurs, la démographie des psychiatres hospitaliers est considérée comme un *"enjeu particulièrement critique"* compte-tenu d'un nombre important de postes de psychiatres hospitaliers non pourvus.

Le nombre de postes d'internes de psychiatrie en région est de 18 par an de 2013 à 2015.

### **Perspectives :**

- Il est prévu de maintenir le nombre d'internes de psychiatrie à 18 en 2016, 2017 et 2018
- Parallèlement, au regard de la démographie médicale, pour soutenir l'implantation de psychiatres en région il est décidé de faciliter le post internat et d'étendre le dispositif des assistants spécialistes régionaux (ASR) à la spécialité psychiatrie.

Ainsi à partir du mois de **novembre 2016**, il sera possible de recruter un assistant spécialiste régional par territoire de santé, pour une durée de deux ans.

### **Concernant le partage de compétences entre professionnels de santé**

La Basse-Normandie constitue l'une des régions françaises où la densité de psychologues est la plus faible. Les médecins généralistes s'imposent comme un acteur de la santé mentale en premier recours à la fois en termes de prescription et d'orientation des malades. Cela incite les acteurs de la psychiatrie à développer les collaborations avec les médecins généralistes, qui pâtissent de deux difficultés : une formation limitée dans ce domaine et une coopération encore souvent insuffisante avec leurs confrères psychiatres.

Sur le territoire de santé du Calvados, un établissement ayant une activité de psychiatrie a intégré dans ces programmes d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) un volet sur ce sujet avec en 2014 une enquête auprès des médecins généralistes pour définir des modes de coopération.

### **Perspectives :**

Engager des pistes de réflexion sur :

- ✓ *le développement des compétences nécessaires à l'exercice infirmier en santé mentale* » en lien avec les professionnels et leurs représentants,
- ✓ le rôle renforcé des psychologues cliniciens, dans le strict respect des prérogatives des psychiatres,
- ✓ le rôle des assistants sociaux dans l'accompagnement des malades souvent isolés et démunis.

## 2 – Prise en charge globale coordonnée des personnes : une évolution nécessaire de l'organisation de la psychiatrie de secteur et de sa territorialisation et une diversification des modes de prise en charge



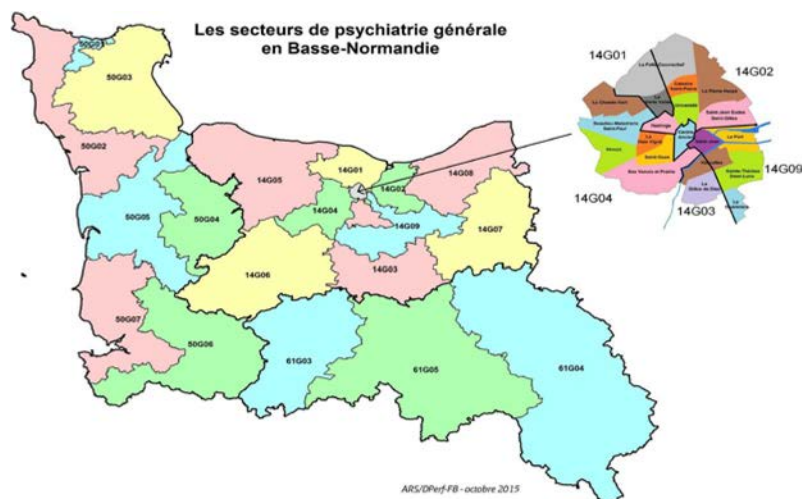
### Bilan :

- **Une réorganisation des découpages sectoriels dans l'Orne :**

**Novembre 2015** : Passage de quatre secteurs de psychiatrie générale à trois secteurs, tous rattachés au même établissement, pour favoriser le regroupement des compétences médicales.

Ainsi, la psychiatrie générale en Basse-Normandie est organisée depuis 1<sup>er</sup>/01/2016 en 19 secteurs et non plus 20 :

- Territoire du Calvados : 9 secteurs de psychiatrie générale
- Territoire du Calvados : 7 secteurs de psychiatrie générale
- Territoire de l'Orne : 3 (et non plus 4) secteurs de psychiatrie générale



- **Une fusion de deux établissements de santé privés à but non lucratif en cours dans le territoire de la Manche**

Il existait au moment de l'élaboration du SROS deux établissements de santé autorisés en psychiatrie sur le territoire de santé de la Manche.

**Janvier 2017** : perspective de fusion des deux établissements

- **Une diversification des offres de soins par le développement de l'intersectorialité**

Le développement des activités intersectorielles ainsi que l'organisation des établissements de santé en pôles d'activité internes, montrent une évolution du mode d'organisation interne des établissements. La coopération entre les activités sectorisées et le développement des unités intersectorielles est une formule soutenue par l'ARS ne remettant pas en cause les principes de la sectorisation. Elles visent à réduire les cloisonnements et renforcer les partenariats et les complémentarités et permet également d'assurer le développement de compétences dans des domaines spécifiques, contribuant à faire évoluer les pratiques en fonctions des connaissances.

En 2016, seul le territoire de santé du Calvados bénéficie de dispositifs intersectoriels, en dehors des urgences.

➤ **Territoire de santé du Calvados :**

- Développement de consultations sur spécialisées :
  - ✓ Consultation Anxiété : elle propose des évaluations et des thérapies de groupe et cognitivo-comportementales centrées sur les troubles anxieux (affirmation de soi, troubles obsessionnels compulsifs, relaxation).
  - ✓ Psychothérapies de couples et familiales.
  - ✓ Psychothérapie "Ericksonienne" (hypnose).
  - ✓ Thérapies cognitivo-comportementales à l'adresse des personnes souffrant de schizophrénie (affirmation de soi, gestion des symptômes, compétences sociales)
- Par repliement, création d'une équipe mobile de suivi intensif dévolue à la prise en charge des jeunes débutant un processus psychotique (EMSI).
- Développement d'une offre à destination des familles :
  - ✓ Un groupe "Profamille" de psychoéducation pour les proches de patients souffrant de schizophrénie, et pour les personnes souffrant d'un trouble bipolaire.
- Elargissement des missions en direction des cas complexes par le CRIAVS

**2013** : L'Unité d'Evaluation Spécialisée (UNEVAS) du Centre Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles de Basse-Normandie (CRIAVS BN) dispose d'une équipe mobile intervenant dans les dispositifs de soins psychiatriques de droits communs dans le cadre de co-consultations individuelles ou de groupes thérapeutiques, pour les cas les plus complexes en partenariat avec la Maison des Adolescents du Calvados.

➤ **Territoire de santé de l'Orne :**

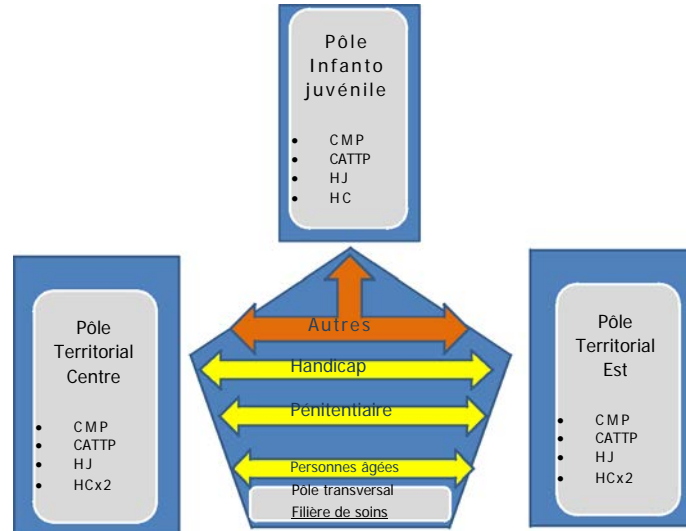
Dans le territoire de l'Orne, deux établissements détiennent l'autorisation d'activité de psychiatrie.

- Un avec trois secteurs : deux de psychiatrie générale, un de psychiatrie infanto juvénile qui couvre l'intégralité du département de l'Orne
  - Un avec un secteur de psychiatrie générale à Flers
- ✓ L'élargissement de la sectorisation géographique stricte au profit d'une organisation intersectorielle est une solution retenue par l'établissement qui détient les trois secteurs et qui a développé un pôle 1 pôle filières et prestations transversales (handicap, personnes âgées, pénitentiaire, autres)

**1<sup>er</sup> janvier 2016** : L'établissement met en œuvre une nouvelle organisation au sein de chacun des trois secteurs (1 de psychiatrie infanto-juvénile et 2 de psychiatrie générale), avec un centre médico psychologique (CMP) pivot par secteur travaillant en articulation avec les CMP de proximités de ce même secteur.

- ✓ 2 CMP pivots (l'Aigle et Mortagne-Au-Perche) ;
- ✓ 3 CMP de proximité (Vimoutiers, Gacé et Bellême) ;
- ✓ 2 hôpitaux de jours ;
- ✓ 2 services d'hospitalisation (un de soins de suite et un d'admission) ;
- ✓ Maison des adolescents.

## Proposition d'organisation polaire 3/3



- **Une organisation départementale de la permanence des soins dans le territoire de santé du Calvados.**

Afin d'apporter une spécialisation psychiatrique dans l'accueil et la prise en charge des patients au sein de la structure des urgences du CHU, une convention visant un rapprochement opérationnel entre l'Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) et le CHU de Caen a été signée. Celle-ci acte notamment la mise à disposition d'un praticien hospitalier et de 6 agents par l'EPSM au sein de la structure des urgences du CHU de Caen.

**2013-2015** : poursuite de ce mouvement avec une mise à disposition d'agents de l'EPSM en direction des structures d'urgence des CH de Lisieux (4 agents), Falaise (des agents du CMP qui font la liaison) et Criquebeuf (déplacements en fonction des demandes)

- **Des réponses novatrices**

### Expérimentation de l'appui aux situations complexes

Conformément aux orientations nationales visant à introduire la transversalité dans le parcours des usagers du système de santé en encourageant le décloisonnement des acteurs, des expérimentations sont portées par les acteurs de la région.

❖ **2013** : Mise en place d'un appui à la coordination, portée par un coordinateur d'appui, en charge du suivi des parcours des patients complexes, en lien avec le médecin traitant, sur deux territoires de santé, dans 3 territoires de proximité est en cours d'expérimentation pour une durée de 3 ans.

- Territoire de santé du Calvados, dans les territoires de proximité de Caen et du Bessin et pré-bocage
- Territoire de santé de la Manche, dans le territoire de proximité des Pieux

❖ **Avril 2014** : L'ARS et le Conseil Départemental de la Manche soutiennent le projet d'une unité expérimentale en EHPAD visant à mettre à disposition du personnel d'un établissement psychiatrique dans l'EHPAD afin de renforcer et d'adapter l'accompagnement de personnes âgées en situation de handicap psychiques avec des troubles psycho-comportementaux perturbateurs. Ce dispositif vient en complément du travail mené par les équipes de gériopsychiatrie de secteur.

### 3 – Une gouvernance territoriale qui se structure progressivement



#### Des contrats locaux de santé (CLS) et des conseils locaux de santé mentale (CLSM)

Le PRS identifie la santé mentale comme un sujet pour lequel l'amélioration de la fluidité des parcours entre acteurs de psychiatrie et l'ensemble des autres intervenants est une nécessité.

La prise en compte croissante des questions liées à la santé mentale dans l'ensemble des politiques publiques, conduit à la création et au développement de nouveaux dispositifs et de nouvelles pratiques locales dans les institutions et également dans la cité.

La complexité des troubles psychiques, de leur prévention, des parcours de soins des personnes, de leur retentissement social et familial, incite au passage d'une logique sanitaire à une logique territoriale nécessitant la participation de tous.

Dans ce contexte, l'ARS contribue aux travaux concernant les contrats locaux de santé et les contrats locaux de santé mentale sur la région. Présidé par un élu local, co-animé par la psychiatrie publique, intégrant en son sein les représentants d'usagers et des aidants, le Conseil local de santé mentale (CLSM) est conçu comme un espace non hiérarchique de codécision entre les membres. C'est un outil opérationnel de démocratie participative, dont l'importance a été entérinée par son inscription dans la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016. Le CLSM aboutit à des actions concrètes (création d'outils ou de dispositifs, cycles de formation...) qui émanent de commissions de travail par thématique ou par public. C'est un outil de pleine citoyenneté pour tous, facilitateur de rétablissement et permettant l'empowerment pour les personnes ayant des troubles psychiques.

#### Bilan :

Il existe dans la région des CLS avec des axes intégrant la santé mentale et des contrats locaux de santé mentale.

Les quatre CLS signés dans la région Basse-Normandie sur la période 2013-2015 sont :

- le 30 octobre 2013 : le CLS des Pays de L'Aigle et de La Marche
- le 17 mars 2014 : le CLS de l'agglomération cherbourgeoise
- le 6 novembre 2014 : le CLS de Caen
- le 5 octobre 2015 : le CLS du Pays du Perche ornais

| Manche   | Calvados  | Orne  |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• CUC Cherbourg (axe santé mentale dans le CLS et existence d'un CLSM)</li><li>• Picauville (CLSM)</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Caen : conseil local de santé (CLSM) mental en cours de réalisation dans le cadre du CLS</li><li>• Bayeux : CLSM en cours de construction</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• L'Aigle et Pays de la Marche : avenant au CLS sur la formation et repérage lors de la crise suicidaire</li><li>• Pays du Perche : axe sur la souffrance mentale dans le CLS et CLSM en construction</li></ul> |

## 4 – Prise en compte encore insuffisante de l'accès à la prévention et aux soins somatiques des personnes présentant des troubles mentaux



Une nouvelle organisation institutionnelle a été opérée sur 2 points majeurs quant à l'amélioration de l'accès aux soins et au renforcement de la **continuité des soins** crise/post crise :

- ❖ Ouvrir les plages horaires dans les CMP pour les patients orientés par les médecins généralistes afin de réduire les délais d'attente pour une première consultation
- ❖ Réaliser conjointement par les urgentistes et les psychiatres les évaluations aux urgences

### Mise en place des équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) pour les plus démunis

L'ARS a accompagné et renforcé l'activité des EMPP déjà existantes (activité de la PASS psychiatrique « hors les murs ») en direction des personnes en situation de précarité et d'exclusion.

Actuellement il existe **3 EMPP en Basse Normandie**:

- 1 EMPP à Cherbourg / La Fondation Bon Sauveur de Picauville
- 1 EMPP à Caen / EPSM
- 1 EMPP à Pontorson / CH de l'Estran

Et

- **1 PASS de psychiatrie mobile à Alençon / CPO d'Alençon**

**Des actions sur les compétences psychosociales des jeunes** ont été mise en place notamment en lien avec l'Education Nationale, les secteurs de la protection de l'enfance, du médico-social et de l'insertion des jeunes

### En 2014 :

- COM ANPAA BN (19 actions), COM IREPS
- 15 référents formateurs CPS en BN
- 24 projets sur l'ensemble de la région (20 projets pour la thématique « santé mentale et mal-être » et 4 projet pour la thématique « périnatalité et petite enfance ») basés sur le développement des compétences psychosociales (CPS) – co-financés par ARS de BN dans le cadre de l'AAP « Prévention/ Promotion de la Santé »

## 6 – Une surmortalité significative par suicide par rapport au niveau national



Selon le rapport de l'observatoire national du suicide (ONS) paru en 2016, **la région Normandie** demeure parmi les régions les plus touchées en termes de mortalité par suicide. Avec des taux de mortalité de 19,3 décès par suicides pour 100 000 habitants<sup>25</sup> la région se situe en troisième position des régions les plus touchées après la Bretagne et les Hauts-de-France.

Sur le plan infra régional, les départements normands sont caractérisés par de fortes disparités en termes de mortalité mais également en termes de baisse durant ces dernières années. Alors que le taux national en 2012 est de 15,3 suicides pour 100 000 habitants, les départements de la Manche (27,7/100 000 habitants), de l'Orne (26,4/100 000 habitants) et du Calvados (20,5/100 000 habitants) sont caractérisés par les taux les plus importants.

Les départements de l'Eure (16,8/100 000 habitants) et de la Seine-Maritime (14,8/100 000 habitants) présentent quant à eux des taux régionaux moins importants voire inférieurs à la moyenne nationale.

### Bilan :

- **2012** : Mise en place d'un groupe de concertation régional sur la prévention du suicide, issu de la commission de coordination des politiques publiques de la santé dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile qui se réunit environ 5 fois par an.

Ce groupe de concertation est *copiloté* par l'Agence régionale de santé (ARS) de Basse-Normandie et la Mutualité sociale agricole (MSA) et est composé de nombreux partenaires : La Caisse d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT), des représentants des centres hospitaliers autorisés en psychiatrie, le Collectif départemental de prévention du suicide de la Manche (CDPSM), le Conseil général du Calvados, le Conseil de l'ordre des médecins du Calvados, la Direction régionale de la protection judiciaire de la jeunesse (DRPJJ), la Direction interrégionale des services pénitentiaires, la Direction régionale jeunesse et sport et cohésion sociale (DRJSCS), l'Education nationale, l'Institut régional d'éducation pour la santé (IREPS), les Maisons des adolescents du Calvados, de la Manche et de l'Orne, la Mutualité Française Normandie, l'association "Vivre son deuil" et le Service universitaire de médecine préventive et de promotion de la Santé (SUMPPS).

- **2014**: Elaboration d'un plan régional d'actions contre le suicide 2015-2018

□**2015** : Financement pour la mise en œuvre à titre expérimental d'un projet de veille des suicidants Vigilans en Basse-Normandie, projet présenté en mars 2013 par le collectif départemental de prévention du suicide de la Manche.

- **2015** : 58 440 euros
- **2016** : 170 180,50 euros
- **Prévision 2017** : 170 180,50 euros

Ce projet issu d'un Programme Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC) ALGOS est actuellement en cours de déploiement et a comme objectifs de mettre en place une permanence téléphonique 24h/24 et une coordination entre la Veille Régionale et le système de soins auprès des suicidants. Il est en adéquation avec l'axe « projet de veille des suicidants » du plan national 2011-2014 :

- Constitution d'une équipe projet avec un psychiatre, un référent territorial prévention et d'autres personnes ressources
- La phase de coordination entre les différentes antennes SU et psychiatriques Vigilans, le dispositif de veille et les modalités de transmission des données médicales est en cours d'élaboration.

<sup>25</sup> 2012 : source CépiDc

Le Territoire de Santé de Rouen a intégré la démarche en 2016 suite à la fusion des régions Haute et Basse Normandie.

➤ **2013- 2016 : Poursuite de la formation au repérage de la crise suicidaire**

La formation au repérage de la crise suicidaire est développée dans la Manche depuis 2004 et dans l'ensemble de la Basse-Normandie depuis 2013.

35 formateurs sont formés en Basse-Normandie. Des sessions de formation des acteurs de première ligne au repérage et l'intervention de la crise suicidaire sont organisées régulièrement.

➤ **Depuis 2013 :**

Un axe de travail en direction du milieu pénitentiaire est développé avec la formation annuelle du personnel de santé intervenant en milieu pénitentiaire en même temps que le personnel pénitentiaire avec une mutualisation des financements entre la Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires de Bretagne, Pays de la Loire et Basse-Normandie.

➤ **Début 2015 :** Mise en ligne d'un onglet « prévention du suicide » sur le site internet Basse-Normandie santé

Cet onglet qui s'adresse à la population générale est conçu pour donner rapidement accès à des informations pratiques.

Il donne également accès à une base documentaire et à des liens vers des sites de référence.





## VOLET PSYCHIATRIE - SANTE MENTALE

### PERSPECTIVES



## Perspectives

- 1** – Structurer les modalités de coordination et de coopération entre acteurs au niveau territorial, afin d'améliorer la continuité des prises en charge et la fluidité des parcours entre les secteurs sanitaire et médico-social et éviter les ruptures.
- 2** - Engager *une réflexion sur le développement des compétences nécessaires à l'exercice infirmier en santé mentale* en lien avec les professionnels et leurs représentants, ainsi qu'une réflexion sur le rôle renforcé des psychologues cliniciens, dans le strict respect des prérogatives des psychiatres et celui, *central*, des assistants sociaux dans l'accompagnement des malades souvent isolés et démunis.
- 3** – Poursuivre la construction d'alternatives aux hospitalisations inadéquates et souvent prolongées en psychiatrie
- 4** – Dans le cadre du projet territorial de santé mentale (PTSM), rendre lisible les modalités de réponses aux urgences psychiatriques
- 5** - Encourager le développement de la télémédecine
- 6** - En perspective, la mise en place de la coordination organisée en proximité autour de la psychiatrie de secteur, d'une coordination de deuxième niveau dénommée "projet territorial de santé mentale", avec des « communautés psychiatriques de territoire » pourrait questionner de nouveau le découpage des secteurs de psychiatrie générale, avec une recherche de cohérence notamment avec les conseils locaux en santé mentale.



VOLET

Addictologie



SROS

## Volet addictologie



# SROS

## Préambule

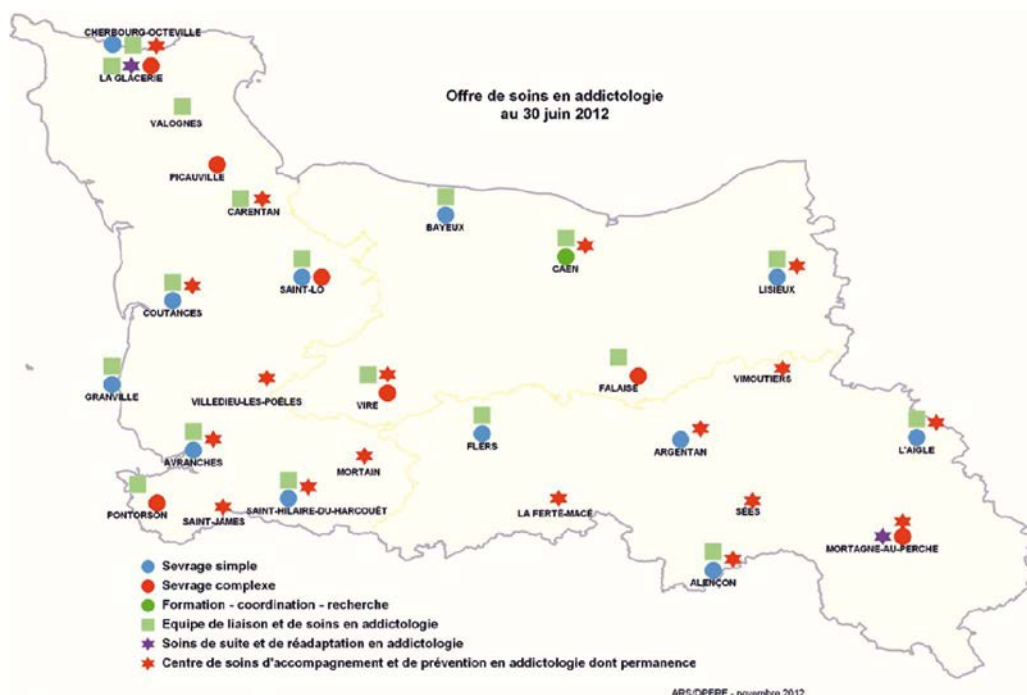
En 2012, la Basse-Normandie est au premier rang des régions pour le taux des accidents corporels en lien avec l'alcool (15,7% vs 10,2%).

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).

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 en 2012, 6 départs de médecins à la retraite dans les 5 années à venir.



Les données épidémiologiques récentes des conduites addictives en Basse Normandie sont préoccupantes, en particulier l'usage d'alcool et de tabac chez les jeunes :

- la consommation régulière d'alcool à 17 ans en 2014 en BN est supérieure à la moyenne nationale (Enquête ESCAPAD-OFDT 2015 : 17% en BN vs. 12.3% en France, positionnant la BN parmi les 5 régions présentant les taux les plus élevés), tout comme les ivresses alcooliques répétées ( $\geq 3$  / mois) en 2014 à 17 ans en 2014 (Enquête ESCAPAD-OFDT 2015: 30% en BN vs. 25% en France, positionnant la BN en 4e position nationale),

-l'usage quotidien de tabac à 17 ans en 2014 en BN est aussi supérieur à la moyenne nationale (Enquête ESCAPAD-OFDT 2015 : 37% en BN vs. 32.4% en France métropolitaine, positionnant la BN parmi les 5 régions présentant les taux les plus élevés), tout comme l'usage quotidien de tabac à 15-75 ans en 2010 (enquête Baromètre santé 2010 : 31.6 % en BN vs. 29.1% en France métropolitaine, positionnant la BN parmi les 5 régions présentant les taux les plus élevés),

Les mortalités évitables imputables à l'alcool et au tabac sont significativement plus fréquentes en BN que dans le reste de la France.

Concernant les autres substances psychoactives, l'usage ne diffère pas significativement du reste de la France. Néanmoins il est à noter que le département de la Manche présente une particularité saillante, dépourvu de CAARUD (Centre d'Accueil et 170 d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogues), il est le 1er département français métropolitain bénéficiaire de l'envoi postal de matériel de RDR mené par l'association SAFE.

# Principaux constats en 2013



## Principaux constats

- 1. Réduire les consommations d'alcool à risque chez les plus de 15 ans notamment pour les populations en situation de précarité**
  - a. 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
  - b. Il est important de pouvoir repérer précocement les consommations excessives d'alcool notamment auprès des plus jeunes
  - c. La transmission d'information entre professionnels de santé, de la justice, du social et de la santé au travail est à améliorer
- 2. Prise en charge globale coordonnée des personnes**
  - a. 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
- 3. Homogénéité de la qualité /Proximité**
  - a. Une organisation au niveau des territoires, des coopérations avec les partenaires sociaux et médicosociaux 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
  - b. 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
- 4. Continuité des prises en charge**
  - a. 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
  - b. 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
- 5. Cohérence et lisibilité (protocolisation)**
  - a. Des coopérations existent entre les différentes structures de soins, néanmoins, elles sont généralement non formalisées
  - b. 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
- 6. Adaptation des compétences**
  - a. 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
  - b. 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
  - c. 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.

# 1 – Réduire les consommations d'alcool à risque chez les plus de 15 ans notamment pour les populations en situation de précarité



## Bilan

- a. 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

### Objectifs opérationnels :

- 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)

**Indicateur cible** du SROS : Existence d'un guide de bonnes pratiques sur l'accueil des personnes en situation d'intoxication alcoolique aiguë aux urgences :

- A Flers : pour les mineurs alcoolisés, un protocole d'hospitalisation de 48 h pédiatrie a été institué, en partenariat avec l'équipe ELSA. A ce stade, nous n'avons pas la connaissance d'autres protocoles en BN de prise en charge addictologique en situation de crise aux urgences.
- Existence d'un guide national « Prise en charge des urgences en contexte addictologique » du RESPADD 2016 diffusé aux opérateurs bas normands de l'addictologie qui relaient à leur tour à leur réseau.

- b. Il est important de pouvoir repérer précocement les consommations excessives d'alcool notamment auprès des plus jeunes

**Objectif opérationnel** : 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.

**Indicateur cible du SROS** : Ø

De 2013 à 2016, des formations ont été réalisées par l'ANPAA BN avec pour objectifs le **RPIB** et une **base « éthique »** dans plusieurs formations.

### En 2013 :

ADSEAM ST LO : 30 professionnels « les pratiques addictives » (éducation spécialisée)

ARKEMA : 12 cadres « repérer ou identifier » (soutien à l'encadrement)

Groupement de Coopération Sanitaire Bayeux : 12 professionnels (réseau du Bessin)

Lycée Maritime de Cherbourg : 15 enseignants

### En 2014 :

Lycée Michelet, Lisieux : 15 enseignants

Groupement de Coopération sanitaire de Bayeux : 15 professionnels (réseau de santé du Bessin)

Collège Jacques Prévert de Coutances : 12 enseignants

Rectorat : 60 personnels de l'éducation nationale sur les risques psychosociaux.

### En 2015 :

Groupement de Coopération sanitaire de Bayeux : 15 enseignants

Turbo Mecca : 10 managers

Rectorat : Santé au travail du 6 janvier 2015

Médecins généralistes : Un groupe de médecins ont bénéficié d'une formation « baclofène et addiction » (animée par Ch. Burri)

### En 2016

Conseil départemental du Calvados : 20 managers

Lycée Curie de St Lô : 12 enseignants

Defi Acsea Insertion : 10 professionnels (éducation spécialisée)

Turbo Mecca : 6 managers

Le Dr LEBOCEY de l'ANPAA BN est formateur RPIB et a développé des formations auprès des MG en BN. L'ANPAA BN en partenariat avec le CHEM a obtenu le label DPC en 2016 pour développer ce type d'actions. Le projet intègre également le développement de la formation RPIB en e-learning.

Une autre formation pour les MG est fixée le 16 novembre 2016 (animée par L. Lebocey et M. Gatier)

Le SUMPPS a récemment sollicité l'ANPAA BN pour une demande de formation.

#### **Autres types de formations de repérage / intervention**

- Formation au **repérage du syndrome d'alcoolisation fœtale** par l'ANPAA BN sur L'Aigle en 2015 puis sur Mortagne en 2016
- En 2015, six journées de sensibilisation à la prévention et à l'éducation pour la santé co-organisées par l'ANPAA avec la MADO, l'IREPS, la DDCS et la gendarmerie auprès des acteurs en charge de la jeunesse, suivies de 2 demi-journées sur la prise en charge des conduites à risque chez les jeunes sur le département de la Manche.
- Développement de **l'intervention précoce**

Mise en place de deux sessions de formations « théoriques » interrégionale haute et basse Normandie en 2015 des professionnels des CJC à l'intervention précoce (16 professionnels formés à l'intervention précoce en BN et 10 en HN en 2015).

#### **c. La transmission d'information entre professionnels de santé, de la justice, du social et de la santé au travail est à améliorer**

##### **Objectifs opérationnels :**

- 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 » :
  - a. Existence d'un guide de prévention et la prise en charge des consommations d'alcool et de cannabis dans le monde du travail : non
  - b. Fiche de transmission avec l'accord du patient dans le cadre d'une charte interprofessionnelle : ?

##### **Indicateur cible du SROS : Ø**

L'ANPAA BN a organisé le 14 juin 2016 une journée régionale sur la prévention des conduites à risque « Alcool, Cannabis...Quelle gestion en milieu du travail ? » (173 participants, 97 questionnaires - 40% santé au travail, 15% encadrement, 13% service social, 10% insertion, 9% prévention au travail, 10% divers). Une construction de formation est en cours avec la PST.

#### **Perspectives**

- Poursuivre le développement des 4 types de formations au repérage précoce selon le public :
  - Développer le Repérage précoce et conduite à tenir/orientation ad hoc par les CSAPA compétents
  - Développer la formation et l'application des méthodes de Repérage précoce, intervention brève (RPIB)
  - Poursuivre la formation de l'intervention précoce adaptée aux besoins des acteurs CJC suite à la première session de 2015 : automne 2016 : phase 2 de la formation de l'intervention précoce (formation « méthodologique » sur la mise en œuvre de l'IP qui aborderait les questions de l'inscription d'un dispositif territorial, de l'articulation prévention/IP/CJC, des acteurs locaux... La dynamique de fond étant le décloisonnement prévention-prise en charge et en particulier CSAPA)
  - Développer la formation au repérage du syndrome d'alcoolisation fœtale
- Déployer des « pôles compétents en addictologie » en s'appuyant sur les CSAPA, pivot de l'addictologie sur un territoire et en s'inspirant des Pôles de prévention compétents en addictologie de l'ex HN.
- Définir un cadre d'intervention
  - Mise en place d'un référentiel régional des coûts de l'intervention en prévention des addictions;
  - Elaboration de référentiels et guides de bonnes pratiques (sous l'égide de l'IREPS HN)
- Structurer la démarche liant prévention et intervention précoce dans le cadre de projets de longs termes et cohérents sur un territoire e.g. l'accompagnement de la mise en place de CESC inter établissements en milieu scolaire.
- Structurer la démarche la prévention et la prise en charge des conduites addictives dans le monde du travail.

## 2 – Prise en charge globale coordonnée des personnes



### Bilan

- a. **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**

#### Indicateurs cibles du SROS :

- Existence d'un guide régional de bonne pratique / Procédure multi partenariale pour la prise en charge, l'orientation des intoxications éthyliques aiguës : **non**.
- Existence d'un guide de l'usage du réseau d'addictologie : **non**.
- Nombre d'actions de prévention mises en œuvre sur le développement des compétences psychosociales des jeunes : 22 en 2015
- 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 : ?

#### DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES PSYCHO-SOCIALES

Des actions sur les compétences psychosociales des jeunes ont été mises en place notamment en lien avec l'Education Nationale, les secteurs de la protection de l'enfance, du médico-social et de l'insertion des jeunes

##### Mise en œuvre des objectifs par le PRC

- Développer la formation des formateurs : 5 formateurs régionaux, 6 formateurs départementaux (3 dans 50, 2 dans 61 et 1 dans 14), 7 formateurs territoriaux (7 référents territoriaux)
- 1 formation par département "Renforcer les compétences psychosociales : de l'intention à l'animation auprès des publics" participant à la mise en réseau des acteurs 2014-2015 : Formation de formateurs relais : 19 acteurs de première ligne formés en 2014, 26 (-1 référente territoriale) en 2015
- Privilégier l'approche basée sur le développement des compétences psychosociales dans la démarche de prévention : 22 actions d'accompagnement en 2015-2016
- Communication : site internet PRC (ressources documentaires, outils d'intervention, formations disponibles, cartographie des formateurs et des conseillers et liste des actions) ;

##### Démarche intégrée dans le COM de l'ANPAA

- Conseil méthodologique dans la démarche projet au service du développement des CPS
- Co-animation de séquences de développement des CPS en milieu scolaire

##### Mise en œuvre du programme Soutien Famille Parentalité (PSFP)

Débuté sur la communauté de communes de l'Aigle en 2016

#### Autres indicateurs cibles du SROS :

- Nombre d'outils commun de prévention : ?
- Nombre de protocoles de soins prévoyant l'intégration de la cellule familiale dans les structures d'addictologie : ?

#### En milieu pénitentiaire

Des CSAPA référents pour chaque établissement pénitentiaire pour garantir l'accompagnement et les soins addictologiques en prison et à la sortie.

| CSAPA Référent   | établissement pénitentiaire              | Localisation de l'établissement pénitentiaire |
|--|--|---|
| CSAPA Presqu'île (Fondation Bon Sauveur de Picauville) | Maison d'arrêt de Cherbourg              | Cherbourg                                     |
| CSAPA Presqu'île (Fondation Bon Sauveur de Picauville) | Maison d'arrêt de Coutances              | Coutances                                     |
| CSAPA de l'ANPAA 61                                    | Centre de Détention d'Argentan           | Argentan                                      |
| CSAPA de l'ANPAA 61                                    | Centre Pénitentiaire de Condé sur Sarthe | Condé sur Sarthe                              |
| CSAPA de l'ANPAA 14                                    | Centre Pénitentiaire de Caen             | Caen  |
| CSAPA de l'ANPAA 14                                    | Maison d'Arrêt de Caen                   | Caen  |

Dans le cadre de l'APP PPS, crédit médico-sociaux ou COM ANPAA

- 2 projets au CD d'Argentan : « aide et accompagnement des détenus en fin de peine au CD d'Argentan », Alcool Assistance, et «



prévenir et réduire les risques en milieu carcéral », Drog'Aide 61,

- 1 projet au CP Alençon Condé sur Sarthe : « promotion de la santé en milieu pénitentiaire », CHIC Alençon Mame
- 1 projet au Centre pénitentiaire de Caen : « déplacements et interventions envers les malades alcooliques et n milieu carcéral », mouvement vie libre 14,
- 3 projets en MA et CP Caen : « addiction en milieu carcéral », ANPAA, « santé sophrologie et bien-être des personnes privées de liberté », CHU de Caen, « Aide et Accompagnement à l'arrêt au tabac », CHU Caen,
- 1 projet à la MA Coutances : "La prison, un temps de réflexion sur l'addiction", CH Coutances

Soutien et accompagnement au Projet Mildeca Basse Normandie 2015 porté par La Ligue de l'enseignement de BN II s'agit de mobiliser et d'encourager les personnes détenues dans leur démarche de désintoxication et de prévenir la récurrence.

## Perspectives

- Définir une stratégie régionale sur la base du diagnostic des besoins et des ressources pour s'assurer que les ressources couvrent les besoins du territoire
- Développer la qualité des programmes d'action :
  - Evaluer les actions / programmes d'actions (qui s'affichent) basées sur le développement des CPS
  - Poursuite du déploiement des programmes de prévention qui ont prouvé leur efficacité (e.g PSFP)
  - Passer de l'information sur les risques à une démarche de promotion de la santé / parcours de santé (e.g. en milieu scolaire s'inscrire prioritairement dans la démarche CESCO)

## 3 – Homogénéité de la qualité /Proximité

### Bilan

- a. **Une organisation au niveau des territoires, des coopérations avec les partenaires sociaux et médicosociaux 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 BN 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

#### Objectifs opérationnels :

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

**Indicateur cible** du SROS : 100% des établissements autorisés à la médecine d'urgence ont accès à une prise en charge organisée de niveau 1 : ?

- b. En BN, 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.

#### Objectifs opérationnels :

- 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

**Indicateurs cibles** du SROS :

- 100 % des structures de niveau 2 sont identifiées par avenant dans les CPOM :
  - 5 centres de rééducation SSR polyvalent à orientation addictologie : Saint-Lô de la FBS Picauville (qui a repris la glacerie), Mortagne-au-Perche, Pontorson, Vire, centre Bocquet du CHICAM sur le site de Mamers (région Pays de la Loire) et Falaise qui sera labellisée niveau 2 dans l'attente d'une formation en addictologie d'un des médecin (Reconnaissance contractuelle

de niveau 2 : CHICAM validé en 2015, CH de Vire validé en 2016, CH de Falaise en cours dans l'attente (DU d'addictologie d'un des médecins de l'unité d'addictologie).

- Nombre de places d'HDJ et d'HTP développées : ?
- Nombre de parcours pédagogiques collectifs dans le cadre de l'obligation de soins : ?



#### Intégration dans les contrats locaux de santé (CLS) signés ou en cours d'élaboration :

- CLS d'Argentan : axe sur la thématique globale addicto
- CLS de l'Aigle : mise en place d'un GT sur le développement d'un réseau addicto
- CLS de Mortagne : axe sur la thématique globale addicto
- CLS de Cherbourg : axe sur la thématique globale addicto
- CLS de Caen : axe addiction à envisager dans le CLSM

Identification d'un référent addictions parmi les référents territoriaux : référente territoriale de L'Aigle.

### Perspectives

- Garantir un maillage du territoire normand de l'offre en addictologie de proximité
  - Revue des filières hospitalières d'addictologie et Poursuite de la labellisation des structures de niveaux 2 et 3 sur la région Normandie
  - Revue des réseaux de santé en addictologie (réponse équilibrée sur le territoire régional, réponse aux attentes de l'ARS)
  - Développer les partenariats entre court séjour et SSR et entre dispositifs hospitaliers et médico-sociaux d'addictologie

## 4 – Continuité des prises en charge

### Bilan

- a. On constate des **difficultés pour la prise en charge des patients souffrant d'addictions en 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.

**Objectif opérationnel** : Chaque territoire de santé doit être doté d'au moins un SSR addictologie

**Indicateur cible du SROS** : Existence d'au moins un SSR addictologie par territoire : ? (14 ?)

- b. 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

EN 2013 : 6 CSAPA (3 dans le 14 ; 2 dans le 50 ; 1 dans le 61) – 2 CAARUD (1 dans le 14 ; 1 dans le 61)

**Objectif opérationnel** : Maintenir les sites actuels des CSAPA et CAARUD

**Indicateurs cibles du SROS** :

- Nombre de CSAPA à échéance  $\geq$  au nombre de CSAPA actuel : **OUI**
- Nombre de CAARUD à échéance  $\geq$  au nombre de CAARUD actuel : **OUI (+ 1 dans le 50 en 2017)**

Renforcer le maillage territorial des dispositifs addictologiques afin de garantir l'accès aux accompagnements médico-sociaux en addictologie :

- création d'une équipe mobile CAARUD de Caen sur le 14 en 2015 : maraudes sur Caen, permanences délocalisées (Bayeux en 2015, Vire et Lisieux en 2016), permanences aux festivals du 14.

### Perspectives

- Structuration de la thématique « pratiques addictives » par une approche parcours de la prévention aux soins, en passant par RDR
- Revue des SSR addictologie

- Création d'un CAARUD dans la Manche et de CJC pour mailler l'ensemble du territoire bas normand
- Développer des CSAPAs référents par territoire, pivot de ce parcours en intégrant dans la mission des CSAPAs celle (addictologie, en cohérence avec les nouveaux territoires de proximité et en lien étroit avec notamment la santé mentale et psychiatrie), la périnatalité, la santé des jeunes et la cancérologie.



## 5 – Cohérence et lisibilité (protocolisation)

### Bilan

- a. **Des coopérations existent entre les différentes structures de soins, néanmoins, elles sont généralement non formalisées**

#### Objectifs opérationnels :

- Promouvoir les conventionnements entre les différentes structures d'addictologie
- Développer les passerelles entre les services d'addictologie et de psychiatrie
- 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

#### Indicateurs cibles du SROS :

- Nombre de conventions signées entre des structures d'addictologie : ?

| Nom du CSAPA  | Nb de conventions signées au 1 <sup>er</sup> janvier 2016 avec structures : |                 |          |             |
|---|---|-----------------|----------|-------------|
|   | Sanitaires  | médico-sociales | sociales | judiciaires |
| CSAPA de Cherbourg Presqu'île (Fondation Bon Sauveur de Picauville) | 2   | 0               | 0        | 2           |
| CSAPA ESI 14  | 6   | 1               | 0        | 2           |
| CSAPA EPSM Caen   | 2   | 2               | 0        | 0           |
| CSAPA d'Alençon de l'ANPAA 61                                       | 2   | 0               | 1        | 0           |
| CSAPA de Caen de l'ANPAA 14   | 1   | 0               | 1        | 1           |
| CSAPA Avranches-Granville ANPAA 50                                  | 0   | 4               | 0        | 2           |

La signature de conventions entre CSAPA et diverses structures de leurs territoires, gage de pérennisation du travail partenarial en réseau et donc d'une continuité dans le parcours en addictologie.

- Rapport d'activité du comité de suivi des addictions : pas de RA

#### Mise en place d'une commission régionale de concertation de prévention des conduites addictives en 2015

Co-pilotée ANPAA – ARS-DSP, instance régionale multidisciplinaire permettant de développer une politique régionale de prévention des addictions (objectifs opérationnels : états des lieux et élaboration d'un plan d'actions régional). En 2015, un groupe de concertation régionale sur la prévention des conduites addictives, copiloté ANPAA- ARS, s'est mis en place et s'est élargi à des acteurs du domaine. En 2015, les partenaires membres actifs de ce groupe de concertation sont : MSA Côtes Normandes, MSA Mayenne-Orne-Sarthe, Education Nationale, SUMPPS, DREAL Basse-Normandie, DRJSCS, DTPJJ, Conseil Général du Calvados, les Maisons des Adolescents de la Manche, IREPS, DISP, CHU de Caen, CH de Flers, la référente territoriale en prévention du CH de L'Aigle, IRTS, Université Caen Normandie, ACJM, CREA-ORS, URML, ARML, Mutualité Française, CIDOI, RSI BN.

Trois COPIL départementaux relaient les travaux dans les départements (Manche depuis 2008, Orne et Calvados réunis

2 fois en 2015). Lors de la séance du 17/12/2015, deux objectifs prioritaires ont été définis en concertation :

- Développer et appliquer des outils communs de prévention qui ont prouvé leur efficacité dont le développement des CPS, et la communication adaptée aux publics ciblés
- Développer la coordination intra- et inter- acteurs et professionnels dont l'articulation des actions de la santé et de la justice, des professionnels de santé et du médico-social

Et 2 objectifs transversaux :

- Soutenir la recherche (projet de prévention des conduites addictives à l'université)
- Développer l'observation via la plateforme d'observation du CRCOM3S (état des lieux et cartographie des acteurs et des actions).

- b. **Absence de labellisation ou d'agrément pour les structures de niveau 2. Le guide méthodologie de cont MIGAC détermine une composition type d'une consultation hospitalière d'addictologie et d'une Equipe H en Addictologie**

**Objectif opérationnel :** Pour les structures de niveau 2, flécher et identifier les postes d'addictologie

**Indicateurs cibles du SROS :** Nombre de postes d'addictologie identifiés dans les niveaux 2 : ?

#### Développement de la communication auprès des effecteurs et des usagers

- Création du site ANPAA Basse Normandie en 2016 <http://www.anpaa-bn.fr/>
- Trois journées régionales sur la prévention des conduites à risque « l'addiction, quelle prévention, quels acteurs ? » en 2013, « les adolescents en mutation » en 2015, une journée régionale sur la prévention des conduites à risque « Alcool, Cannabis...Quelle gestion en milieu du travail » 14 juin 2016
- Actions de sensibilisation ESI 14 et l'ANPAA.

### Perspectives

- En 2016, le nouveau cadre régional implique une révision des modalités d'animation du dispositif régional de prévention des addictions autour des axes de réflexion suivants :
- Mise en place par l'ARS d'une commission régionale d'addictologie couvrant les 5 départements normands et concernant l'ensemble des champs de la thématique (prévention, réduction des risques, accompagnement et soins...) pour parvenir à une stratégie commune et un programme de travail régional en 2017 (2 réunions en 2016 : le 26 février, 6 juillet) ;
- Dans ce cadre, structuration d'une sous-commission dédiée à la prévention (réunion le 4 mai 2016).
- Dans cette perspective, les travaux engagés par la commission de concertation de prévention des conduites addictives de Basse-Normandie se poursuivent en 2016. Cependant, ils intègrent une réflexion élargie à l'ensemble des départements normands qui doit assurer progressivement la cohérence des différentes actions, la complémentarité des dynamiques en cours et la capitalisation des expériences locales.
- Harmoniser le fonctionnement / Mildeca : en 2016, appel à projets commun ARS – MILDECA.

## 6 – Adaptation des compétences

### Bilan

- a. **La réponse à la méthode du RPIB passe par des actions de formation auprès de la médecine de ville, au personnel des établissements de santé et des acteurs sociaux**

**Objectif opérationnel :**

- 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

**Indicateur cible du SROS :** Nombre de formations aux méthodes RPIB : cf. 1

- b. **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**

**Objectif opérationnel :**

- Dans les formations médicales, paramédicales et sociales, intégrer une formation sur les pratiques du réseau en addictologie du bassin de vie

**Indicateur cible du SROS :** Nombre de formation intégrant les pratiques du réseau en addictologie/bassin de vie : ?

- c. **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.**

**Objectifs opérationnels :**

- 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
- 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
- Promouvoir les stages des internes en médecine générale et de spécialité dans les services d'addictologie et favoriser la culture addictologique chez les internes.

**Indicateurs cibles du SROS :**

- Nombre de postes identifiés occupés par des titulaires d'un DU : ?
- % d'addictologues sur un poste identifié ayant participé à une formation sur la crise suicidaire : ?
- Nombre de formations intégrant une sensibilisation à la prise en compte de la cellule familiale : ?
- Nombre de stages d'internes en service d'addictologie : ?

## Perspectives

Cf. perspectives chapitre 1.

- Etat des lieux des professionnels de santé diplômés en addictologie : médicaux et paramédicaux hospitaliers et libéraux
- Formation initiale et continue en addictologie à promouvoir, en particulier auprès des médecins

VOLET

Soins aux détenus



SROS



## Préambule

Depuis 20 ans, les modalités de prise en charge de la santé des personnes détenues ont connu des évolutions majeures. La réforme du système des soins en milieu pénitentiaire, initiée par la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, a confié au service public hospitalier l'ensemble de ces prises en charge.

Les personnes placées sous-main de justice doivent bénéficier de la même qualité et continuité des soins que la population générale. Ce principe a été réaffirmé dans la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 et dans le plan d'action stratégique 2010 – 2014 pour une politique de santé des personnes placées sous-main de justice.

Les personnes détenues représentent une population cumulant de nombreux facteurs de risque. Elle est caractérisée par une surreprésentation des catégories sociales les plus démunies et dont le niveau éducatif est le moins élevé. De plus, elle avait un faible recours au système sanitaire avant l'incarcération.

L'état de santé de la population des personnes détenues est particulièrement préoccupant. De manière générale, la population pénale se caractérise par une prévalence des infections par le VIH et/ou le VHC, une incidence de la tuberculose 8 à 10 fois supérieure à l'incidence nationale, une mortalité par suicide très élevée, une consommation importante de substances psycho actives (tabac, alcool, drogues, traitements psychotropes). Des troubles mentaux majeurs quatre fois plus fréquents, et un taux de suicide six fois plus élevé, qu'en population générale ; 25 % des entrants en prison déclarent une consommation d'au moins deux substances psychotropes, 30 % une consommation excessive d'alcool ; un nombre de personnes porteuses de l'infection par le VIH de 2,02 % contre 0,23% en population générale, un nombre de personnes porteuses l'hépatite C de 4,80 % contre 0,84%. Cette population jeune, mais vieillissante pose toutefois et de plus en plus, le problème de la prise en charge des maladies chroniques, des handicaps et de la dépendance.

En Basse Normandie, la prise en charge des personnes détenues est réalisée au sein des unités sanitaires des six établissements pénitentiaires que sont la maison d'arrêt de Caen, le centre de détention de Caen (14), le centre de détention d'Argentan (61), le centre pénitentiaire d'Alençon Condé sur Sarthe (61), la maison d'arrêt de Cherbourg (50) et la maison d'arrêt de Coutances (50). L'organisation des soins s'appuie sur une conception globale de la santé, dans ses aspects somatiques, psychiatriques, de prévention et d'éducation à la santé dans un continuum de soins. Les soins somatiques sont assurés par les équipes du CHU de Caen (14), du CH d'Argentan, du CHIC Alençon-Mamers (61), du CH du Cotentin (50), du CH de Coutances (50) ; Les soins psychiatriques, par l'EPSM de Caen (14), le Centre Psychothérapique de l'Orne (61) et le CHS du Bon Sauveur (50).

La prise en charge de cette population et son amélioration nécessitent non seulement la prise en compte de leur situation sanitaire particulière mais également la nécessité d'intégrer le contexte du monde carcéral et ses contraintes.

Aussi, le SROS « soins aux personnes détenues », a-t-il été élaboré avec les 181 établissements de santé en partenariat avec les établissements pénitentiaires.



## nes détenues Principaux constats au moment de l'élaboration du SROS/PRS 2013-2018

### Principaux constats

**1 - Le dispositif d'offre de soins somatiques et l'accès aux consultations spécialisées nécessitent d'être optimisés** selon les lieux de détention car il existe des disparités entre les effectifs médicaux et paramédicaux, les taux d'équipement, ainsi que des difficultés de recrutement pour certaines structures.

**2 - L'offre des soins psychiatriques est non diversifiée et les conditions d'hospitalisation** des personnes détenues en psychiatrie demandent à être améliorées et réorganisées.

**3 - La prise en charge des auteurs d'infraction à caractère sexuel demande à être mieux structurée en détention et hors détention** car les conditions de prise en charge en détention et de suivi sont mal organisées

**4 - Les programmes de prévention et d'éducation pour la santé et de prises en charge des conduites addictives** ainsi que les modalités de leur mise en œuvre sont insuffisamment lisibles pour l'ensemble des acteurs

**5 - L'efficacité de l'offre de soins exige d'être améliorée** car les unités sanitaires et le SMPR ne sont pas dotés d'outils informatiques compatibles de façon globale et l'accès aux soins par la télémédecine n'y est pas développé.

**6 - La prise en charge sanitaire des personnes détenues est à optimiser** par la poursuite d'une coordination entre les acteurs et avec l'administration pénitentiaire



# 1 - Le dispositif de soins somatiques et l'accès aux consultations spécialisées nécessitent d'être optimisées



Les soins somatiques sont assurés par les unités sanitaires dans chaque établissement pénitentiaire par les médecins et les infirmiers de ces unités qui assurent les consultations d'entrants, de suivi et les consultations de sortants.

## Les hospitalisations en Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO)

Les hospitalisations pour soins somatiques sont réalisées dans les chambres sécurisées des centres hospitaliers de rattachement pour les séjours de moins de 48 heures et dans l'Unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) de Rennes pour les séjours plus longs.

Elles nécessitent une garde statique 24h sur 24 qui mobilise en permanence deux officiers de police. Mais, il est difficile de prévoir la durée de l'hospitalisation en cas d'urgence et un transfert en UHSI n'est pas toujours possible.

Les hospitalisations des personnes détenues se font en chambres sécurisées sur les établissements de santé de référence. Les besoins régionaux ont été estimés à 8 chambres :

- 2 chambres sécurisées ont été réalisées et mise aux normes sur le CHU de Caen
- 1 chambre sécurisée a été réhabilitée et mise aux normes sur le CH Coutances
- 1 chambre sécurisée a été réhabilitée et mise aux normes sur le CH Cotentin
  - 2 chambres sécurisées ont été réalisées et mise aux normes sur le CHIC Alençon Mamers
- 2 chambres sécurisées sont à remettre aux normes sur le CH d'Argentan

Pour toute la région, 6 chambres sécurisées sont conformes.

Au CHU de Caen, les 2 chambres carcérales sont situées au 16-20 (néphrologie) et afin d'améliorer les transferts vers l'UHSI, il a été convenu d'un commun accord avec l'ARS de réécrire la procédure en lien avec les médecins soignants de néphrologie. Un travail de pédagogie doit être engagé avec les services de police. Le taux d'occupation est de 25 %. Les néphrologues suivent et s'assurent que les prescriptions sont suivies mais les traitements psychiatriques peuvent engendrer quelques difficultés pour les hébergés. Auparavant, deux gardiens assuraient une garde statique devant la chambre de la personne détenue. Actuellement, ils assurent une **garde alternée**. Devant cette situation, certains soignants veulent faire valoir leur droit de retrait.

**Novembre 2012** : Rattachement de la Normandie occidentale à l'Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale (UHSI) de Rennes à l'hôpital régional de Pontchaillou à Rennes.

Cette unité interrégionale, localisée au sein du CHU de Rennes, comporte 19 lits ; elle est à la disposition de la Bretagne, des Pays de La Loire et de la Basse-Normandie, pour des hospitalisations excédant la courte durée, de plus de 48 h (ex : opérations chirurgicales programmées, etc).

## Concernant la permanence des soins,

Le travail sur la réécriture de tous les protocoles suite à la parution du guide méthodologique en octobre 2012, a permis de revoir l'ensemble des modalités d'organisation avec le centre 15 et les établissements de santé.

**Etablissements<sup>26</sup> de santé rattachés aux établissements pénitentiaires et  
nombre de chambres sécurisés**

| Nom établissement         | Etablissements de santé de référence MCO | Nombre de chambres sécurisées |
|---------------------------|--|-------------------------------|
| MA Caen                   | CHU Caen                                 | 2                             |
| CD Caen                   |  |                               |
| MA Cherbourg              | CH du Cotentin                           | 1                             |
| MA Coutances              | CH de Coutances                          | 1                             |
| CD d'Argentan             | CH d'Argentan                            | 2 NC                          |
| MC Alençon Condé S/Sarthe | CHIC Alençon-Mamers                      | 2                             |
| 14 - 61 - 50              | <b>UHSI Rennes</b>                       | <b>8</b>                      |

---

<sup>26</sup> Source : Bilan de l'offre de soins – BN 2015

## 2 - L'offre de soins psychiatriques doit être diversifiée et les conditions d'hospitalisation améliorées



### L'offre de soins gradués a été renforcée

Des séances en activité de groupe (CATTP) sont mises en place à la maison d'arrêt de Caen, au centre pénitentiaire de Caen et à la maison d'arrêt de Coutances.

**2015-2016** : Mise en œuvre d'un CATTP dans le département de la Manche (maison d'arrêt de Coutances qui s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre du plan d'action stratégique 2010 – 2014 relatif à la politique de santé pour les personnes placées sous-main de justice et notamment la mesure 9 : « réorganiser le dispositif d'offre de soins en santé mentale ». Ces financements correspondent à la mesure 9-1 : améliorer l'organisation des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire par la définition d'une offre de soins graduée.

Pour la maison d'arrêt de Cherbourg, la mise en place de l'activité de groupe en psychiatrie projets n'est actuellement pas réalisable en raison de l'absence de locaux.

Pour le centre de détention d'Argentan, la mise en œuvre dans le volet « soins aux détenus » du projet médico-soignant du Centre Psychothérapique de l'Orne sera possible avec la construction de nouveaux locaux à Argentan.

### Les conditions d'hospitalisation en psychiatrie

Les hospitalisations en psychiatrie sont réalisées soit sur les hôpitaux de jour des SMPR, soit en hospitalisation complète sans consentement sur les services de psychiatrie des hôpitaux de rattachement, soit sur l'UHSA (unités hospitalières Spécialement Aménagées) de Rennes.

Le dispositif d'admission en UHSA et les procédures administratives nécessaires à une hospitalisation psychiatrique sous contrainte sur décision du représentant de l'Etat nécessitent en moyenne un délai d'environ 10 jours, similaire à la moyenne nationale.

**2013** : Ouverture de l'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA) de Rennes qui a permis de renforcer l'offre de lits d'hospitalisation et notamment d'accueillir des patients avec consentement. L'UHSA de Rennes avec une capacité de 40 lits prévus à terme, couvre les besoins d'hospitalisation complète de l'inter-région ouest (Bretagne, Pays-de-la-Loire et ex-Basse Normandie).

**Mai 2016** : l'UHSA fonctionne avec les 40 lits prévus.

La problématique de la réponse aux troubles psychiatriques et/ou psychologiques (la prise en charge des pathologies psychiatriques avérées, mais aussi la prise en charge de détenus présentant en détention des troubles du comportement non directement psychiatriques) en milieu pénitentiaire se pose avec une intensité particulière au centre de détention de Condé sur Sarthe compte tenu de la spécificité de la population pénale. Cette prise en charge est essentiellement assurée par les équipes hospitalières (les infirmiers, les médecins psychiatres et les psychologues) avec un temps de présence qui reste insuffisant pour prendre en charge les détenus qui le nécessitent. Toutefois, selon le rapport annuel d'activité 2014, le délai d'accès à une consultation médicale au sein de l'unité sanitaire de l'établissement est inférieur à 1 jour en cas d'urgence psychiatrique.

**Etablissements<sup>27</sup> de santé ayant une activité de psychiatrie rattachés aux établissements énitentiaires**

| Nom établissement         | Etablissements de santé de référence en psychiatrie | SMPR | Hôpital de jour                |
|---------------------------|---|------|--------------------------------|
| MA Caen                   | EPSM Caen   | SMPR | HDJ 6 places sur le CD de Caen |
| CD Caen                   |   |      |                                |
| MA Cherbourg              | CHS du Bon Sauveur                                  |      |                                |
| MA Coutances              | CHS du Bon Sauveur                                  |      |                                |
| CD d'Argentan             | Centre psychothérapique de l'Orne                   |      |                                |
| MC Alençon Condé S/Sarthe | Centre psychothérapique de l'Orne                   |      |                                |
| 14 - 61 - 50              | UHSA Rennes<br>UMD Plouguernevel                    |      |                                |

---

<sup>27</sup> Source : Bilan de l'offre de soins – BN 2015

### 3 - La prise en charge des auteurs d'infraction à caractère sexuel demande à être mieux structurée en détention et hors détention



La prise en charge des auteurs d'infraction à caractère sexuel (AICS) s'inscrit dans la loi n°98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs, qui instaure le suivi judiciaire avec injonction de soins. En 2006, sont mis en place dans chaque région des centres ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (CRIAVS) et en 2008, la loi du 25 février et le décret du 4 novembre, relatifs à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, renforcent la nécessité d'une prise en charge médicale, sociale et psychologique pendant l'incarcération.

Pour mettre en œuvre ces dispositions législatives et réglementaires, le protocole santé justice de décembre 2011 désigne des établissements pénitentiaires de référence spécialisés dans l'accueil des AICS.

Deux établissements sont spécialisés dans l'accueil des auteurs d'infraction à caractère sexuel : le centre de détention de Caen et le centre de détention d'Argentan.

#### Taux<sup>28</sup> d'AICS dans les établissements de référence en 2014

| Taux d'AICS sur les établissements de référence |      |
|---|------|
| Centre de détention de Caen                     | 61 % |
| Centre de détention d'Argentan                  | 23 % |

Cette prise en charge est spécifique car elle s'effectue, d'une part en détention mais aussi en milieu ouvert. Elle nécessite un projet structuré entre les différents intervenants (unités sanitaires, pénitentiaire, probation, justice, médecins coordonnateurs et médecins traitants). Les AICS pris en charge en milieu ouvert sont les patients sous obligation de soins ou injonction de soins. Cette prise en charge nécessite de disposer de médecins ou psychologues traitants qui assurent le suivi et de médecins coordonnateurs en lien avec la justice.

Les objectifs du CRIAVS BN s'inscrivent dans une perspective pluridisciplinaire de formation, de documentation, de recherche, d'évaluation et de prévention. Le CRIAVS BN assure une fonction de référence, de conseil et de formation auprès de l'ensemble des professionnels concernés par la problématique de la violence sexuelle et plus précisément auprès des équipes de soins psychiatriques implantées dans les départements pour favoriser la proximité, l'accessibilité et la continuité des soins et ainsi améliorer la prise en charge des auteurs de violences sexuelles. Les actions du CRIAVS sont donc développées auprès des représentants des établissements hospitaliers, des psychiatres et pédopsychiatres, des psychologues, d'experts, des infirmiers, des établissements médico-sociaux, mais aussi auprès des Universités, de l'Education Nationale, des Tribunaux, des services Pénitentiaires et d'insertion et de probation (SPIP), de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), des services de police et gendarmerie.

- **2013 :**
  - Mise en place d'une équipe mobile intervenant dans les dispositifs de soins psychiatriques de droit commun dans le cadre de co-consultations individuelles ou de groupes thérapeutiques, pour les cas les plus complexes (Partenariat avec la Maison des Ados du Calvados). Celle-ci est portée par l'Unité d'Evaluation Spécialisée (UNEVAS) du Centre

<sup>28</sup> Source : Rapport d'activité 2014 des établissements de santé

Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles de Basse-Normandie (CRIA VS BN) (ayant une vocation régionale)

- Le CRIA VS BN a développé la recherche pluri partenariale au sujet des Mineurs AVS avec le laboratoire du CERReV de l'Université de Caen et l'Institut de Criminologie ICSH de Rennes avec une communication officielle sur cette recherche lors du Congrès International Francophone sur l'Agressions Sexuelle (CIFAS) au Québec.

## 4 - Les programmes de prévention et d'éducation pour la santé et de prises en charge des conduites addictives doivent être plus lisibles pour l'ensemble des acteurs



La prévention et l'éducation pour la santé sont inscrites dans les missions des unités sanitaires qui ont vocation à en réaliser la coordination. Mais les actions sont multiples, insuffisamment coordonnées et dépendantes de l'organisation propre à chaque établissement pénitentiaire.

### Concernant la prévention et à l'éducation pour la santé dans les protocoles d'accord

Dans chaque établissement pénitentiaire, les comités de pilotage prévention et promotion de la santé ont été mis en place sauf au centre de détention d'Argentan.

- **2013** : Accompagnement en cours de l'équipe de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire (ex. UCSA) afin de construire un projet d'éducation pour la santé (EPS) pour Centre de Détention de Caen. Cet accompagnement est réalisé par l'institut régional d'éducation pour la santé (IREPS), le Pôle Régional de Compétence en Education Pour la Santé (PRC EPS BN), l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA), l'Observatoire Régional de la Santé (ORS), le Centre Régional d'Etude Actions et Information (CREAI). Ce projet a vocation à être validé par le comité de pilotage d'éducation pour la santé (COFIL), permettant la mise en œuvre d'actions collectives concertées.
- **Perspective** : Déploiement de cette démarche sur l'ensemble des établissements pénitentiaire de la Normandie occidentale.
- **Septembre 2014** : Obtention d'un financement national à hauteur de 13 225 euros pour le projet de la maison d'arrêt de Cherbourg, porté par le Centre Hospitalier Public du Cotentin, suite à l'appel à projet national INPES (objectif : d'élaborer un programme de promotion de la santé dans les établissements pénitentiaires à partir du référentiel « Promotion de la santé en milieu pénitentiaire »). Mise en œuvre en cours.
- **Depuis 2014** : Mise en place sessions de formations pluridisciplinaires santé/justice concernant la prévention du suicide (repérage de la crise suicidaire), cofinancé par l'ARS et le DISP.

### Concernant l'addictologie

Un CSAPA référent a été désigné pour chaque établissement pénitentiaire.

| Nom du CSAPA Référent                                  | Nom de l'établissement pénitentiaire     | Localisation de l'établissement pénitentiaire |
|--|--|---|
| CSAPA Presqu'île (Fondation Bon Sauveur de Picauville) | Maison d'arrêt de Cherbourg              | Cherbourg                                     |
| CSAPA Presqu'île (Fondation Bon Sauveur de Picauville) | Maison d'arrêt de Coutances              | Coutances                                     |
| CSAPA de l'ANPAA 61                                    | Centre de Détention d'Argentan           | Argentan                                      |
| CSAPA de l'ANPAA 61                                    | Centre Pénitentiaire de Condé sur Sarthe | Condé sur Sarthe                              |
| CSAPA de l'ANPAA 14                                    | Centre Pénitentiaire de Caen             | Caen  |
| CSAPA de l'ANPAA 14                                    | Maison d'Arrêt de Caen                   | Caen  |

**2014** : Sur le Calvados, un groupe de travail chargé de proposer des solutions aux difficultés de santé rencontrées par les personnes placées en semi-liberté (SL) a eu lieu à la demande du préfet de région. Il

n'est pas apparu utile d'envisager la création de dispositifs supplémentaires tant de détention qu'en milieu libre pour améliorer la prévention et l'accompagnement des personnes placées sous main de justice (PPSMJ) en semi-liberté dans le domaine des **addictions**. La proposition faite a été plutôt d'améliorer la communication et l'articulation de la préparation de l'aménagement de peine.

**Des pratiques coordonnées de travail** existent déjà entre les dispositifs dans la maison d'arrêt de Caen mais sur des espaces différenciés :

- La Commission Pluridisciplinaire Unique hebdomadaire où de nombreuses questions relatives aux personnes détenues sont traitées (orientation des arrivants, prévention suicide et agressions, entrée en scolarité, travail, lutte contre l'indigence financière, etc....).
- Le staff addictologie : instance des services de santé, sa compétence apparaît requise dans l'objectif à atteindre mais le constat est fait d'un manque de liaison avec les questions judiciaires et notamment celles de la préparation à la sortie.
- La transmission de documents généraux (liste des arrivants, liste des sortants, rôle de la commission d'application des peines ou des débats judiciaires) ne permet pas dans le flux de l'établissement d'engager systématiquement une action conjointe des services.

La proposition issue de cette **réflexion tripartite (SPIP, ANPAA, SMPR)** a été **d'investir différemment la mission de coordination en addictologie du SMPR**. Un médecin de l'EPSM de Caen a été chargé de mettre en œuvre cette coordination des acteurs.

Des financements ont été alloués dans le cadre de l'APP EPS :

- **2014** : "La prison, un temps de réflexion sur l'addiction" CH Coutances
- **2015** : Aide et Accompagnement à l'arrêt au tabac porté par le CHU Caen

L'ARS a accordé le soutien et l'accompagnement au Projet Mildeca Basse Normandie 2015 porté par La Ligue de l'enseignement de Basse-Normandie (subvention de 19 000 € par la MILDECA afin de développer des actions de sensibilisation, d'information des personnes détenues sur les questions des drogues et des polytoxicomanies). Il s'agit de mobiliser et d'encourager les personnes détenues dans leur démarche de désintoxication et de prévenir la récurrence.



## 5 - L'efficacité de l'offre de soins exige d'être améliorée



### S'appuyer sur la télémédecine pour améliorer l'accès aux soins des personnes détenues

Dans un contexte de pénurie croissante des professionnels de santé, la télémédecine est l'une des orientations qui doit permettre d'améliorer l'accès aux soins notamment aux soins spécialisés quel que soit le lieu de détention.

Par ailleurs, la mise en œuvre de la télémédecine contribue à diminuer le nombre d'extractions souvent sources de difficulté pour la prise en charge ; elle permet de rompre l'isolement des professionnels exerçant à l'unité sanitaire ; elle favorise la confidentialité des consultations.

**2015** : 1 projet télémédecine sur le centre pénitentiaire de Condé-sur-Sarthe est en cours de développement (stade opérationnel : consultations en chirurgie, dermatologie ; psychiatrie / en cours de d'élaboration).

La question de l'accès aux soins et notamment aux soins spécialisés pour les personnes détenues, reste un défi majeur.

- En effet, certains soins spécialisés comme les soins dentaires, les soins d'ophtalmologie, les soins de kinésithérapie ainsi que les soins psychiatriques posent de réelles difficultés pour certains établissements pénitentiaires notamment sur l'Orne.

### Concernant les systèmes d'information

Le plan d'actions stratégiques 2010 – 2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice dans son action 10.2, s'est fixé comme objectif de doter les unités sanitaires des outils informatiques nécessaires à la production de soins et à la collecte d'informations.

**2015** : Toutes les unités sanitaires sont connectées avec leurs établissements de santé de référence.

**Perspectives** : Développer principalement les prescriptions informatisées ainsi que le dossier commun entre les dispositifs somatiques et psychiatriques.



## 6 - Il est nécessaire de renforcer et de poursuivre la coordination et la collaboration entre les acteurs et notamment avec l'administration pénitentiaire afin d'optimiser la prise en charge des personnes détenues

La commission pluridisciplinaire unique (CPU), qui a été mise en place sur tous les établissements pénitentiaires, permet une collaboration des acteurs de la santé et de la pénitentiaire.

**2013** : Réécriture des protocoles entre les établissements de santé chargés de la prise en charge sanitaire des détenus et les établissements pénitentiaires, suite à la parution du nouveau guide méthodologique, qui a permis de revoir l'ensemble des organisations et de la coordination entre les différents acteurs.

Dans ce contexte, l'ARS Basse Normandie, en collaboration avec la Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires (DISP) de Rennes, a soutenu et accompagné le travail de remise à plat entre les établissements de santé somatiques et psychiatriques et avec les établissements pénitentiaires.

Ainsi, 2 protocoles cadres ont été signés conformément au modèle proposé par le guide méthodologique du 30 octobre 2012 :

- **2013** : Centre pénitentiaire d'Alençon Condé sur Sarthe
- **2016** : Maison d'arrêt de Coutances

Les 4 autres sont en cours de travail et de validation finale.

**2013** : Signature de la convention de mise en œuvre des procédures définies au chapitre « protection sociale » du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice au Centre pénitentiaire de Condé sur Sarthe.

### Concernant la sortie et le parcours de soins, dans le cadre de suspension de peine pour raison médicale

**2013** : Un groupe de travail DDCS/ ARS a été chargé à la demande du M. le préfet de Calvados, de proposer des solutions aux difficultés d'accès aux soins en lien avec les difficultés d'accès au logement ou à l'hébergement dans le cadre d'une mesure de suspension de peine pour raison médicale :

- en termes d'organisation, il a été convenu de retenir **des réunions ponctuelles** à l'initiative du SPIP sous l'égide de la DDCS de Calvados et avec la participation d'un médecin de l'ARS afin d'anticiper chaque suspension de peine pour raison de santé et d'envisager le parcours à mettre en place

### Concernant la prise en charge médicale des personnes placées sous-main de justice dans le régime de semi-liberté

**2014** : Un groupe de travail ARS/ SPIP/ ANPAA a été chargé à la demande du M. le préfet, de proposer des solutions aux difficultés de santé rencontrées par les personnes placées en semi-liberté (SL) sur le département du Calvados :

- La proposition issue d'une **réflexion tripartite (SPIP, ANPAA, SMPR)** a été **d'investir différemment la mission de coordination en addictologie du SMPR**. Un médecin a été chargé de mettre en œuvre cette coordination des acteurs.

### Afin de renforcer l'implication des acteurs et de valoriser l'activité

L'unité sanitaire prenant en charge les personnes détenues est une structure interne faisant partie intégrante de l'établissement de santé de rattachement. A ce titre, il est important que l'activité de cette unité soit intégrée, d'une part dans le projet médical de l'établissement et d'autre part dans les contrats d'objectifs et de moyens entre l'ARS et la direction de l'établissement

Ainsi, l'activité de soins en milieu pénitentiaire s'est concrétisée par l'intégration, d'un volet « santé des personnes détenues » dans les CPOM des établissements avec des objectifs de résultats contractualisés.



## PERSPECTIVES



**1 – Améliorer et renforcer l'accès aux soins** en favorisant une politique d'attractivité et de fidélisation des professionnels de santé sur les établissements pénitentiaires, en soutenant le développement de projets de télémédecine ainsi que le déploiement de l'informatisation.

**2 - Renforcer le partenariat et la concertation avec les acteurs de la justice et de la police** pour améliorer les conditions de sortie et d'hospitalisation

**3 – Structurer la prise en charge des auteurs d'infraction à caractère sexuel** en détention mais aussi en milieu ouvert notamment par la mise en place de consultations spécialisées et l'aide au recrutement de nouveaux médecins coordonnateurs

**4 – Poursuivre le développement des actions de dépistage, de prévention et d'éducation à la santé** en collaboration avec les acteurs associatifs



### La liste des établissements pénitentiaires et des SPIP de la Basse Normandie

| ▼  | ☰ Nom  | ☰ Adresse                              | ☰ Commune                       | ☰ Type d'organisme   |
|----|--|--|---------------------------------|--|
| 🗨️ | Maison d'Arrêt de Caen   | 10 Rue du Général Duparge<br>B.P. 6193 | 14064 CAEN CEDEX 4              | Maison d'arrêt   |
| 🗨️ | Centre Pénitentiaire de Caen   | 35 Rue du Général Moulin<br>B.P. 6257  | 14065 CAEN CEDEX 4              | Centre pénitentiaire   |
| ✅  | Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation du Calvados                          | 13 Rue Jean-Baptiste Colbert           | 14000 CAEN                      | Service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP)             |
| ✅  | Antenne de Caen du Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation du Calvados       | 13 Rue Jean-Baptiste Colbert           | 14000 CAEN                      | Antenne du service pénitentiaire d'insertion et de probation (ASPIP) |
| ✅  | Antenne de Lisieux du Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation du Calvados    | 1A Chemin de Lourdes                   | 14100 LISIEUX                   | Antenne du service pénitentiaire d'insertion et de probation (ASPIP) |
| ✅  | Antenne d'Argentan du Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation de l'Orne      | 17 Avenue de l'Industrie               | 61200 ARGENTAN                  | Antenne du service pénitentiaire d'insertion et de probation (ASPIP) |
| ✅  | Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation de l'Orne                            | 17 Avenue de l'Industrie               | 61200 ARGENTAN                  | Service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP)             |
| 🗨️ | Centre de Détention d'Argentan   | Le Frichot<br>Route de Tercey          | 61891 ARGENTAN CEDEX 9          | Centre de détention  |
| 🗨️ | Maison d'Arrêt de Coutances  | 3 Rue de la Verjusière<br>B.P. 702     | 50207 COUTANCES CEDEX           | Maison d'arrêt   |
| ✅  | Antenne de Coutances du Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation de la Manche | 7 Rue Eléonor Daubrée<br>BP 731        | 50207 COUTANCES CEDEX           | Antenne du service pénitentiaire d'insertion et de probation (ASPIP) |
| ✅  | Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation de la Manche                         | 7 Rue Eléonor Daubrée                  | 50200 COUTANCES                 | Service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP)             |
| 🗨️ | Centre pénitentiaire d'Alençon-Condé sur Sarthe  | Route du pont percé - RD 112<br>BP 850 | 61041 ALENCON CEDEX             | Centre pénitentiaire   |
| ✅  | Antenne d'Alençon du Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation de l'Orne       | 4 Ter, rue des Poulies                 | 61007 ALENCON CEDEX             | Antenne du service pénitentiaire d'insertion et de probation (ASPIP) |
| ✅  | Antenne d'Avranches du Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation de la Manche  | 12 rue de la constitution              | 50300 AVRANCHES                 | Antenne du service pénitentiaire d'insertion et de probation (ASPIP) |
| ✅  | Antenne de Cherbourg du Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation de la Manche | 55 bis, rue de l'abbaye                | 50100 CHERBOURG OCTEVILLE       | Antenne du service pénitentiaire d'insertion et de probation (ASPIP) |
| 🗨️ | Maison d'Arrêt de Cherbourg  | 2 Rue Vastel<br>B.P. 733               | 50107 CHERBOURG OCTEVILLE CEDEX | Maison d'arrêt   |

Source : [www.annuaires.justice.gouv.fr](http://www.annuaires.justice.gouv.fr)

**VOLET**

**Réanimation adulte et pédiatrique**



**SROS**



Réanimation, soins intensifs et surveillance  
continue

SROS

## Préambule

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

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

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

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

Les soins critiques (c'est-à-dire la filière réanimation-surveillance continue et soins intensifs) se caractérisent actuellement par :

- ▶ Une capacité en lits de réanimation en adéquation au besoin théorique
- ▶ Une réorganisation en cours au sein du CHU de Caen de la répartition des soins intensifs et surveillance continue spécialisés
- ▶ Une reconnaissance contractuelle de l'ensemble des unités de surveillance continue à effectuer
- ▶ Une nouvelle unité de soins intensifs de cardiologie au CHICAM site d'Alençon (2015)
- ▶ Une nouvelle unité de surveillance continue de cardiologie au CH de Lisieux (2016)

Il est cependant nécessaire:

- ▶ D'effectuer une analyse précise de l'activité de réanimation, du maillage et des fuites hors région
- ▶ De définir les outils d'évaluation d'activité
- ▶ D'identifier de nouveaux besoins

### **Abréviations utilisées:**

*Réa* : Réanimation

*SC* : Surveillance continue

*SI* : Soins intensifs

*SIC* : Soins intensifs de cardiologie

*A* : Adulte

*E* : Enfant

## Principaux constats en 2016



*principaux  
constats*

- 1 Un recours gradué
- 2 Un taux d'équipement en réanimation en adéquation avec les besoins théoriques mais un maillage à analyser
- 3 Des réorganisations d'unités de soins intensifs ou de surveillance continue en cours au CHU de Caen et des installations de nouvelles unités de soins intensifs ou de surveillance continue en cours
- 4 Une méconnaissance de la démographie de professionnels affectés spécifiquement aux soins critiques

► **Des perspectives d'évolution ....**



# 1 – Un recours gradué



## Bilan

Le SROS-PRS volet réanimation définit une gradation des soins avec :

- ✓ Une étape pré hospitalière correspondant à la prise en charge des urgences vitales en collaboration entre les SAMU/SMUR et les équipes de réanimations.
- ✓ Une étape hospitalière avec la possibilité d'un accès direct en réanimation H24
- ✓ Une étape post hospitalière avec une prise en charge en surveillance continue ou autre services de court séjour, HAD, SSR, retour au domicile...

**Durant la période 2012-2016**, il n'y a pas eu de modification des implantations : la réanimation est une activité de soins soumise à autorisation, les soins intensifs et la surveillance continue correspondent à des reconnaissances contractuelles

### Evolution des implantations de réanimation du 30 juin 2012 au 30 juin 2016

| Autorisation d'activité de réanimation adulte/enfant | Implantations autorisées au 30-06-2012 | Implantations autorisées au 30-06-2016 | Implantations autorisées à échéance du SROS |
|--|--|--|---|
| TS Calvados  | 4 Adultes (A) et 1 Enfants (E)         | 4 A et 1 E                             | 4 A et 1 E                                  |
| TS Manche  | 3                                      | 3                                      | 3   |
| TS Orne  | 2                                      | 2                                      | 2   |
| Ex. Région BN  | 9A et 1E                               | 9                                      | 9A et 1E                                    |

| Reconnaisances contractuelles | Site de Soins Intensifs (SI) | Site de Surveillance Continue (SC) |
|-------------------------------|------------------------------|------------------------------------|
| TS Calvados                   | 2                            | 12                                 |
| TS Manche                     | 2                            | 6                                  |
| TS Orne                       | 1                            | 6                                  |
| Ex. Région BN                 | 5                            | 24                                 |

- Les autorisations de réanimation

La région compte :

- 8 plateaux de réanimation polyvalente médico chirurgicale adulte : CHP Saint-Martin de Caen, CH de Bayeux, CH de Lisieux, CHPC Cotentin de Cherbourg, CH Mémorial de Saint Lô, CHAG d'Avranches, CH de Flers et CHICAM d'Alençon
- 1 plateau avec des unités de réanimation spécifique au CHU de Caen : réanimation adulte médicale, réanimation adulte chirurgicale, réanimation enfants et réanimation de néonatalogie.

- Les reconnaissances contractuelles de soins intensifs

La région compte :

- 5 unités de SI de Cardiologie : CHU de Caen, CHP Saint Martin de Caen, CHPC Cotentin de Cherbourg, CH Mémorial de Saint Lô et CHICAM Alençon
- des unités de soins intensifs autres au CHU de Caen : SI neuro-vasculaire, SI d'hématologie clinique, SI d'Hépatogastrologie, SI de Néo-Natologie

- Les reconnaissances contractuelles d'unités de soins continus

La région Ex BN compte :

- des unités de surveillance continue autonomes dans 10 établissements privés /ESPIC avec plateau chirurgical sans réanimation (tous sauf 2)
- des unités de surveillance continue adossées à un service de réanimation dans 9 établissements public et 1 privé
- des unités de surveillance continue spécialisées dans deux établissements :
  - ✓ Le CHU de Caen avec les unités de SC pédiatrique, SC de néphrologie, SC de neurochirurgie, SC de chirurgie cardiaque, SC de chirurgie viscérale et de SC de chirurgie thoracique et vasculaire.
  - ✓ Le CH Lisieux avec une unité SC de cardiologie

## Perspectives

- Maintien de l'existant avec la concentration des activités de réanimation sur les centres déjà autorisés
- Développement du prélèvement d'organes et de tissus pour les greffes

- Adéquation médicale des prises en charge à l'unité concernée (Réa, SC, SI)



## 2 – Un taux d'équipement en réanimation en adéquation avec les besoins théoriques mais un maillage à analyser

### Bilan

#### REANIMATION

- Besoins théoriques estimés :

Le besoin en lits de réanimation est estimé à 10 pour 100 000 habitants.

Avec 145 lits de réanimation adulte soit 9,8 lits de réanimation pour 100 000 habitants, l'équipement régional est en adéquation avec les besoins théoriques.

Ces 145 lits de réanimation sont répartis dans 9 établissements, 8 publics et 1 privé de la manière suivante :

- ✓ 1 établissement de 69 lits
- ✓ 1 de 16 lits
- ✓ 1 de 12 lits
- ✓ 6 de 8 lits

- Analyse d'activité de réanimation :

#### Evolution activité<sup>29</sup> de réanimation de 2013 à 2015

| Activité           |       | 2013   | 2014   | 2015   |
|--------------------|-------|--------|--------|--------|
| Nombre de journées | Réa A | 38 507 | 37 458 | 38 570 |
|                    | Réa E | 1 355  | 1 667  | 1 607  |
| Nombre de séjours  |       | 4 045  | 4 795  | 4 172  |

L'activité de réanimation tant en nombre de séjours qu'en nombre de journées est relativement stable sur les années 2013, 2014 et 2015.

Il en est de même pour la répartition de l'activité entre le plateau caennais et les autres plateaux :

- 2013 : 4 045 séjours dont 59 % plateaux caennais et 41 % autres plateaux
- 2014 : 4 195 séjours dont 61 % plateaux caennais et 39 % autres plateaux
- 2015 : 4 172 séjours dont 60 % plateaux caennais et 40 % autres plateaux

La répartition territoriale de l'activité se définit comme suit :

- 67 % des journées prises en charges dans le TS Calvados, dont 47% au CHU de Caen
- 19 % des journées prises en charges dans le TS Manche
- 14 % des journées prises en charges dans le TS Orne

- Analyse des taux de fuite et d'attractivité:

#### Evolution des taux<sup>30</sup> de fuite et taux d'attractivité régional de 2013 à 2015

| % de séjours | 2013 | 2014 | 2015 |
|--------------|------|------|------|
| Fuite        | 5%   | 6%   | 7%   |
| Attractivité | 9%   | 8%   | 9%   |

L'attractivité est globalement stable entre 2013 et 2015, alors que le taux de fuite est en légère augmentation.

#### SURVEILLANCE CONTINUE

- Analyse d'activité:

#### Evolution activité<sup>31</sup> de soins continus de 2013 à 2015

| Activité           | 2013   | 2014   | 2015   |
|--------------------|--------|--------|--------|
| Nombre de journées | 31 638 | 32 723 | 34 566 |

On note une progression notable de l'activité de soins continus entre 2013 et 2015 de 9%

- Analyse des taux de fuite et d'attractivité:

#### Evolution des taux<sup>32</sup> de fuite et taux d'attractivité régional de 2013 à 2015

| % de séjours | 2013 | 2014 | 2015 |
|--------------|------|------|------|
|--------------|------|------|------|

<sup>29</sup> Données PMSI MCO Suppléments Réa

<sup>30</sup> Données PMSI MCO Suppléments Réa

<sup>31</sup> Données PMSI MCO Suppléments SC

<sup>32</sup> Données PMSI MCO Suppléments SC

|              |     |    |     |
|--------------|-----|----|-----|
| Fuite        | 6%  | 6% | 7%  |
| Attractivité | 10% | 9% | 10% |

### **SOINS INTENSIFS**

5 établissements ont une activité de soins intensifs de cardiologie labélisée

- Analyse d'activité de soins intensifs :

#### **Evolution activité<sup>33</sup> de soins intensifs de 2013 à 2015**

| Activité           | 2013   | 2014   | 2015   |
|--------------------|--------|--------|--------|
| Nombre de journées | 32 929 | 34 683 | 36 149 |

On note une augmentation sensible de l'activité entre 2013 et 2015 avec une progression d'activité de + 10 %

- Analyse des taux de fuite et d'attractivité:

#### **Evolution des taux<sup>34</sup> de fuite et taux d'attractivité régional de 2013 à 2015**

| % de séjours | 2013 | 2014 | 2015 |
|--------------|------|------|------|
| Fuite        | 9%   | 8%   | 9%   |
| Attractivité | 6%   | 8%   | 8%   |

On note une relative stabilité des taux de fuite et d'attractivité en soins intensifs entre 2013 et 2015.

### **Perspectives**

- Adapter le maillage existant des unités de réanimation polyvalente, des unités de soins intensifs et de surveillance continue en fonction des ressources humaines dédiées, en fonction des évolutions des autres activités de soins en particulier en fonction de la chirurgie pour la surveillance continue en cohérence avec les orientations du pré-projet de 6<sup>ème</sup> révision du SROS de Basse-Normandie / projet médical régional à horizon 2025
- Identifier d'éventuels nouveaux besoins en soins intensifs ou surveillance continue spécialisés en cohérence avec les orientations du pré-projet de 6<sup>ème</sup> révision du SROS de Basse-Normandie / projet médical régional à horizon 2025

<sup>33</sup> Données PMSI MCO Suppléments SI

<sup>34</sup> Données PMSI MCO Suppléments SI

### 3 – Des unités en cours de réorganisation ou de nouvelles unités installées



#### Bilan

Au moment de l'élaboration du SROS, l'activité de soins de réanimation était organisée au sein du CHU de Caen en différentes unités situées sur cinq niveaux différents.

**En 2014/2015** une opération de reconstitution du capacitaire « réanimation » accompagnée de travaux a permis un meilleur regroupement des lits de réanimation adulte. Ces unités sont maintenant organisées de la façon suivante :

- ✓ 2 lits de réanimation chirurgicale auprès du bloc chirurgical des urgences
- ✓ une unité de réanimation chirurgicale de 36 lits
- ✓ une réanimation médicale de 22 lits

La reconstitution du capacitaire de réanimation a ainsi permis de regrouper :

- ✓ l'ensemble de la réanimation chirurgicale sur un seul niveau structuré avec quatre unités.
  - une unité de 10 lits,
  - deux unités de 8 lits
  - une unité de 14 lits (dont 4 lits de surveillance continue pour la chirurgie cardiaque pulmonaire et vasculaire)
- ✓ la réanimation médicale dispose de deux unités de 11 lits.

Le CHU dispose de lits de surveillance continue répartis à ce jour, au sein des unités de spécialité :

- ✓ 6 lits en pneumologie
- ✓ 4 lits en néphrologie
- ✓ 6 lits en chirurgie digestive
- ✓ 6 lits en neurochirurgie
- ✓ 2 lits en obstétrique

**2015** : Installation d'une nouvelle unité de soins intensifs de cardiologie au CHICAM site d'Alençon

**2016** : Installation d'une nouvelle unité de surveillance continue de cardiologie au CH de Lisieux

#### Perspectives

- Evaluer la réorganisation du CHU avec la nouvelle répartition de la réanimation adulte, des SI et SC spécialisés.
- Reconnaître contractuellement la totalité des unités de SC
- S'assurer de la conformité des unités existantes à la réglementation, aux recommandations...
- Analyser l'activité des nouvelles unités et suivre les partenariats développés

## 4 – Une méconnaissance de la démographie de professionnels affectés spécifiquement aux soins critiques



### Bilan

Les données actuelles concernant les anesthésistes réanimateurs ne précisent pas en effectif équivalent temps plein (ETP) le temps dédié spécifiquement aux soins critiques. Aussi, un état des lieux avec les partenaires reste nécessaire. Lors de l'élaboration du SROS PRS volet réanimation, les constats étaient les suivants :

- La Basse-Normandie est caractérisée par un sous-effectif de médecin anesthésiste-réanimateur associé à une pyramide des âges défavorable.
  - ✓ 35 postes d'anesthésistes-réanimateurs sont vacants dans le territoire de santé du Calvados dont 32 au CHU de Caen
  - ✓ 10 dans le territoire de santé de la Manche
  - ✓ 12 dans le territoire de santé de l'Orne.
- Pour le secteur privé, la situation de la réanimation se résume à celle de l'hôpital privé Saint-Martin dont les effectifs d'anesthésistes-réanimateurs sont de 16 ETP.
- Pour la réanimation pédiatrique, les effectifs sont de 4,8 ETP.

### Perspective

- Actualiser et préciser les données concernant les réanimateurs ou autres professionnels dédiés spécifiquement aux soins critiques

**VOLET**

**Soins non programmés - urgences**



**SROS**



## Préambule

L'activité de la médecine d'urgences de Basse-Normandie croît régulièrement, le nombre de passages dans les services d'urgence est en constante augmentation. Cependant le recours aux urgences est souvent inapproprié.

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, quelle que soit la pathologie et quelle que 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 télémédecine, de la mutualisation des équipes et des compétences.

Le SROS/PRS 2013-2018 a défini trois niveaux :

- Un niveau de proximité, 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

- des niveaux intermédiaires/de recours

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

- un 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 PDSES.



## Principaux constats en 2015

- 1 - Une démographie des professionnels de santé défavorable
- 2 - Une offre de médecine d'urgence inscrite dans un contexte évolutif
- 3 - Une offre diversifiée et complémentaire de l'accès aux soins non programmé
- 4 - Une protocolisation des filières de soins

4

*Principaux  
Constats*



## 4- Une démographie des professionnels de santé défavorable



La région connaît une insuffisance de médecins urgentistes qui rend le fonctionnement de certaines structures d'urgences problématique avec un recours à l'intérim important.

Le nombre de postes de praticiens hospitaliers urgentistes vacants mis au tour de recrutement par les établissements de santé de la Normandie orientale est important et en augmentation en 2016 :

### Evolution du nombre de postes vacants<sup>35</sup> au premier tour de recrutement de 2014 à 2016 en médecine d'urgence en Normandie occidentale

|   | 2014 | 2015 | 2016 |
|---|------|------|------|
| <b>Nombre de postes vacants au 1<sup>er</sup> tour de recrutement</b> | 57   | 56   | 69   |

Dans ce contexte de pénurie, le recours aux heures de temps additionnel et à l'intérim médical est nécessaire pour faire fonctionner certaines structures d'urgence. Une enquête menée en 2014 sous l'égide de la commission régionale paritaire (CRP) auprès des établissements de santé de la région (15 établissements ont répondu), a mis en évidence que la médecine d'urgence figure parmi les trois disciplines ayant le plus recours à l'intérim avec l'anesthésie-réanimation et la radiologie.

### Heures d'intérim et de temps additionnel en médecine d'urgence déclarées<sup>36</sup> en 2014 par 15 ES de la région et montant total de la dépense

| Territoire de santé   | Recueil des données                                       | Montant de la dépense totale | Heures d'intérim déclarées | Heures de temps additionnel déclarées |
|-----------------------|---|------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|
| du Calvados           | CHU, CH Aunay<br>CHCF, CH Falaise<br>CH Vire              | 482 923                      | 8 256                      | 1 531                                 |
| de la Manche          | CH Mémorial, CHAG<br>CH Coutances<br>CH St Hilaire        | 710 708                      | 8 026                      | 2 007                                 |
| de l'Orne             | CHICAM, CH Flers<br>CHICA, CH L'Aigle<br>CPO, CH Mortagne | 1 501 105                    | 14 101                     | 5 596                                 |
| <b>Total réponses</b> | <b>15 établissements</b>                                  | <b>2 694 736</b>             | <b>30 383</b>              | <b>9 134</b>                          |

Pour inciter la fixation en région des jeunes praticiens, dans l'ensemble de la région, le post-internat, par l'intermédiaire de postes d'assistants spécialistes régionaux (ASR) est encouragé, ces postes étant financé en Normandie orientale à hauteur de 70 à 90% par l'ARS. Depuis 2013, la politique retenue par l'ARS consiste à proposer aux jeunes médecins des postes à temps partagé entre un établissement de recours de la région (Centre Hospitalier public du Cotentin, CH de Saint Lô, CH d'Avranches-Granville, CH de Flers, CHIC Alençon- Mamers et CH de Lisieux) à 60% et au CHU de Caen à 40%. L'évolution de 2013 à 2015 du nombre de nouveaux ASR dans les services d'urgences est la suivante :

### Evolution du nombre de nouveaux ASR en médecine d'urgence par an de 2013 à 2015

| Année                         | Session 2013 | Session 2014 | Session 2015 |
|-------------------------------|--------------|--------------|--------------|
| <b>Nombre de nouveaux ASR</b> | 0            | 4            | 4            |

<sup>35</sup>Source : SIGMED

<sup>36</sup>Source : Enquête CRP 2014 auprès ES de la région

Par ailleurs, depuis sa création en 2006, le DESC de médecine d'urgence a permis la formation de nombreux médecins dont 47 se sont installés dans la région. Une évolution du DESC en diplôme d'étude spécialisé en médecine d'urgence (DES urgence) est en projet pour 2017.

## 2- Une offre de médecine d'urgence inscrite dans un contexte évolutif

Au moment de l'élaboration du SROS/PRS 2013-2018, la région compte :

- 23 structures d'urgence :
  - Territoire de santé du Calvados : 10 + 1 SU pédiatrique
  - Territoire de santé de la Manche : 7
  - Territoire de santé de l'Orne : 6
- 19 SMUR
  - Territoire de santé du Calvados : 6 + 1 SMUR pédiatrique
  - Territoire de santé de la Manche : 7
  - Territoire de santé de l'Orne : 6 + 1 antenne à Domfront
- 3 SAMU
  - TS du Calvados : 1
  - TS de l'Orne : 1
  - TS de la Manche : 1

Au-delà du SROS/PRS 2013-2018, de nombreux travaux nationaux sont venus impacter la réflexion concernant l'activité de médecine d'urgence et de soins non programmés en région.

Les principaux éléments de contexte sont les suivants:

- Eléments de contexte nationaux :
  - Un des objectifs du pacte territoire santé du 12 décembre 2012 est un accès pour tous aux soins urgents en moins de 30 minutes, tout en répondant aux difficultés de recrutement d'urgentistes dans certains territoires et certains services et en maintenant une haute qualité de prise en charge des patients. Cette orientation est reprise dans les engagements du pacte territoire santé<sup>2</sup> du 13 novembre 2015.
  - **Circulaire du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgences - SAMU - SMUR** et sur le décompte horaire du temps de travail (et non plus en demi-journées) de toutes les structures d'urgences ainsi que la limitation du temps de travail clinique à 39 heures (dans le cadre d'un maximum de 48 heures hebdomadaires)
  - **Instruction n° DGOS/RH4/2015/234 du 10 juillet 2015** relative au référentiel national de gestion du temps de travail médical applicable dans les structures de médecine d'urgence prévu par la circulaire n° DGOS/2014/359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgences-SAMU-SMUR.
  - **Rapport de juillet 2015** - mission confiée en mars 2015 par la Ministre à **Jean Yves GRALL** relative à "la territorialisation des organisations de l'urgence", la territorialisation des organisations de l'urgence est "l'un des deux axes de la circulaire du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgences – SAMU – SMUR ». Il devra suggérer des "modèles d'organisation territoriale permettant une nouvelle articulation entre les services d'urgences, les SAMU et les SMUR" et des organisations de travail favorisant "les équipes de territoire d'urgentistes" notamment dans les zones isolées. Il devra identifier les "leviers" pour promouvoir les nouveaux modes d'organisation territoriale, les "facteurs clés de succès", les "points de vigilance" et les "éventuelles difficultés à anticiper".
  - **Juin 2016** : nouvelle modélisation de la MIG SMUR avec une refonte du financement des structures de médecine d'urgence.

La déclinaison des objectifs a été inscrite dans :

- la réflexion territoriale en cours sur la recomposition de l'offre de soins régionale en Basse Normandie, précisée dans le pré-projet de 6<sup>ème</sup> révision du SROS / projet médical régional à horizon 2025
- Le Plan d'action Régional Urgences pour les années 2013 – 2015 sur la base de la feuille de route nationale sur les urgences qui s'articule autour des 3 premiers volets en charge des ARS que sont :
  - ✓ L'amélioration de l'accessibilité à des soins urgents (volet 1),
  - ✓ Le traitement de la saturation des urgences : actions visant à fluidifier l'aval des urgences (volet 2),
  - ✓ L'anticipation des situations de tension : outils à mettre en place (volet 3).
- La réinstallation du réseau régional des urgences et à la mise en place de ses instances (instance collégiale du réseau régional des urgences – ICRRU et bureau).

Le but de l'organisation est de pouvoir apporter, à chaque patient, des soins urgents en moins de 30 minutes. Cet objectif doit être atteint en s'appuyant sur les points suivants:

- Répartition régionale des SMUR et des SU
- Développement des Médecins Correspondants du SAMU (MCS)
- Organisation des moyens hélicoptères
- Organisation de la PDSA et de la PDSSES
- Développement des filières de soins, l'Instance Collégiale Régionale du Réseau des urgences (ICRRU)

Cependant, des contraintes existent :

- Démographie médicale déficitaire
- Isolement géographique
- Gestion de la contrainte financière et déploiement d'un nouveau modèle de financement.

## Bilan

### • Concernant les Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU) :

Les SAMU-Centre 15 sont les pivots de la régulation des soins urgents. Ils apportent une réponse adaptée et coordonnée quelle que soit la pathologie et quelle que soit la localisation géographique du patient. Ils disposent d'une connaissance précise de l'offre de soins, des moyens humains et techniques disponibles sur la région et au-delà si nécessaire.

Il existe 3 SAMU, un par territoire de santé :

- ✓ **TS du Calvados** : au CHU de Caen
- ✓ **TS de l'Orne** : au CH d'Alençon
- ✓ **TS de la Manche** : au CH Public du Cotentin

Néanmoins, les modalités de fonctionnement connaissent une évolution avec :

- **Juillet 2014** : Mise en place d'un logiciel de régulation commun aux 3 SAMU : le **Réseau Régional pour l'Aide Médicale Urgente (RRAMU)** qui existe en Haute Normandie depuis 2004

## Perspectives :

- Compte tenu de la pénurie de médecins urgentistes, la poursuite de la mutualisation des services, notamment en nuit profonde reste un objectif
- La région ne compte aucun médecin correspondant SAMU, aussi, un appel à candidature est en projet sur les zones blanches,
- Le conseil national de l'urgence hospitalière est mandaté pour la réalisation d'une mission d'analyse de l'organisation de la réponse à l'aide médicale urgente par les 3 SAMU-centre 15 de Normandie occidentale.

### • Concernant les Structures Mobile d'Urgence et de réanimation (SMUR)

- **Juin 2014** : La modalité prise de charge des patients accueillis dans la SMUR connaît une évolution sur le territoire de santé du Calvados avec une autorisation de SMUR pédiatrique accordée au CHU de Caen.

#### Evolution des implantations autorisées de SMUR de juin 2012 à juin 2016

| Territoire      | implantations autorisées<br>au 30 juin 2012 | implantations autorisées<br>au 30 juin 2016 | différentiel                    |
|-----------------|---|---|---------------------------------|
| TS du Calvados  | 6   | 6 + 1 SMUR pédiatrique                      | + 1 SMUR<br>pédiatrique         |
| TS de la Manche | 7   | 7   | 0                               |
| TS de l'Orne    | 6 + 1 antenne                               | 6 + 1 antenne                               | 0                               |
| Région          | <b>19 + 1 antenne</b>                       | <b>19 + 1 antenne</b>                       | <b>+ 1 SMUR<br/>pédiatrique</b> |

- Le SROS/PRS 2013-2018 fixe comme objectif opérationnel le maintien d'une ligne de garde SMUR secondaire par territoire de santé. Historiquement, pour le département de la Manche, plusieurs lignes de garde SMUR secondaire ont été mises en place. Aussi, pour répondre à cet objectif, une réponse coordonnée et complémentaire entre les trois établissements de la Manche est en cours, avec une ligne de garde SMUR secondaire localisé à St Lô, au regard de cette localisation centrale dans le territoire de santé.
- Concernant les moyens hélicoptérés, la région dispose :
  - D'un HéliSMUR sur le site d'Alençon.
  - D'un hélicoptère de la sécurité civile sur le site de Granville
  - En cas de besoin, le SAMU 14 requiert l'hélicoptère de la sécurité civile du Havre.

## Perspectives :

- Mutualiser les équipes médicales entre plusieurs établissements, le nombre de primo-passages et sorties SMUR étant variable d'un établissement à l'autre.
- Travailler sur une régulation régionale des moyens hélicoptérés avec une plus grande mise en commun des ressources et une uniformisation des pratiques

- **Concernant les structures des urgences (SU)**

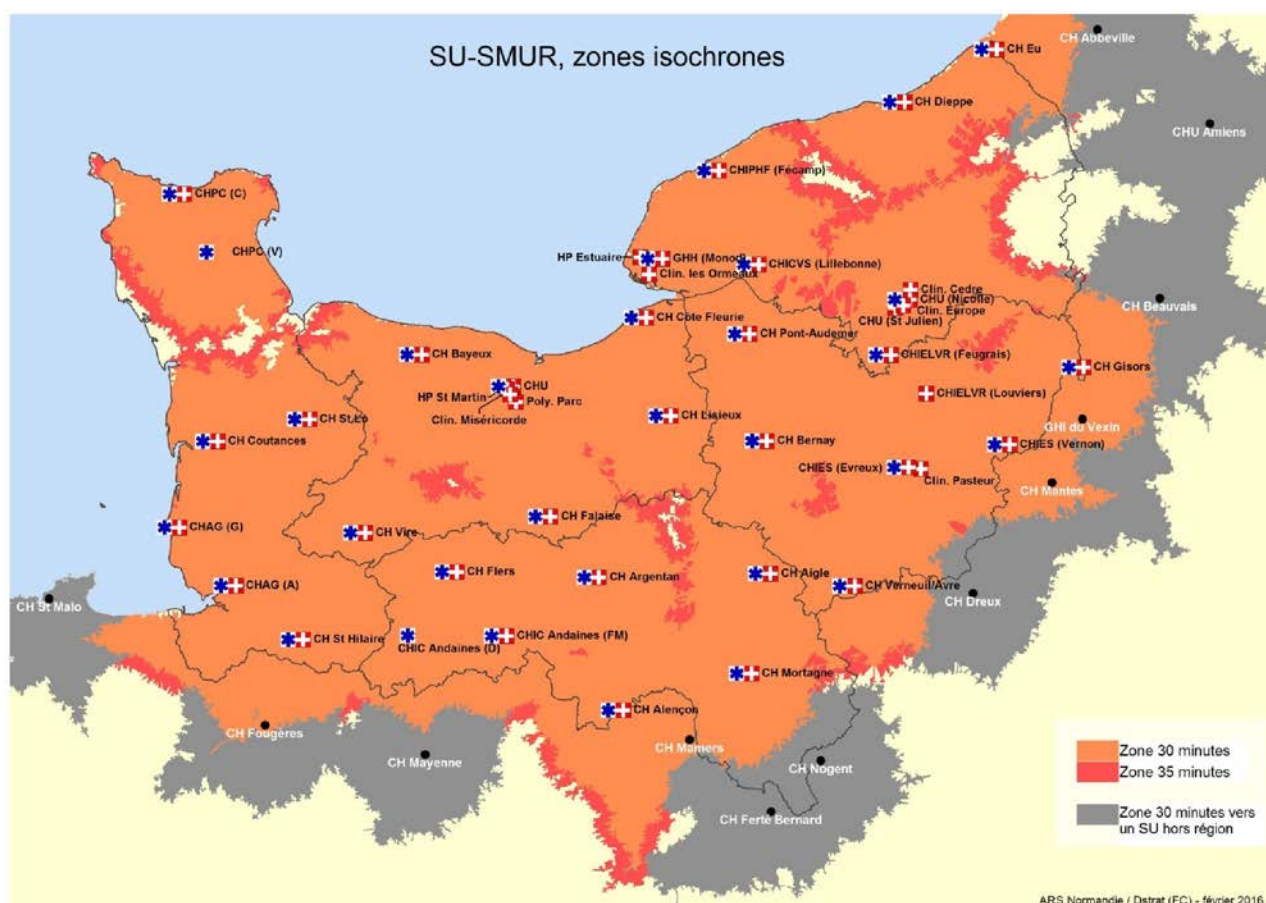
liste en région :

**Evolution des implantations autorisées de SU de juin 2012 à juin 2016**

| Territoire             | implantations autorisées au 30 juin 2012 | implantations autorisées au 30 juin 2016 | différentiel |
|------------------------|--|--|--------------|
| <b>TS du Calvados</b>  | 10 + 1 SU pédiatrique                    | 10 + 1 SU pédiatrique                    | 0            |
| <b>TS de la Manche</b> | 7  | 6  | -1           |
| <b>TS de l'Orne</b>    | 6  | 6  | 0            |
| <b>Région</b>          | <b>23 + 1 SU pédiatrique</b>             | <b>23 + 1 SU pédiatrique</b>             |              |

**23 janvier 2016** : Retrait de l'autorisation d'exercer l'activité de médecine d'urgence dans la modalité prise en charge des patients accueillis dans la structure d'urgence au Centre Hospitalier Public du Cotentin sur le site de Valognes.

☐ Le maillage des urgences permet un accès à moins de 30 minutes pour la quasi-totalité de la population bas-normande.



L'activité de ces structures d'urgence est très variable d'un endroit à l'autre, avec des SU à fortes activités et des SU à moins de 20 passages par jour.

**En 2016**, 4 structures d'urgence ont une activité aux alentours de 20 passages/ jours :

- ✓ Territoire de santé du Calvados : 1 SU
- ✓ Territoire de santé de la Manche : 1 SU

## Territoire de santé de l'Orne : 2 SU

Par ailleurs, la région connaît une pénurie de médecins urgentistes, imposant aux établissements de santé d'avoir recours à l'intérim pour faire fonctionner les structures d'urgence. Ce recours a des impacts négatifs tant en terme de coût que qualité de prise en charge. Dans ce contexte, l'ARS a interrogé en **mai 2015** tous les établissements titulaires d'une autorisation de SU dans la région et a sollicité de leur part des propositions en vue de lancer une ou plusieurs expérimentation de la transformation des SU dont le niveau d'activité est inférieur à 10 000 passages/an (5 SU concernées en BN ; 2 entre 10 000 et 15 000 /an) en Centre de Soins Non Programmé (CSNP). Aucun cadrage réglementaire ou financier national n'existe à ce jour compte tenu du caractère expérimental de ce projet.

Ainsi, deux expérimentations sont engagées afin de constituer des CSNP avec la définition d'un cahier des charges régional. Ces CSNP ont vocation à accueillir sur un mode diurne des patients sans rendez-vous, avec des consultations assurées par des professionnels médicaux et non médicaux hospitaliers, permettant le maintien d'une offre de proximité .

- **7 mars 2016** : Ouverture d'un centre de soins non programmés ouvert 5 jours sur 7 de 8h30 à 18h30 à Valognes avec un accompagnement de l'ARS à partir du Fond d'intervention Régional (FIR)
- **29 mars 2016** : Ouverture d'un CSNP ouvert 7 jours sur 7 de 8h30 à 19h30 à Aunay-sur-Odon avec un accompagnement de l'ARS à partir du Fond d'intervention Régionale (FIR).

- 20 Mai 2014** : Signature d'une convention de coopération « organisation d'une filière de soins des urgences sur le plateau caennais » qui s'inscrit dans un objectif d'optimisation du fonctionnement des 4 SU autorisées pour le plateau caennais en vue d'une meilleure prise en charge du patient. Cette convention décline la filière de soins des urgences sur le plateau caennais, les procédures de transfert, les modalités d'organisation et de gestion durant les périodes de tension et/ou de crise, les modalités d'évaluation et d'analyse des dysfonctionnements et les obligations réciproques. Le SAMU 14 et l'URML sont partie prenante de cette convention.

## Perspectives

- 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)
- Revoir le fonctionnement des fédérations inter hospitalières dans le cadre des projets de territoire des groupements hospitalier de territoire (GHT).
- Veiller à ce que les filières « urgences et soins critiques » fassent l'objet d'une attention particulière dans les projets médicaux partagés des GHT.
- Evaluer les deux expérimentations de CSNP.



### 3- Une offre diversifiée et complémentaire de l'accès aux soins non programmé



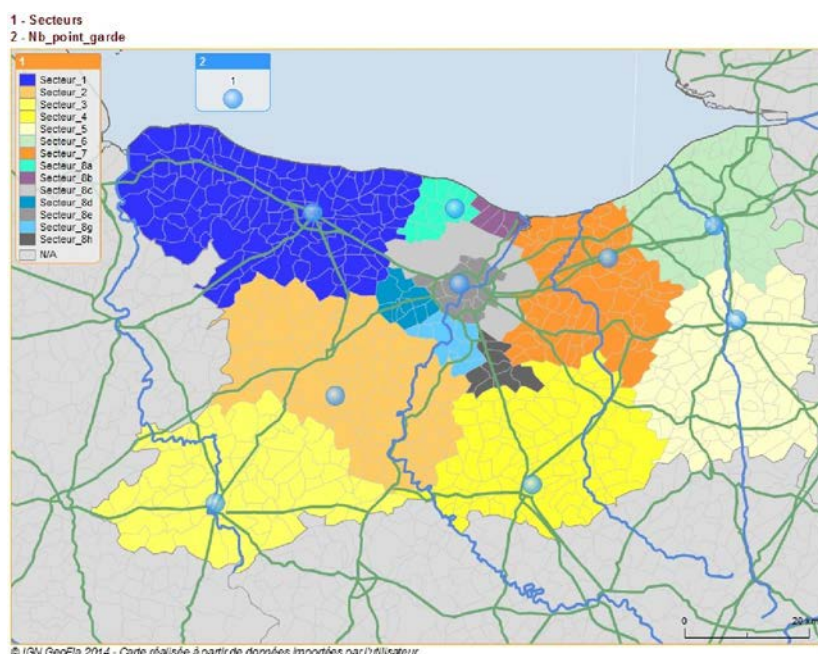
#### > La permanence des soins ambulatoire (PDSA):

Si la permanence des soins ambulatoire (PDSA) ne fait pas partie intégrante du schéma « urgences », elle est étroitement articulée avec l'organisation « urgence » tant dans la régulation que dans l'effectation. Celle-ci fait l'objet d'une régulation et d'une effectation auprès des médecins généraliste organisée en zones géographiques (cf Cartographies<sup>37</sup>)

Le cahier des charges régional retient comme grands principes :

- L'absence de présence médicale en soirée et nuit profonde, sauf dans les zones couvertes par SOS médecins (Cherbourg et Caen).
- Une permanence médicale le samedi après-midi et le dimanche en journée.
- Une participation de médecine libérale à la régulation médicale, dans les locaux du SAMU pour les territoires de santé de la Manche et du Calvados et délocalisée au domicile des médecins pour le territoire de santé de l'Orne sur certaines périodes

#### Territoire de santé du Calvados :



Population : 687 894 ha\*

MG : 657 dont 22 % > 60 a\*\*

densité 13,9/10 000 ha

**REGULATION : asso méd regul libéraux au C15**

- N=2 Sam 12h-20h Dim JF 8h20h
- N=2 20h-8h
- N=1 jonction dim-JF

**EFFECTION Grand Caen SOS med.**

- nuits 20h-8h SOS med.
- sam 12h-20h dim JF 8h-20h
- PG : sam/dimJF
- PG Caen 20-24h

**EFFECTION Autres secteurs**

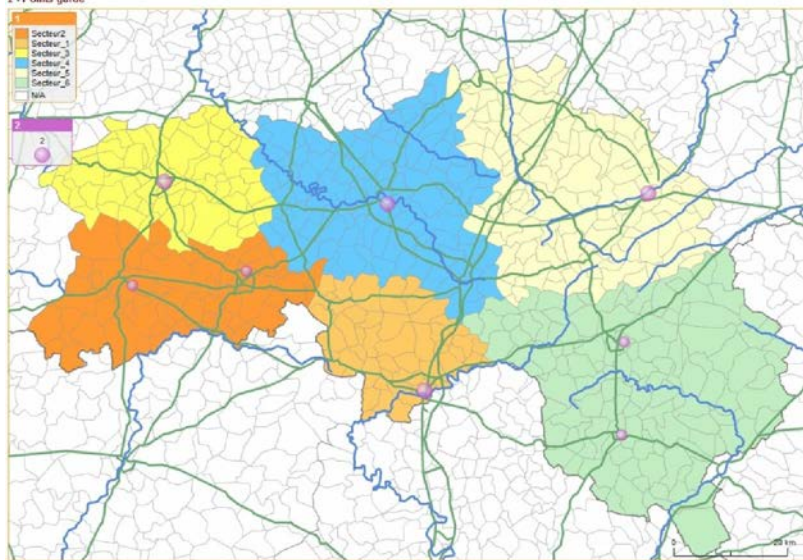
- Sam 12-20h
- Dim JF 8-20h
- 2 MG astreinte / zone de garde (2 secteurs par zone)
- 7 Points garde

<sup>37</sup> \* Source INSEE 1/1/2016

\*\*source Cartosanté - FNPS-2014

## Territoire de santé de l'Orne :

1 - SECTEUR  
2 - Points garde



Population : 288 848 ha\*  
MG : 221 dont 37% > 60 a\*\*  
densité 7,6/10 000 ha

### REGULATION (APPSUM 61)

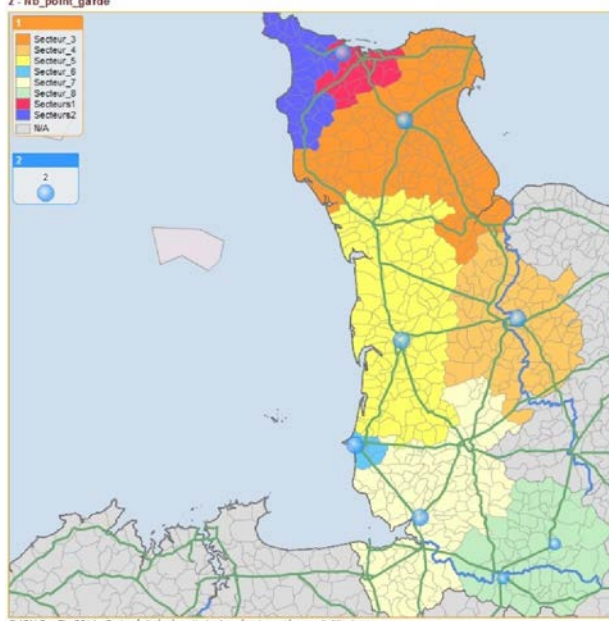
- 20h-8h via SYPPS (domicile)
- Sam (12-20h) Dim JF (8-20h) C15

### EFFECTION : 6 secteurs

- Sam (12-20h) Dim JF (8-20h)
- 1 point garde / secteur
- Point garde partagé dans 2 secteurs

## Territoire de santé de la Manche :

1 - SECTEUR  
2 - Nb\_point\_garde



Population : 499 919 ha\*  
MG : 400 dont 25,5% > 60 a\*\*  
densité 8 /10 000 ha

### REGULATION

- 24h-8h : C15 Calvados (MG) (ARM C15 St Lô)
- Sam (12-24h) : MG AMEPAS régulent au C15-50
- Dim JF (8-20h) : MG régulent au C15-50
- Lun-Ven + Dim/JF (20-24h) : MG du nord Cotentin régulent sur site délocalisé (Cherbourg-SOS médecins)

### EFFECTION : 8 secteurs

- 20h-8h : uniq sect. 1 / 2 : Pt Garde SOS médecins
- Sam (12-20h) : point garde
- Dim JF (8-20h) : point garde
- 1 point garde (PG) / secteur :
  - sauf nord cotentin / St Hilaire Mortain

## Perspectives :

- Avec la fusion avec la Normandie Orientale, la constitution d'un cahier des charges normand de la PDSA doit être réalisée

### > La permanence des soins en établissement de santé (PDSES) :

La permanence des soins en établissement de santé (PDSES) est consubstantielle de l'activité d'urgences car elle intervient le plus souvent à deux niveaux :

- Celui d'un avis spécialisé dans les structures d'urgence
- Celui d'une prise en charge spécialisée urgente en aval des structures d'urgence



Sur la base de multiples éléments d'analyse (organisations en place au moment de l'élaboration du schéma cible, activité réalisée pendant les périodes de PDSSES, démographie médicale par spécialité afin de mesurer la faisabilité d'une ligne de garde ou d'astreinte, possibilités de mutualisation et d'optimisation des ressources médicales disponibles afin d'éviter les doublons), la PDSSES a fait l'objet d'un schéma cible dans la cadre de l'adoption du SROS-PRS prenant en compte un certain nombre de critères :

- ✓ Critère privilégié (mais non impératif) : les ES disposent d'une autorisation de médecine d'urgence
- ✓ Critères géographiques, télé-médecine (UNV)
- ✓ Respect des contraintes réglementaires liées aux autorisations (G-O, pédiatrie, anesthésie-réanimation, cardio).
- ✓ Cardiologie : 1 ligne par ES pivot et/ou USIC
- ✓ Pneumologie, Hépatogastroentérologie : 1 ligne par ES pivot (fibroscopies ++)
- ✓ Neurologie : 1 ligne par UNV
- ✓ Chirurgie viscérale : 1 ligne dans les ES disposant d'une autorisation de maternité
- ✓ Chirurgie ortho : 1 ligne par ES pivot et territoire 14
- ✓ Spécialités : principe d'1 ligne par territoire de santé
- ✓ Imagerie : 1 ligne si TDM et selon la démographie médicale, propositions de mutualisation.

L'évolution des autorisations d'activité de soins a donc conduit logiquement à la révision du schéma cible de PDSSES tel que défini dans le PRS – SROS initial, essentiellement deux activités de soins ont été concernées : la gynécologie-obstétrique et l'imagerie.

**2014 et 2015** : révision du schéma cible PDSSES du fait de la fin d'autorisation de GO (gynécologie obstétrique, pédiatrie et anesthésie-réanimation) pour le territoire de santé du Calvados

Révision du schéma cible du fait de l'autorisation d'EML supplémentaires

**2015** : Des travaux ont été engagés dans le cadre de la Commission Régionale Paritaire (CRP) afin de disposer d'une méthodologie d'évaluation des lignes de PDSSES. Cette méthodologie a été travaillée à partir des données PMSI et concernent donc les actes de PDSSES en chirurgie et imagerie.

### **Perspective :**

- Proposer la méthodologie d'évaluation des lignes de PDSSES à l'ensemble des établissements concernés, conformément aux préconisations de la CRP du 15 décembre 2015.

## 4 - Une protocolisation des filières de soins



En 2008, sous l'égide de l'ARH, un réseau régional des urgences de Basse Normandie est créé par les professionnels de l'urgence, conformément à la circulaire de la DHOS du 13 février 2007. Celui-ci, connaît une évolution avec :

- **2014** : Création d'une Instance de Coordination Régionale du Réseau Régional de l'Urgence (ICRRU) composée de représentants des structures ou des professionnels de santé qui interviennent dans la prise en charge de l'urgence en Basse Normandie, sous la présidence du directeur général de l'ARS qui fait l'objet d'une publication au recueil des actes administratifs de la région.
  - Avec un coordonnateur du réseau travaillant avec une lettre de mission de l'ARS
  - Avec individualisation d'un bureau de l'ICRRU qui détermine sur proposition du coordonnateur du réseau des urgences un programme de travail, et peut mettre en place des groupes de travail thématiques. Après validation par l'ICRRU, il initie les travaux nécessaires et s'assure de leur réalisation.

Le bureau de l'ICRRU s'est réuni le 30 septembre 2015 et a identifié un certain nombre de groupes de travail :

**b** *Un travail sur les filières de soins*, avec notamment la protocolisation de prises en charge pour :

- ✓ Les urgences neurochirurgicales où seul le CHU s'est engagé à recevoir les urgences neurochirurgicales.
- ✓ Urgences ophtalmologiques, où dans la région il existe deux astreintes :
  - Une dans le territoire de santé du Calvados au CHU de Caen
  - Une dans le territoire de santé de la Manche
- ✓ La prise en charge des syndromes coronariens aigus. Dans la région il existe deux unités de soins intensifs cardiologiques (USIC) avec plateau de cardiologie interventionnelle autorisées dans le territoire de santé du Calvados (cf. volet cardio interventionnelle).
  - Cet avenant précise les modalités pour adresser un patient vers l'un ou l'autre des deux sites.
  - Un observatoire régional de la prise en charge des SCA a été mis en place en 2009. Les cardiologues des deux établissements travaillent en commun sur ce projet.
- ✓ La prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC) à l'UNV du CHU de Caen, avec le déploiement en cours d'un projet de TéléAVC. :
  - **23-9-2014** : Démarrage phase test CHU de Caen et CH Flers
  - **4-12-2014** : Démarrage CHU de Caen et CHICAM
  - **16-3-2015** : Démarrage CHU de Caen et CH Argentan
  - **24-6-2015** : Démarrage CH Lisieux et CH L'Aigle
  - **13-11-2015** : Démarrage CHAG et CHU de Caen
  - 2016 : déploiement au CH mémorial St Lô
  - 2016 : déploiement au CHPC avec le CHU de Caen.

pour ces deux derniers établissements, un projet médical à finaliser devrait permettre de déployer entre CH Mémorial St Lô et CHPC ce dispositif de télé-AVC, projet retardé par des difficultés de démographie médicale.

- ✓ Les urgences de la filière hématologique

*Expérimentation de centres de soins non programmés* : le groupe s'est réuni le 25 février 2016 et a identifié les pathologies relevant du CSNP. Les travaux de ce groupe de travail ont été transmis aux deux CSNP de la région ainsi qu'aux deux SAMU concernés.

*Gestion des urgences en EHPAD, conduite à tenir pour diminuer le recours aux urgences et diminuer les hospitalisations des seniors.* : les participants ont identifiés plusieurs sous-groupes de travail. Les travaux

de ces sous-groupes doivent contribuer à la formalisation d'un livrable qui sera présenté devant le Bureau l'ICRRU et à vocation à être diffusé sur l'ensemble de la région Normandie.

□ *Expérimentation de transports infirmiers inter hospitaliers (TIIH)* : identification de patients, des modalités de mise en place dans les trois territoires de santé.

□ *Analyse de fiches de dysfonctionnement du réseau* : Comme recommandé dans le décret du 13 février 2007, des fiches de dysfonctionnement ont été mises en place dans tous les établissements. Ces fiches ont pour objectif le signalement de toute situation où le non-respect des procédures validées a entraîné une perte de chance pour le patient.

**20 mai 2014** : Signature par les établissements de santé du plateau caennais, disposant d'une autorisation de médecine d'urgence, d'une convention « Urgences du plateau caennais ».

Deux réunions d'évaluation de cette convention ont d'ores et déjà eu lieu, le 13 novembre 2014 et le 19 novembre 2015 et ont permis de partager les éléments suivants :

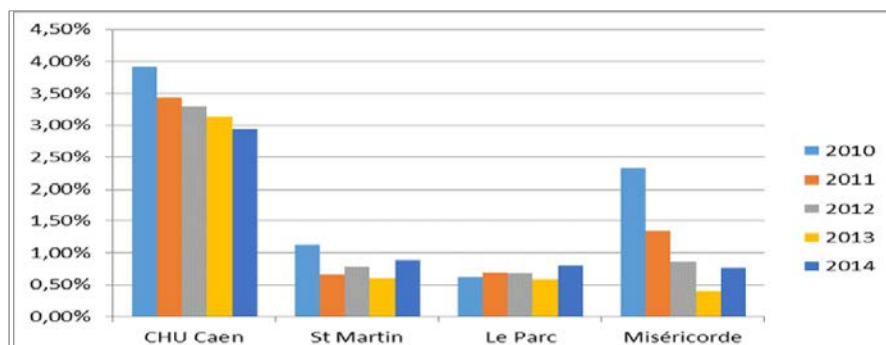
#### Les primo passages

| Nombre de primopassages |               |               |               |               |               |                     |              |
|-------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------------|--------------|
| Etablissement           | 2010          | 2011          | 2012          | 2013          | 2014          | évolution 2013/2014 | moy/j        |
| CHU Caen                | 45953         | 48090         | 50671         | 51788         | 52996         | 2,33%               | 145,2        |
| St Martin               | 21845         | 23230         | 23163         | 23231         | 24516         | 5,53%               | 67,2         |
| Le Parc                 | 18346         | 19086         | 18732         | 19327         | 20001         | 3,49%               | 54,8         |
| Miséricorde             | 14656         | 14758         | 14485         | 14482         | 14264         | -1,51%              | 39,1         |
| <b>Total</b>            | <b>100800</b> | <b>105164</b> | <b>107051</b> | <b>108828</b> | <b>111777</b> | <b>2,71%</b>        | <b>306,2</b> |

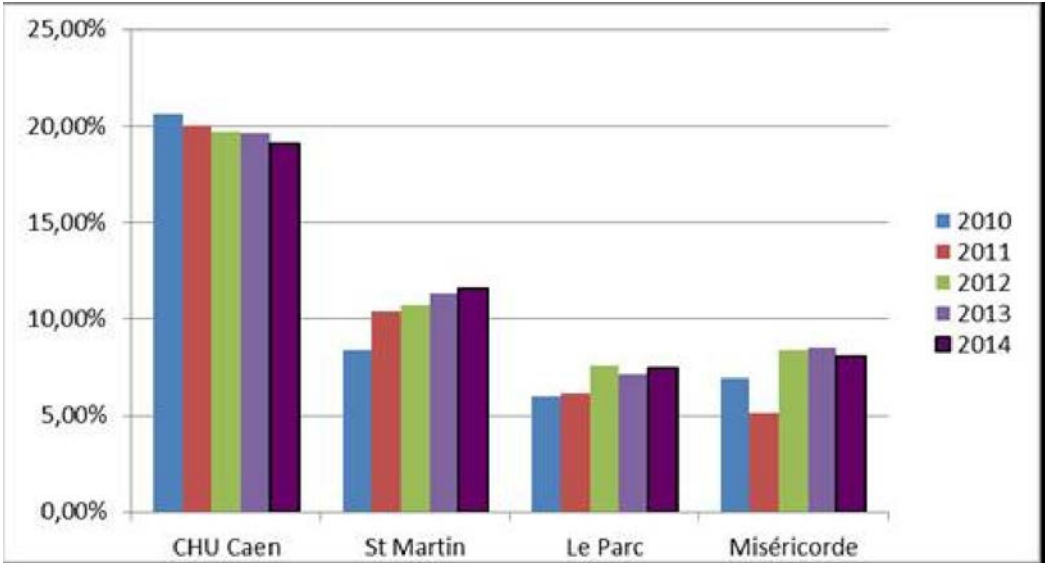
#### Répartition des entrées au cours de la journée par établissement

| 2014         | 8h30-20h00   |                         | 20h00-0h00   |                         | 0h00-8h30    |                         |
|--------------|--------------|-------------------------|--------------|-------------------------|--------------|-------------------------|
|              | Nbre         | % de l'activité de l'ES | Nbre         | % de l'activité de l'ES | Nbre         | % de l'activité de l'ES |
| CHU Caen     | 37376        | 70,54%                  | 8327         | 15,72%                  | 7283         | 13,75%                  |
| St Martin    | 21031        | 85,78%                  | 2668         | 10,88%                  | 817          | 3,33%                   |
| Le Parc      | 16397        | 81,99%                  | 2339         | 11,70%                  | 1264         | 6,32%                   |
| Miséricorde  | 11139        | 78,09%                  | 1899         | 13,31%                  | 1226         | 8,60%                   |
| <b>Total</b> | <b>85943</b> | <b>76,90%</b>           | <b>15233</b> | <b>13,63%</b>           | <b>10590</b> | <b>9,48%</b>            |

#### Les transferts



Évolution, patients de plus de 75 ans



**VOLET**

**Imagerie médicale et médecine nucléaire**



**SROS**



## Bilan à mi-parcours en Normandie occidentale

### Préambule

Parmi les 16 priorités du PSRS, l'imagerie médicale est plus particulièrement concernée par :

- Handicap et vieillissement : faciliter l'accès au diagnostic pour la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées
- Maladies chroniques :
  - **Cancer** : mettre en place des outils d'information et de communication entre professionnels (y compris l'information diagnostic, et donc l'équipement)
  - **Maladie neuro-cardiovasculaires** : augmenter le taux de patients traités dans les 3 ou 4 premières heures après les 1ers signes de l'AVC

L'imagerie médicale est également évoquée dans les plans nationaux suivants :

- Recommandation du plan Alzheimer : la HAS recommande l'IRM dans le cadre du bilan diagnostique des troubles cognitifs.
- Recommandations du plan cancer : le recours à l'IRM mammaire dans un bilan d'extension locorégional modifie, en proportion non négligeable, la prise en charge thérapeutique des patientes. La chirurgie de recours et les plateaux techniques de radiologie interventionnelle et de cryobiologie doivent être structurés. Il faut également veiller à garantir plus d'égalité géographique au diagnostic et au suivi radiologique des cancers.

Le plan cancer 2 fixe un indice portant à 12 le nombre d'IRM par million d'habitant pour 10 régions qui connaissent le taux de nouveaux cancers le plus élevé dont fait partie la Basse Normandie (soit 7 supplémentaires pour la région pour un total de 18 machines).

- Recommandations du plan AVC : La prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC) est un enjeu de santé publique compte tenu de la fréquence de cette pathologie et de sa gravité. Il s'agit de la 3ème cause de décès en France. 15 % des AVC surviennent chez des patients de moins de 50 ans. Les AVC entraînent une activité hospitalière conséquente avec 2 % des séjours de court séjour des établissements de santé. Les AVC constitués sont à l'origine de lourdes séquelles, la moyenne des scores de dépendance physique des patients post AVC est près de 50 % plus élevée que celle de l'ensemble des patients admis en SSR.

Le moyen de diminuer ces séquelles et donc, les durées de séjour et les coûts engendrés, est d'agir tôt, dans les 4 heures 30 qui suivent l'apparition des signes cliniques. Dans ce délai, et sous certaines conditions, il est possible d'envisager une thrombolyse.

Aujourd'hui seuls 50 % des AVC thrombolysables arrivent aux urgences dans un délai inférieur à 3h30, 94 % ont leur scanner dans un temps inférieur à 4h30 mais 2 % seulement accèdent à l'IRM.

Les patients suspects d'AVC aigu doivent avoir un accès prioritaire 24h/24 et 7j/7 à l'imagerie cérébrale. L'IRM est l'examen le plus performant pour montrer précocement des signes d'ischémie récente. Il convient de la réaliser de façon privilégiée. En cas d'impossibilité d'accéder en urgence à l'IRM, il convient de réaliser un scanner cérébral. Cet examen ne montre cependant qu'inconstamment des signes d'ischémie récente.

Enfin, le plan d'actions national AVC 2010-2014 préconise de :

- Réduire les délais entre les premiers symptômes, l'hospitalisation du patient et la réalisation d'une IRM cérébrale ;
- Améliorer les pratiques professionnelles, notamment en augmentant le taux de réalisation d'une IRM cérébrale ;
- Définir des protocoles opérationnels au cours de la phase aigüe, notamment relatifs à l'accès à l'IRM comme examen de première intention ;
- Déployer des systèmes de télémédecine relatifs à l'AVC.

La Basse-Normandie est une région rurale, où seulement 16% de la population habite dans des villes de plus de 17 500 habitants, rendant l'accès aux soins en urgence difficile. En France, ce chiffre se situe à environ 35%. La population bas-normande est très éclatée avec une densité de 83 habitants / km<sup>2</sup> (moyenne France = 101). 9,6% des bas-normands ont plus de 75 ans, alors que le taux national est de 8,3%. La région compte des indicateurs de santé défavorables sur les tumeurs malignes et les maladies cardiovasculaires. La démographie médicale y est fragile avec 30% de postes vacants à l'hôpital, et une baisse attendue des médecins généralistes et spécialistes.

Le nombre d'AVC hospitalisés en 2010 est de 2741 (155 de plus qu'en 2009), 85 % d'entre eux l'ont été dans un service de neurologie. En Basse Normandie, 3 UNV ont été labellisées : une au CHU de Caen (2007), une à Cherbourg (2009) et une à Saint-Lô (2010). 105 thrombolyse ont été réalisées dont 75 dans les 3 UNV labellisées en Basse-Normandie (45 au chu, 19 à Cherbourg et 11 à Saint-Lô).

**Peu d'établissements comptent dans leurs effectifs la présence d'un ou plusieurs neurologues** : 3 établissements en dehors des établissements disposant d'une UNV (Alençon, Avranches et Lisieux).

**Le déploiement du projet Télé AVC élaboré en étroite collaboration par le GCS télésanté, le CHU et l'ARS, reconnu par l'ASIP et financé au titre du plan national AVC doit permettre de mailler le territoire par la mise en œuvre d'une organisation mutualisée.**

### Recommandations relatives à la priorité de gestion du risque

Le développement d'une imagerie médicale efficiente constitue un enjeu majeur en termes d'accès, de meilleure adéquation aux besoins et de bonnes pratiques et de soutenabilité financière. Dans le cadre de la mise en œuvre de la priorité pluriannuelle de gestion du risque sur l'imagerie, il est demandé aux ARS de mettre en place le plan d'accompagnement au sein des établissements publics de santé en étroite collaboration avec les directeurs coordonnateurs de la gestion du risque, sachant que le plan d'accompagnement des établissements privés de santé et des radiologues libéraux relève de l'assurance maladie. Les objectifs suivants sont ciblés pour la Basse Normandie :





IMAGERIE

## Principaux constats au moment de l'élaboration du SROS/PRS 2013-2018

- 1** - Un taux d'équipement régional en IRM très inférieur à la moyenne Européenne : La nécessité d'augmenter le parc d'IRM en région
- 2** - La nécessité de développer des actions visant à améliorer qualitativement l'offre



2

*Principaux  
constats*



## 1 - Un taux d'équipement régional en IRM très inférieur à la moyenne Européenne : La nécessité d'augmenter le parc d'IRM en région

La Basse-Normandie compte en 2011, 11 IRM soit un taux d'équipement de 7,46 IRM par million d'habitants, la moyenne nationale étant de 9,43 et la moyenne européenne (hors France en 2009) étant de 17.

Devant ce constat, les grands axes de la politique régionale consistent à :

- Privilégier des techniques moins irradiantes en développant l'usage de l'IRM en substitution du scanner pour certaines modalités, en privilégiant 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).
- Développer le parc IRM pour favoriser l'accès H24 dans le cadre de la prise en charge de l'AVC, améliorer l'accès pour les bilans de cancérologie, de maladies neuro-dégénératives, la prise en charge pédiatrique.
- Diminuer les délais de rendez-vous pour l'imagerie en coupe pour les bilans de cancérologie.
- Mettre en adéquation les ressources humaines et les équipements : la présence de 3 radiologues seniors pour un scanner et 5 pour une IRM est préconisée.

### Bilan

Evolution des équipements par millions d'habitants<sup>38</sup>

|            | 2012           |             | 2016           |             |
|------------|----------------|-------------|----------------|-------------|
|            | Nb d'appareils | Taux par MH | Nb d'appareils | Taux par MH |
| TDM        | 26             | 17.6        | 27             | 18.3        |
| <b>IRM</b> | <b>11</b>      | <b>7.4</b>  | <b>21</b>      | <b>14.2</b> |
| TEP        | 1              | 0.7         | 2              | 1.4         |

Afin de tendre vers une amélioration de la prise en charge des patients dans la région, la Basse-Normandie a programmé, au-delà des 7 équipements supplémentaires nécessaires pour répondre aux indices du plan cancer de se doter également d'une IRM 3T (neurologie, cardiologie, oncologie, ...) et deux IRM spécialisées ostéo-articulaires permettant de délester les IRM polyvalentes.

<sup>38</sup> 1 477 209 habitants en 2012

La région a donc presque doublé son parc d'IRM, passant de 11 en 2012 à 21 en 2016, permettant à la région de se rapprocher de la moyenne Européenne en taux d'équipement par habitant, soit 14,2 versus 17.

L'objectif est que le nombre d'IRM soit suffisant pour répondre au besoin en cancérologie, en cardiologie et en neurologie.

**En 2011 les équipements IRM installés se répartissent comme suit :**

- 2 IRM 1,5 Tesla au CHU avec des vacations également assurées par GIE d'Alençon et la Polyclinique du Parc à Caen
- 1 IRM 1,5 Tesla au centre de lutte contre le cancer avec plusieurs vacations assurées par des radiologues libéraux de Caen, de Lisieux et le centre hospitalier de Falaise et d'Argentan - 1 IRM 1,5 Tesla au centre d'imagerie médicale de Basse-Normandie
- 1 IRM 1,5 Tesla à la Centre Hospitalier Privé Saint Martin à Caen
- 1 IRM 1,5 Tesla au Groupement d'Intérêt économique du Pays d'Auge comprenant l'implication des radiologues du centre hospitalier, du CIM de Lisieux, des radiologues de la côte fleurie et de Bernay
- 1 machine 1,5 Tesla installée au Centre Hospitalier de Public du Cotentin, exploitée conjointement par les praticiens hospitaliers d'une part et les radiologues libéraux d'autre part, au bénéfice des patients de la Presqu'île du Cotentin.
- 1 machine 1,5 Tesla installée au sein du centre hospitalier Mémorial de Saint-Lô avec des vacations assurées par les radiologues libéraux de Saint-Lô.
- 1 machine 1,5 Tesla installée dans le sud manche, au sein du centre hospitalier d'Avranches. Cette machine est exploitée dans le cadre d'un GIE (public-privé) entre les praticiens hospitaliers et d'un regroupement de libéraux au sein d'une SCM. Ces radiologues proviennent du centre d'imagerie de la polyclinique de la Baie d'Avranches, du centre d'imagerie de Granville et du centre d'imagerie de Coutances Clinique Henry Guillard).
- 1 machine 1,5 Tesla située dans l'enceinte de la clinique de Flers, exploitée par une structure libérale, la SA Scanner-IRM du Bocage. 13 radiologues interviennent sur la machine : 7 libéraux de Flers (SEL Imagerie Médicale), 2 publics du CH de Flers, 2 libéraux du cabinet d'Argentan, 2 praticiens au Centre Hospitalier (pour une vacation chacun). L'ensemble des structures associées ont signé une convention de partenariat avec la SA assurant une coopération effective et renforcée entre les cabinets de radiologie et les établissements publics/privés. Le CH de Flers est site 3C (Centre de Coordination en Cancérologie) avec une activité cancérologique conséquente notamment en digestif, sénologie et urologie. Une PDS partagée unifiée (territoriale sur l'imagerie en coupe scanner) est opérationnelle sur le CH de Flers (établissements disposant de l'autorisation d'activité d'urgences).
- 1 IRM 1,5 T exploitée par le GIE Imagerie Médicale Sud Normandie d'Alençon positionnée au centre hospitalier d'Alençon. Cette machine est exploitée dans le cadre d'un GIE (public-

privé) entre les praticiens hospitaliers et d'un regroupement de libéraux au sein d'une SEL IMA.

Concernant les scanners, il n'existait pas d'indice national en termes de couverture populationnelle.

Le SROS III a permis d'augmenter de 6 le nombre d'implantations, 2 équipements restant à installer à échéance du SROS III (au CHU et à la Clinique de Flers).

Bien que les recommandations nationales tendent à diminuer de manière significative le nombre d'actes irradiants, une augmentation du parc actuel a été retenue (cf. révision du SROS).

Concernant la médecine nucléaire, le SROS a prévu la réinscription du second tep-scan préalablement inscrit en implantation dans le SROS III mais non autorisé en 2011. Cette implantation de TEP doit s'inscrire dans le cadre d'une coopération entre le CHU, le CLCC et les médecins nucléaires libéraux. Une TEP IRM peut être autorisée sous condition de la suppression d'une gamma caméra.

La conjonction d'une évolution de la démographie médicale publique mais également libérale, le maintien des équipements scanographiques existants, le renforcement significatif du parc d'IRM, l'évolution de la médecine nucléaire vers les modalités adaptées (caméra CZT moins irradiante et ultra rapide) et des modalités de coopération de territoire permettent de garantir une prise en charge cohérente et adaptée des patients.

### **Données relatives à la médecine nucléaire**

Le Tep-Scan installé en 2008 dans les locaux du CHU fonctionne en étroite collaboration entre le CHU, le CLCC et les médecins nucléaires libéraux de Caen sous l'égide de l'Institut Régional de Cancérologie de Basse-Normandie. Il connaît une forte activité (2 858 examens en 2010) avec une croissance progressive du nombre de demandes et un délai d'attente d'au moins 10 à 15 jours. Actuellement 13 examens sont réalisés quotidiennement. L'acquisition prochaine d'un injecteur multidose permettra de passer à 14 examens par jour.

Le nouveau service de médecine nucléaire d'Avranches installé au sein de la polyclinique de la Baie a démarré son activité en mai 2010.

Dans les prochaines années, des prévisions d'évolution d'activité sont à prévoir notamment en cancérologie mais aussi en neurologie, cardiologie et maladies inflammatoires. En cancérologie, le rôle déterminant de la Tep se justifie pour son estimation des volumes cibles de radiothérapie externe.

A l'horizon 2015, une prévision de 4 200 examens Tep par an est envisagée avec un développement probable en cardiologie.

Ainsi l'implantation d'un deuxième Tep Scan a été programmée dans le cadre du SROS-PRS pour répondre à la fois à l'objectif national de disposer d'un Tep pour 700 000 habitants, de diminuer les délais d'attente et de développer cette modalité de prise en charge des patients. Le projet médical commun CHU-CLCC acte son positionnement au CLCC.

En 2011, l'effectif médical se répartissait comme suit : 3,5 médecins nucléaires au CLCC, 2 au CHU, 2 à la Polyclinique du Parc à Cherbourg et 1,5 à Avranches.

A échéance du SROS-PRS révisé :

|               | CALVADOS |      | MANCHE |      | ORNE |      | REGION BN |      |
|---------------|----------|------|--------|------|------|------|-----------|------|
|               | 2012     | 2018 | 2012   | 2018 | 2012 | 2018 | 2012      | 2018 |
| Scanner       | 13       | 14   | 8      | 8    | 5    | 5    | 25        | 26   |
| IRM           | 6        | 11   | 3      | 6    | 2    | 4    | 11        | 21   |
| TEP TDM       | 1        | 2    |        |      |      |      | 1         | 2    |
| Gamma caméras | 8        | 7    | 2      | 2    |      |      | 10        | 9    |

Au 1er avril 2016, les nouvelles autorisations d'équipement matériel lourd prévues au SROS sont toutes attribuées et 4 appareils restent à installer.

#### Nombre de nouveaux appareils autorisés au 01/04/2016

| Territoire de santé | Territoire de proximité | IRM    | TDM | TEP | CYCLOTRON | Commentaires   |
|---------------------|-------------------------|--------|-----|-----|-----------|--|
| CALVADOS            | CAEN                    | 3      | 1   | 1   | 1         | 1 IRM spécialisée OA<br>1 IRM 3 tesla pas encore installée<br>Retard à l'installation de la TEP TDM. |
|                     | BAYEUX                  | 1      |     |     |           |  |
| MANCHE              | LISIEUX                 | 1      |     |     |           |  |
|                     | NORD                    | 1      |     |     |           | 1 IRM spécialisée OA<br>Pas encore installée. Recours dossier concurrent                             |
| ORNE                | CENTRE                  | 1      |     |     |           |  |
|                     | SUD                     | 1      |     |     |           |  |
|                     | ALENCON<br>FLERS        | 1<br>1 |     |     |           | Retard installation en raison de travaux   |
| <b>TOTAL</b>        |                         | 10     | 1   | 1   | 1         |  |

Au total, depuis l'élaboration du SROS :

- IRM : 10 nouvelles autorisations, dont 2 ostéo-articulaires. 7 sont installées, dont les 2 ostéo-articulaires.
- Scanner : 1 nouvelle autorisation, installée
- TEP TDM : 1 nouvelle autorisation, non installée

#### La permanence des soins (PDS)

Les 13 lignes de PDS imagerie financées :

1. CHU de Caen

2. CH de Bayeux
3. CH de Falaise 0.5 et CH d'Argentan 0.5
4. CH privé de St Martin
5. Clinique du Parc
6. CH de Lisieux 0.5 et CH de la cote fleurie 0.5
7. CH de Vire
8. CHPC Cherbourg
9. CH Mémorial de St Lô
10. CHAG pour les 2 sites
11. CH de Flers
12. CHICAM
13. CH de l'Aigle

En pratique, les établissements disposant d'une IRM n'utilisent pas ces machines en période de PDS. Seuls les scanographes sont mis en service. Les motifs avancés étant principalement l'absence de formation de tous les manipulateurs à l'utilisation de l'IRM.

#### **Difficultés d'organisation sur le terrain**

- Le CH de l'Aigle fait appel au prestataire CGTR (prestataire fournissant la téléradiologie) pour combler les absences inopinées des radiologues.
- Les CH d'Argentan et Falaise n'ont à ce jour pas signé de convention de partenariat pour le fonctionnement mutualisé de la PDS. Les radiologues sont opposés à la mutualisation des astreintes.
- CHICAM : les radiologues du public sont peu nombreux, le CH fait appel à des intérimaires pour les programmes et la PDS. Les privés ne participent pas aux astreintes.
- Difficultés de coopération entre le secteur public et privé dans le Centre Manche et le Nord Cotentin.

## 2 - La nécessité de développer des actions visant à améliorer qualitativement l'offre



### Principaux constats :

- **La Basse-Normandie connaît une évolution démographique défavorable ;**

Les radiologues exercent essentiellement dans le privé.

Beaucoup de regroupements public-privé sont porteurs d'autorisation des EML, essentiellement les IRM.

*Groupements de radiologues en annexe 2*

Radiologues des établissements publics :

*Liste des praticiens hospitaliers en annexe 3*

Radiologues privés :

Leurs cabinets se trouvent souvent sur plusieurs sites.

Ils travaillent en partenariat avec les établissements publics soit en intégrant un groupement type GIE, soit dans le cadre d'une convention de partenariat.

ASR

1 ASR au CHPC.

Internes

| Établissement     | Agrément       | nombre |
|-------------------|----------------|--------|
| CHU               | Pr PELAGE      | 14     |
| CHPC              | Dr JULIEN      | 1      |
| Clinique de FLERS | Dr HURTIER     | 1      |
| CLCC              | Dr LACROIX     | 4      |
| CH BAYEUX         | Dr LE ROQUAIS  | 1      |
| CH LISIEUX        | Dr ALBISETTI   | 3      |
| CH FALAISE        | Dr RHOULAM     | 1      |
| CIM Lisieux       | Dr TATARI      | 1      |
| CH Avranches      | Dr LETREGUILLY | 2      |

- **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 ;**

## **Le développement de la téléradiologie**

### **Cadre national**

- guide pour le bon usage professionnel et déontologique de la téléradiologie (élaboré par le conseil professionnel de radiologie G4 et le CNOM)
- charte de téléradiologie
- cahier des charges de la convention médicale de téléradiologie

### **Loi 2004-810 du 13 août 2004 :**

- Article 32 : *la télémédecine permet, entre autres, d'effectuer des actes médicaux dans le strict respect des règles de déontologie mais à distance sous le contrôle et la responsabilité d'un médecin en contact avec le patient par des moyens de communication appropriés à la réalisation d'actes.*
- Article 33 : *les SROS intègrent la télémédecine. Chaque SROS définit les modes opérationnels pour répondre aux exigences de la santé publique et de l'accès aux soins.*

L'emploi de la téléradiologie doit être justifié par l'état de santé du patient, la continuité ou la PDS ou plus généralement par des circonstances particulières de temps et de lieu, et ne saurait justifier l'installation ou le renouvellement d'équipements d'imagerie lorsque le site ne dispose pas des radiologues nécessaires pour faire fonctionner ces équipements. Elle recouvre deux types de situations très différentes :

- Le télédiagnostic
- La télé expertise

La téléradiologie ne peut s'exercer en dehors d'un cadre formalisé et signé par les partenaires concernés précisant les modalités d'organisation, les conditions techniques, financières, juridiques des échanges médicaux.

### **Projet d'organisation régionale de la téléradiologie en BN**

Il s'appuie sur le cahier des charges de la convention médicale de téléradiologie.

L'avis de la FHF a été sollicité par le DGARS le 1<sup>er</sup> octobre 2013. Dans sa réponse arrivée du 3 février 2014, la FHF demande :

- Un pilotage régional pour valider et réguler le dispositif par la mise en place d'une instance stratégique et décisionnelle :
  - GCS télésanté
  - G4
  - Représentants des établissements publics de santé
- Une analyse juridique concernant l'hébergement provisoire des données dans le RIS local de l'effecteur. Privilégier une plateforme régionale.



- Une expertise réglementaire des modalités de rémunérations proposées dans le cas d'une PDS publique.

### Réseau de télétransmission

| Etablissements publics disposant d'un routeur SMN           | Etablissements privés disposant d'un routeur propre compatible avec SMN   |
|---|---|
| CHU   | Centre François Baclesse (pas sur le même réseau ETIAM, mais possibilité de l'y intégrer ; CFB non connecté au réseau régional haut-débit Norm@n) |
| CH de la cote fleurie                                       |   |
| CH Bayeux   |   |
| CH de Lisieux   |   |
| CH St-Lô (indirectement CH Coutances par CH St-Lô)          |   |
| CHPC Cherbourg  |   |
| CHAG (potentiellement CH St-Hilaire sur le même équipement) |   |
| CH Argentan   |   |
| CH de Flers (liaison avec SEL libérale)                     |   |
| CHICAM  |   |
| CHIC des Andaines   |   |
| CH Falaise  |   |

A ce jour, seuls les établissements publics ont mis en place la solution régionale de télé-imagerie. Pour les structures participant à une coopération publique-privée (GIE, ...) et pour lesquels des routeurs SMN ont été financés, l'équipement doit être à mis à disposition des partenaires publics et privés, les financements avaient été versés aux établissements publics correspondants à hauteur de 80% du coût d'acquisition.

Parmi les cabinets d'imagerie privés, seule la SEL de Flers partage le routeur de télé-imagerie du CH pour ses activités avec le CHIC des Andaines.

L'ARS a été sollicitée au sujet de la mise en place de 2 expérimentations (Calvados et Orne) sur la numérisation des dispositifs de dépistage du cancer du sein. Si le périmètre initial de l'expérimentation concernant le département du Calvados n'a pas été retenu en l'état par l'association Mathilde, car il n'offrait aucune visibilité sur les coûts en généralisation, et était déconnecté des autres actions mises en avant par l'ARS en matière de télé-imagerie, il a toutefois été décidé de poursuivre les réflexions en cohérence avec les outils déjà mis en œuvre. Une approche similaire a été proposée pour l'expérimentation ornaise. Des discussions sont donc en cours entre l'ARS, le GCS TSNB, la société ETIAM et les 2 éditeurs de solutions logicielles des 3 structures de dépistage en Basse-Normandie pour définir une architecture qui s'appuierait sur la plate-forme de télé-imagerie en place. Ainsi, les cabinets

libéraux d'imagerie pourraient s'équiper de la solution ETIAM, en cohérence avec l'équipement des établissements publics, et pourraient l'utiliser pour d'autres fins que la seule mammographie, tel que le décrit le Pr PELAGE du G4 Radiologie.

Dans ce contexte, un recensement des structures concernées a été réalisé. Il s'avère que parmi les quelques 38 structures d'imagerie intervenant sur le périmètre de la mammographie, entre 15 et 20 structures (à confirmer) resteraient à équiper, sous réserve que :

- Les cabinets d'imagerie appartenant à un même groupe ne s'équipent que d'un seul équipement de télé-imagerie, l'ensemble des sites devant être reliés entre eux
- Les cabinets d'imagerie participants à des coopérations (GIE, ...) dans lesquels l'établissement public est déjà équipé d'un routeur de télé-imagerie, puissent se relier sur le même équipement.
- Les structures souhaitant bénéficier de cet accompagnement adhèrent au GCS TSBN.

Une enveloppe financière a déjà été attribuée au GCS TSBN pour accompagner des établissements publics et des cabinets libéraux dans l'équipement en télé-imagerie, et pour compléter la plate-forme régionale. Celle-ci devrait permettre de couvrir une majeure partie de ces accompagnements.

### **Cas concrets de téléradiologie en BN**

#### Cabinet de radiologie du 109 à FLERS / CHIC des Andaines

Transfert d'images du service d'imagerie médicale du CHIC vers la SEL. Les transferts intéressent exclusivement la radiologie conventionnelle pour des examens pouvant faire l'objet d'un CR différé.

#### CH de Lisieux / CH cote fleurie

Convention de coopération relative à l'interprétation à distance des examens de scanographie.

Le CH de Lisieux met à disposition du CH de la Côte Fleurie un praticien à hauteur de 2 vacations hebdomadaires d'1/2 journée et 3 1/2 journées par semaine pour l'interprétation à distance par les praticiens du CH de Lisieux des examens scanographiques réalisés au CH de la Côte Fleurie par télé-médecine.

Cette coopération s'inscrit dans le cadre d'un partage de la permanence des soins de nuit, de week-end et de jour férié, effectuée sur le site de Lisieux.

#### CH Argentan / Sodiray

Convention de téléradiologie entre le centre radiologique SODIRAY à Liège et le CH d'Argentan.

Cette convention avec un centre radiologique Belge est décrite par les radiologues de la région, notamment le G4.

Un courrier du conseil professionnel de la radiologie française a été adressé au Directeur du CH d'Argentan notifiant la « dérive commerciale » de son appel d'offre à la téléradiologie (ristourne sur les actes CCAM).

Le CH a procédé au recrutement d'un couple de roumains récemment inscrits à l'ordre des médecins, permettant une mise en conformité de l'équipement.

#### CH Sées / CH Argentan

Transferts d'images entre le CH de Sées et le CH Argentan pour interprétation distante par Argentan.

- **La radiologie interventionnelle est en expansion**

Au niveau national, le recensement de l'activité de radiologie interventionnelle est difficile compte tenu de sa diversité et repose actuellement que sur des enquêtes déclaratives (INCA 2006, FRI 2007-2008 et SFICV depuis 2007).

Ces enquêtes confirment la diversité des domaines d'application de la radiologie interventionnelle (oncologie, actes endovasculaires et de revascularisation, destruction tumorale par thermo-ablation, radiologie interventionnelle hépato-biliaire et digestive, urogénitale et thoracique non vasculaire, sénologique, ostéoarticulaire) et la forte croissance annuelle de ces activités (**545 048** actes en 2009 ; ...).

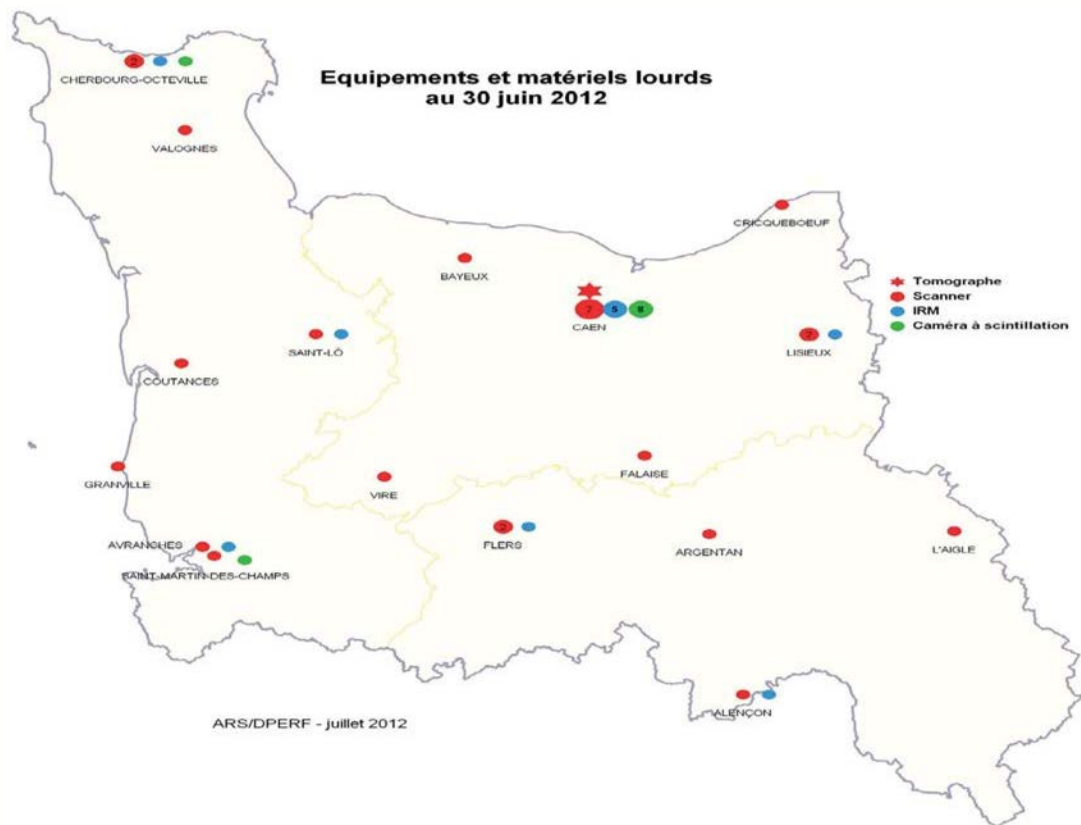
### **Bilan qualitatif**

- Doublement du parc IRM pour une meilleure accessibilité, notamment en termes de prise en charge cancérologique.
- Diminution des délais de rendez-vous (2 à 3 semaines).
- Développement des coopérations public-privé autour des autorisations IRM.
  - GIE de Bayeux
  - GIE public privé du sud manche,
  - GIE Cotentin,
  - SA de Flers implantée dans les locaux du CH de Flers,
  - GIE sud Normandie (Alençon),

- GIE côte fleurie (Deauville),
    - GIE Pays d'Auge (Lisieux).
  - Scanner dans les établissements disposant d'un service d'urgence.
  - Développement des nouvelles technologies : IRM 3T, TEP TDM au CHU et CLCC
  - Signature de CPOM avec tous les groupements porteurs d'un EML
  - Démographie médicale des radiologues très préoccupante, notamment dans les établissements publics.
- 
- Coopération public privé sur le territoire de la Manche difficile.
  - Délais d'attente pour les scanner en augmentation, du fait de la substitution de l'imagerie conventionnelle au profit de l'imagerie en coupe.

### **Perspective :**

Evaluation (en cours sur le périmètre normand) de l'activité des EML installés, des autorisations non installées, de la démographie des radiologues en Normandie afin d'apprécier les besoins nouveaux dans la perspective d'une révision des volets imagerie des SROS de Basse-Normandie et de Haute-Normandie.



Annexe 1 : état des lieux des équipements matériels lourds (EML) en BN

| CALVADOS        | Avant le SROS-PRS (2010)   |   | Echeance du SROS PRS revise  |                 |
|-----------------|--|---|--|-----------------|
|                 | Autorisation   | Implantation  | <i>Autorisations nouvelles</i>   |                 |
|                 |  |   | Autorisation   | Implantation    |
| <b>Scanners</b> | CHU : <b>3 autorisations</b> .<br>La 3 <sup>e</sup> autorisation est arrivée à caducité 2 fois.<br>Renouvelée en CSOS de février 2014. | CHU, CAEN : <b>2 scanners installés</b> (au 1 <sup>er</sup> étage à proximité des urgences et au 12 <sup>e</sup> étage à proximité de la neurochirurgie). | CHU CAEN : 1 autorisation pour un 3 <sup>e</sup> scanner, CSOS du 27/02/2014 |                 |
|                 | CLCC : <b>1 autorisation</b>   | CLCC, CAEN : <b>1 scanner installé</b>  |  |                 |
|                 | SIM St Martin : <b>1 autorisation</b>  | HP St Martin, CAEN : <b>1 scanner installé</b>  |  |                 |
|                 | CIM BN de Caen : <b>1 autorisation</b>   | Centre d'imagerie médicale, CAEN : <b>1 scanner installé</b>  |  |                 |
|                 | SA imagerie médicale du Parc : <b>1 autorisation</b> .   | Polyclinique du Parc, CAEN : <b>1 scanner installé</b> .  |  |                 |
|                 |  |   | 1 autorisation Calvados  |                 |
|                 | GIE scanner IRM du Bessin : <b>1 autorisation</b> .  | CH BAYEUX : <b>1 scanner installé</b> .   |  |                 |
|                 | GIE imagerie médicale de Vire : <b>1 autorisation</b>  | Clinique Notre Dame, VIRE : <b>1 scanner installé</b>   |  |                 |
|                 | CH de Falaise : <b>1 autorisation</b>  | CH de FALAISE : <b>1 scanner installé</b> .   |  |                 |
|                 | CIM de Lisieux : <b>1 autorisation</b> .   | Centre d'imagerie médicale, LISIEUX : <b>1 scanner installé</b> .   |  |                 |
|                 | CH de Lisieux : <b>1 autorisation</b>  | CH de LISIEUX : <b>1 scanner installé</b> .   |  |                 |
|                 | GIE scanner pôle de santé de la cote fleurie : <b>1 autorisation</b>   | Polyclinique de DEAUVILLE, <b>1 scanner implanté</b> .  |  |                 |
|                 | <b>13 appareils autorisés</b>  | <b>12 appareils installés</b>   | <b>1 appareil autorisé mars 2015</b>   | <b>Installé</b> |

| CALVADOS       | Avant le SROS-PRS (2010)                 |   | Echeance du SROS PRS   |  |
|----------------|--|---|--|--|
|                | Autorisation                             | Implantation  | Autorisation   | Implantation   |
| <b>IRM</b>     | CHU : 2 autorisations IRM                | CHU, CAEN : 2 IRM polyvalentes 1.5T installées.               | CHU : 1 autorisation IRM polyvalente 3T.<br>CSOS 12/09/2013  | CHU non installée à ce jour, prévue 2016                     |
|                | CLCC : 1 autorisation IRM                | CLCC, CAEN : 1 IRM polyvalente 1.5T installée                 |  |  |
|                | SIM St Martin : 1 autorisation IRM       | HP St Martin, CAEN : 1 IRM polyvalente 1.5T                   | SIM St Martin : 1 autorisation IRM spécialisée OA.<br>CSOS 12/09/2013                                      | HP St Martin, CAEN. Installé<br>VC en décembre 2014          |
|                | CIM BN de Caen : 1 autorisation IRM      | Centre d'imagerie médicale, CAEN : 1 IRM polyvalente 1.5T     |  |  |
|                |  |   | SA imagerie médicale du Parc : 1 autorisation IRM polyvalente 1.5T.<br>CSOS 12/09/2013                     | Polyclinique du Parc, CAEN..<br>Installée, VC le 14/10/2014  |
|                | GIE IRM pays d'auge : 1 autorisation IRM | CH de LISIEUX : 1 IRM polyvalente 1.5T installée              | GIE IRM pays d'Auge : 1 autorisation IRM spécialisée OA.<br>CSOS 12/09/2013                                | CH de LISIEUX<br>Installée, VC prévue pour décembre 2014     |
|                |  |   | GIE scanner IRM du Bessin : 1 autorisation IRM polyvalente 1.5T<br>CSOS 12/09/2013                         | CH BAYEUX<br>Installée<br>Visite de conformité décembre 2015 |
|                |  |   |  |  |
|                | 6 appareils autorisés                    | 6 appareils installés   | 5 appareils autorisés dont 2 spécialisés OA  | 4 appareils installés sur les 5 autorisés                    |
| <b>TEP TDM</b> | CHU : 1 autorisation                     | CHU : 1 TEP TDM.<br>Fonctionne en partenariat 50/50 avec CLCC | CLCC<br>1 autorisation TEP TDM.<br>Partenariat 50/50 avec CLCC<br>+20% aux MN libéraux sur les 2 machines. | CLCC<br>Non installée  |

|                      |   |   |                            |                     |
|----------------------|---|---|----------------------------|---------------------|
|                      |   |   | CSOS 09/10/2014            |                     |
|                      | 1 appareil autorisé                     | 1 appareil installé                                     | 1 autorisation à attribuer | <b>Non installé</b> |
| <b>Gamma caméras</b> | CHU : 3 autorisations                   | CHU : 3 gamma caméras, dont 1 couplée à un scanner.     |                            |                     |
|                      | CLCC : 3 autorisations                  | CLCC 3 gamma caméras, dont 2 couplées à un scanner.     |                            |                     |
|                      | Drs HARANG et WAMPACH : 2 autorisations | CENTRE TUBIANA (près clinique du Parc): 2 gamma caméras |                            |                     |
|                      | 8 appareils autorisés                   | 8 appareils installés                                   |                            |                     |



| MANCHE          | Avant le SROS-PRS (2010)  |  | Echéance du SROS PRS révisé  |  |
|-----------------|---|--|--|--|
|                 | Autorisation  | Implantation   | Autorisation   | Implantation   |
| <b>Scanners</b> | CHPC : 2 autorisations pour les sites de Cherbourg et Valognes  | 1 scanner au CH de CHERBOURG<br><br>1 scanner au CH de VALOGNES. |  |  |
|                 | SELARL CIM de Cherbourg Octeville : 1 autorisation              | Polyclinique du Cotentin : 1 scanner installé                    |  |  |
|                 | CH St-Lô Coutances : 1 autorisation.                            | CH de ST LO : 1 scanner.   |  |  |
|                 | SELARL imagerie médicale du littoral : 1 autorisation           | Clinique de Coutances : 1 scanner installé                       |  |  |
|                 | CHAG : 2 autorisations pour les sites de Granville et Avranches | 1 scanner au CH de GRANVILLE<br><br>1 scanner au CH d'AVRANCHES  |  |  |
|                 | CIM de la BAIE : 1 autorisation                                 | Clinique de la BAIE : 1 scanner installé, ST MARTIN DES CHAMPS   |  |  |
|                 | <b>8 appareils autorisés</b>                                    | <b>8 appareils installés</b>                                     |  |  |
| <b>IRM</b>      | CHPC : 1 autorisation   | CH de CHERBOURG<br>1 IRM installée                               |  |  |
|                 | CH St-Lô Coutances : 1 autorisation.                            | CH de ST LO : 1 IRM installée                                    |  |  |
|                 |   |  | SELARL imagerie médicale du littoral : 1 autorisation<br><br>CSOS 12/09/2013                       | Clinique de COUTANCES : 1 IRM installée. VC effectuée  |
|                 | GIE IRM public-privé de la manche : 1 autorisation              | CH de Granville : 1 IRM installée                                |  |  |
|                 |   |  | - GIE IRM public privé sud manche<br><br>-GIE IRM du Cotentin<br><br>Autorisation CSOS 5 mars 2015 | -Polyclinique de la BAIE visite de conformité effectuée<br><br>-CHPC site de Valognes<br><br>Non installée (recours) |

|               |   |  |                       |                       |
|---------------|---|--|-----------------------|-----------------------|
|               | 3 appareils autorisés                   | 3 appareils installés  | 3 appareils autorisés | 2 appareils installés |
| Gamma caméras | Dr ABIB : 1 autorisation                | Clinique de la Baie : 1 gamma caméra installée                                 |                       |                       |
|               | Drs HARANG et WAMPACH : 1 autorisations | Centre Tubiana CHERBOURG (polyclinique du Cotentin): 1 gamma caméras installée |                       |                       |
|               | 2 appareils autorisés                   | 2 appareils installés  |                       |                       |

| ORNE     | Avant le SROS-PRS (2010)                             |  | Echéance du SROS PRS révisé  |                                      |
|----------|--|--|--|--------------------------------------|
|          | Autorisation   | Implantation   | Autorisation   | Implantation                         |
| Scanners | SA scanner IRM du Bocage : 2 autorisations           | CH de FLERS : 1 scanner installé<br>Clinique de FLERS : 1 scanner installé |  |                                      |
|          | GIE Imagerie médicale Sud Normandie : 1 autorisation | CHICAM : 1 scanner installé  |  |                                      |
|          | CH Argentan : 1 autorisation                         | CH ARENTAN : 1 scanner installé  |  |                                      |
|          | CH de l'Aigle : 1 autorisation                       | CH L'AIGLE : 1 scanner installé  |  |                                      |
|          | 5 appareils autorisés                                | 5 appareils installés  |  |                                      |
| IRM      | SA scanner IRM du Bocage : 1 autorisation            | Clinique de FLERS : 1 scanner installé                                     | SA scanner IRM du Bocage : 1 autorisation CSOS 12/09/2014            | CH de FLERS : 1 IRM prévue pour 2017 |
|          | GIE Imagerie médicale Sud Normandie : 1 autorisation | CHICAM : 1 scanner installé  | GIE Imagerie médicale Sud Normandie : 1 autorisation CSOS 12/09/2014 | CIM d'ALENÇON : 1 IRM installée      |
|          | 2 appareils autorisés                                | 2 appareils installés  | 2 appareils autorisés  | 1 appareil installé                  |

## Annexe 2 : Les groupements de radiologues

|   |                                    |  |   |
|---|------------------------------------|--|---|
| <b>CIM BN CAEN</b><br><i>Centre d'Imagerie Médicale de Basse-Normandie</i><br>16 Rue Claude Bloch<br>14000 CAEN | <b>Radiologie quai Venduvre</b>    | Dr GARIN F.<br>Dr CACHIA B.<br>Dr PERON J.M.<br><br>Dr LAURE <sup>R</sup> installée Dr PAYENNEVILLE H.<br>Dr FREMONT F.<br>Dr SAOUD M. A.<br>Dr LE HENAFF L. | <ul style="list-style-type: none"> <li>1 Scanner installé au CIM</li> <li>1 IRM polyvalente au CIM</li> </ul> |
|   | <b>Radiologie rue Sardi Carnot</b> | Dr MALHERBE F.<br>Dr VERNOUILLET S.<br>Dr LAURAIN S.<br>Dr HERZHAFT L.<br>Dr BACQUEY F.  |   |

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
|  |  | Dr LE BRONEC L.<br>Dr SOAVELO-GOMINA M.<br>Dr GONZALEZ A.<br>Dr SOLTANIAN R.<br>Dr DELLILE J.P.   |   |
| GIE la miséricorde<br>CAEN   | Radiologue Cabinet<br>Hérouville             | Dr OARDA M.<br>Dr SALAUN A.   | 1 scanner à la clinique<br>de la miséricorde  |
|  | Radiologue quai de<br>juillet                | Dr PAUGAM J.P.<br>Dr MARTIN Y.<br>Dr MONNERIE J.L.<br>Dr NOTARI J.<br>Dr NOTARI-LEFEVRE A.C.  |   |
|  | Clinique de la<br>miséricorde                | Radiologues quai de juillet<br>sont alariés temps partiel   |   |
| SA imagerie médicale<br>du Parc<br><i>SA Imagerie Médicale<br/>du Parc<br/>20 Avenue du Capitaine<br/>Guynemer<br/>14052 CAEN CEDEX 04</i> | Radiologie quai<br>Vendeuvre                 | Docteur CACHIA Bruno<br>Docteur GARIN François<br>Docteur LADANNE-MARIE<br>Laurence<br>Docteur LAURE Richard<br>Docteur LE HENAFF Loïc<br>Docteur FREMONT François<br>Dr PAYENNEVILLE Hervé<br>Docteur PERON Jean-Marc<br>Docteur SAOUD Mohamed | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 scanner installé à la polyclinique du Parc</li> <li>• 1 IRM polyvalente prévue pour septembre 2014 à la polyclinique du parc</li> </ul>  |
|  | Radiologie rue Sardi<br>Carnot               | Dr MALHERBE F.<br>Dr VERNOUILLET S.<br>Dr LAURAIN S.<br>Dr HERZHAFT L.<br>Dr BACQUEY F.<br>Dr LE BRONEC L.<br>Dr SOAVELO-GOMINA M.<br>Dr GONZALEZ A.<br>Dr SOLTANIAN R.<br>Dr DELLILE J.P.  |   |
| SIM st martin<br><i>SAS hôpital privé St<br/>Martin<br/>18 rue des Roquemonts<br/>14050 CAEN CEDEX 4</i>                                   | CHP St Martin                                | Docteur CATROUX G.<br>Docteur CHALLINE B.<br>Dr ISELIN Annie<br><br>Docteur MARICHAL <sup>Y</sup> :1.5T<br>Docteur MARIOTTE B.<br>Dr NAMUR Mathieu<br>Docteur PIEL G.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 scanner installé au CHP</li> <li>• 1 IRM polyvalente installée au CHP</li> <li>• 1 IRM OA autorisée, installation prévue 2015</li> </ul> |
|  | Radiologues du CIM de<br>St Quentin (Bayeux) | Docteur GIOT D.<br>Dr MARCELLIN FLAIS V.  | Accès IRM du SIM St<br>Martin   |

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  |  | Docteur MORIN P.<br>Docteur SERRA P.   |   |
| <b>DOCTEURS HARANG ET WAMPACH</b><br><i>POLYCLINIQUE DU PARC</i><br><i>20 avenue Georges GUYNEMER</i><br><i>14052 CAEN CEDEX 4</i> | Médecins nucléaires  | Dr HARANG<br>Dr WAMPACH  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 gamma caméra installées à la polyclinique du Parc</li> <li>• 1 gamma caméra installée à la polyclinique du Cotentin</li> </ul> |
| <b>GIE scanner IRM du Bessin G.I.E.</b><br><i>scanner et IRM du Bessin</i><br><i>13 rue de Nesmond</i><br><i>14 400 BAYEUX</i>     | Radiologues du CIM de St Quentin (Bayeux)                  | Docteur Paul LE ROQUAIS<br>Dr Virginie MARCELLIN FLAIS<br><br>Docteur Philippe MORIN•<br>Docteur Gilles ROLLET<br>Dr Paola SERRA                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 scanner installé au CH de Bayeux 1 IRM polyvalente 1.5T autorisé prévu pour 2015 au CH de Bayeux</li> </ul>                    |
|  | CH de Bayeux   |  |   |
| <b>GIE IRM pays d'auge</b><br><i>4 rue Roger Aini</i><br><i>14 107 LISIEUX Cedex</i>   | Le CH de Lisieux,<br>50% des parts                         | Dr ALBISETTI Jacques<br>Dr HABACHOU Rabah<br>Dr HABLANI Naceur<br><br>Dr SACKO Dapa•<br>Dr HAJLAOUI Walid (assistant spé associé)                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 IRM polyvalente 1.5T installée au CH de Lisieux 1 IRM OA autorisée au CH de Lisieux</li> </ul>                                 |
|  | La SEL BDH à Bernay,<br>20%                                | Dr POUTZ-FONTAINE Isabelle   |   |
|  | La SEL Logirad 14 au pole de santé de la cote fleurie, 10% | Dr PONS Philippe<br>Dr MOUTON Philippe<br>Dr MATTIUSSI Eric<br>Dr BRISSON Philippe<br>Dr GAUTHIER Thierry  |   |
|  | Le CIM à Lisieux, 20%                                      | Dr CHAVATTE François<br>Dr TATARI Ahmed<br>Dr TATARI PERIVIER Isabelle   |   |
| <b>CIM Lisieux</b><br><i>5 Bis Rue Gaétane Bouffay</i><br><i>14100 LISIEUX</i>   | Groupement privé   | Dr CHAVATTE François<br>Dr TATARI Ahmed<br>Dr TATARI PERIVIER Isabelle<br>Dr Khedidja FERGANI<br>Dr Véronique BOUTE<br>Dr Thierry BONAMICI (mi-temps retraité) | 1 scanner installé au CIM   |

|   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <p>GIE scanner pôle de santé cote fleurie</p> <p><i>La brèche du bois</i></p> <p><i>Route départementale 62</i></p> <p><i>14 113 CRICQUEBOEUF</i></p>                                 | <p>SA polyclinique de Deauville</p> <p><i>Les radiologues privés du cabinet LOGIRAD intervenant également pour la clinique</i></p> | <p>Docteur P. MOUTON</p> <p>Docteur GAUTHIER Thierry</p> <p>Docteur P. PONS</p>   | <p>1 scanner installé à la polyclinique de Deauville</p>  |
|   | <p>Le CH de la Côte Fleurie à Honfleur</p> <p><i>Les radiologues du CH de Lisieux intervenant pour le CH de Deauville</i></p>      | <p>Docteur D. SACKO</p> <p>Docteur J. ALBISETTI</p> <p>Docteur N. HABLANI</p> <p>Docteur R. HABACHOU</p>  |   |
|   | <p>La SELARL « LOGIRAD 14 »</p> <p><i>Cabinet de radiologie de Deauville-Trouville</i></p>   | <p>Docteur P. MOUTON</p> <p>Docteur GAUTHIER Thierry</p> <p>Docteur P. PONS</p>   |   |
| <p>GIE imagerie médicale Vire.</p> <p><i>5 rue Octave Gréard</i></p> <p><i>14 500 VIRE</i></p>  | <p>Société de fait des Drs BENATOUIL, PENINQUE, GUEDJ.</p>   | <p>Dr BENATOUIL,</p> <p>Dr PENINQUE,</p> <p>Dr GUEDJ.</p>   | <p>1 scanner installé à la Clinique de Vire</p>   |
|   | <p>Centre hospitalier de Vire</p>  | <p>Dr AHLAZZAA</p>  |   |
| <p>CIM de la BAIE</p> <p><i>Société de fait des Drs HEURTAULT, KURDZIEL, LAMY, POTIER</i></p> <p><i>Polyclinique de la Baie 1 Avenue du Quesnoy 50300 SAINT MARTIN DES CHAMPS</i></p> |  | <p>Dr HEURTAULT,</p> <p>Dr KURDZIEL,</p> <p>Dr LAMY,</p> <p>Dr POTIER</p>   | <p>1 scanner installé à la polyclinique de la Baie</p>  |
| <p>GIE centre IRM public privé de la Manche 849</p> <p><i>Rue des Menneries</i></p> <p><i>BP 629</i></p> <p><i>50406 GRANVILLE CEDEX</i></p>  | <p>CIM de la Baie à Avranches</p>  | <p>Dr HEURTAULT,</p> <p>Dr KURDZIEL,</p> <p>Dr LAMY,</p> <p>Dr POTIER</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 IRM polyvalente installée au CH d'Avranches</li> <li>• 1 IRM à la polyclinique de la Baie</li> </ul> |
|   | <p>Centre Hospitalier d'Avranches-Granville (849 rue de Menneries à Granville)</p>   | <p>Dr Véronique GUERY</p> <p>Dr Claire LETREGUILLY</p> <p>Dr Abdellah JOIDATE</p> <p>Dr Abdellilah SMIHI (vacation régulière le vendredi)</p> <p>Dr El Hadji NDIAYE</p> |   |
|   | <p>Cabinets des Drs Gontran, Stierer, Guéry à Granville</p>  | <p>Dr Olivier GONTRAN</p> <p>Dr Véronique GUERY</p> <p>Dr Valérie STIERER</p>   |   |
| <p>Dr ABDEL MOUMEN ABIB</p> <p><i>Centre d'imagerie moléculaire</i></p> <p><i>1 Avenue du Quesnoy 50300 SAINT MARTIN DES CHAMPS</i></p>   | <p>Médecins nucléaires</p>   | <p>Dr Abdel Moumen ABIB</p> <p>Dr Johan VANDEVIVERE</p>   | <p>1 gamma caméra installée à la polyclinique de la Baie</p>  |

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <p>SELARL imagerie<br/>médicale du Littoral<br/><i>3 rue de la croute</i><br/><i>50 200 Coutances</i></p> |  | <p>Docteur AIT AMAR Youcef<br/>Docteur HADJ RABIA<br/>Mouhoub<br/>Docteur HUGUET Robert<br/>Docteur LIBESSART<br/>Dominique<br/>Docteur SAHEL Mokrane<br/>Docteur VANNERROY Frédéric</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 scanner installé<br/>à la clinique de<br/>Coutances</li> <li>• 1 IRM polyvalente<br/>à la clinique de<br/>Coutances</li> </ul> |
|---|--|--|---|

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| CIM Cherbourg 52<br>rue de la Bucaille<br>50100 Cherbourg<br>Octeville                  |  | Dr Youssef ALAOUI SOSSEY<br>Dr Félicia BRANEA<br>Dr Jacques LESCOP<br>Dr Alain PRILLIEUX  | 1 scanner installé à la<br>polyclinique du Cotentin  |
| GIE IRM du Cotentin<br>Valognes   | CHPC<br>Polyclinique du Cotentin<br>SELARL St Quentin            |   | 1 IRM site de Valognes<br>non installée.   |
| G.I.E. « Imagerie<br>Médicale Sud-<br>Normandie »<br>25 Rue de Fresnay<br>61000 ALENCON | La S.E.L. Imagerie<br>Médicale Alençon                           | Docteur Alain ANDRE<br>Docteur Marie DORDEA<br>Docteur Alexandra<br>ISSAHAR- ZADEH<br>Docteur François NOTARI<br>Docteur Jean-Claude<br>RICHARD                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 scanner installé<br/>au CH d'Alençon</li> <li>• 1 IRM installée au<br/>CH d'Alençon</li> <li>• 1 IRM installée au<br/>CIM d'Alençon</li> </ul>  |
|   | Le Centre Hospitalier<br>Intercommunal (CHIC)<br>Alençon-Mamers, | Docteur Henriette AFANOU<br>(PAA) congé mat<br>Docteur Nicole DE BIEVRE<br>Dr RJOB Sharif (rplt)<br>Dr ATTIGNON Akouavi   |  |
| SA SCANNER DU<br>BOCAGE-FLERS<br>99 rue de Messei<br>BP 172<br>61100 FLERS              | Cabinet de radiologie du<br>109                                  | Dr Olivier HURTIER<br>Dr Claire RAFFAELLI<br>Dr Elisabeth LOUVET<br>Dr Christine GODEAU<br>Dr Emmanuel CHANTREL<br>Dr Mostafa EL HAJJAM<br>Dr Sacha DREMATCHEFF | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 scanner installé<br/>au CH de Flers</li> <li>• 1 scanner installé<br/>à la clinique de<br/>Flers</li> <li>• 1 IRM polyvalente<br/>installée à la<br/>clinique de Flers</li> <li>• 1 IRM polyvalente<br/>autorisée, prévue<br/>pour 2015 au CH<br/>de Flers</li> </ul> |
| Accès au scanner du CH<br>et à l'IRM de la clinique<br>de Flers                         | CH J. Monod  | Dr Guillaume AFANOU,<br>DrTibérieu STANIEA  |  |
|   | Cabinet de radiologie<br>d'Argentan                              | Dr Pierre JACRI<br>Dr Arnaud BUTTIN   |  |
|   | CH Argentan  | Dr NEDKOVA  |  |

*Annexe 2 bis : établissements non associés dans un groupement*

---

|               |   |
|---------------|---|
| CHU           | 3 scanners<br>2 IRM, 1 IRM 3T non installée<br>1 TEP SCAN<br>3 gamma caméra |
| CLCC          | 1 scanner<br>1 IRM<br>1 TEP SCAN autorisé<br>3 gamma caméra                 |
| CH de Falaise | 1 scanner   |
| CH St Lo      | 1 scanner<br>1 IRM  |
| CHPC          | 2 scanner (Valognes + Cherbourg)<br>1 IRM                                   |
| CH L'aigle    | 1 scanner   |
| CH Argentan   | 1 scanner   |



**VOLET**

**Douleur (en cours d'écriture)**



**SROS**

**VOLET**

**Soins palliatifs**

**SROS**



SOINS  
DE SUITE ET  
PALLIATIFS



SROS

## Préambule

« Les soins palliatifs cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précisions ainsi que le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés. » (OMS en 2002).

Ils s'adressent au malade, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution.

L'organisation de l'offre de soins palliatifs en région, conformément à la circulaire DHOS de 2008, comprend différents dispositifs :

### 1- Les unités de soins palliatifs (USP)

- Rôle d'expertise et de prises en charge dédiées aux cas les plus complexes
- Unités dédiées aux soins palliatifs d'une capacité d'au moins 10 lits
- Triple mission : soins, formations, recherche,
- Située dans le même établissement qu'une EMSP (équipe mobile de soins palliatifs), *Pré-requis* : le nombre de décès annuel (seuil de 600 décès annuel)

### 2- Les lits identifiés soins palliatifs (LISP)

- Lits d'hospitalisations dédiés aux soins palliatifs répartis dans différents services de médecine, chirurgie et/ou de soins de suite et de réadaptation (SSR)
  - Assure un répit des patients du domicile
- Pré-requis* : le nombre de décès annuel (200 décès/annuel)

### 3- Equipe mobile de soins palliatifs (EMSP)

- Rôle d'expertise
- Equipe pluridisciplinaire, rattachée à un établissement de santé, intervient sur une aire géographique définie dans les établissements avec lesquels une convention a été établie,
- Faciliter la mise en place de la culture palliative et l'accompagnement dans les services d'hospitalisation, et dans tous les établissements de santé et établissements médico-sociaux (EHPAD, MAS...) de leur territoire,
- organiser des formations.

### 4- Soins Palliatifs pédiatriques

Prise en charge des enfants et des adolescents : s'organise à un niveau de recours régional (ERRSPP: équipe ressource régionale de soins palliatifs pédiatriques). L'ERRSPP intervient à l'échelle régionale et exerce une activité inter et extrahospitalière, incluant les structures médico-sociales et les interventions à domicile.

Aujourd'hui, la région est dotée d'une USP régionale, de 16 EMSP, d'une ERRSPP (au CHU de Caen) et de 145 LISPS.

P

Les acteurs en soins palliatifs des EMSP, USP, ERRSPP se réunissent lors de journées régionales, qui sont l'occasion d'échanges sur les pratiques et les fonctionnements.

Ces différents dispositifs s'articulent entre eux pour permettre un parcours de soins gradué à l'échelle des territoires de santé et avec les différents partenaires impliqués pour les parcours de santé.

Un plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie est paru en fin d'année 2015.

Concernant l'organisation du parcours de soins, celui-ci dégage un certain nombre d'orientations parmi lesquelles :

- Compléter le maillage territorial en structures de soins spécialisées (USP, LISPS) et en EMSP ; et notamment, renforcer les moyens en USP pour les régions qui n'atteignent pas 1 lit / 100 000 habitants.
- Mise en place dans chaque région d'un recours à **des programmes de repérage précoce des besoins en soins palliatifs**. De l'anticipation et de l'identification des situations palliatives dépendent également la coordination et la fluidité des parcours des patients en favorisant l'établissement de passerelles directes entre structures. En effet la connaissance partagée par les différents acteurs des situations palliatives.
- Définition de « **protocoles d'anticipation** » **pour chaque établissement de santé disposant d'un service d'urgences par** la connaissance partagée par les différents acteurs (SAMU, structures d'accueil d'urgences, services médico-chirurgicaux, services hébergeant des LISPS...et acteurs de la prise en charge en soins palliatifs à domicile) de situations palliatives ainsi que leur mise à jour régulière afin d'éviter les situations de retard de prise en charge ou de prise en charge inadaptée alors qu'une situation palliative est connue.
- Développer les soins palliatifs en établissements et services sociaux et médico-sociaux.
- Conforter les soins palliatifs en hospitalisation à domicile (HAD), notamment en encourageant la prise en charge des patients souffrant de maladies neurodégénératives en situation de grande dépendance.
- Promouvoir les démarches d'évaluation qualitative des structures de soins palliatifs sous la forme d'audits croisés (dans le cadre des coordinations régionales de soins palliatifs).

Le plan dégage également des orientations précises concernant la structuration du parcours de santé avec l'ensemble des acteurs impliqués.



SOINS  
PALLIATIFS



## Principaux constats au moment de l'élaboration du SROS/PRS 2013-2018

2

### *Principaux constats*

- 1- Une offre en soins palliatifs inégalement répartie.
- 2- Un besoin d'harmonisation du fonctionnement des équipes mobiles de soins palliatifs, et d'une meilleure articulation de ces équipes entre le sanitaire, le médico-social et l'ambulatoire.
- 3- des conditions de fonctionnement des lits de soins palliatifs à améliorer.

## 1 – Une offre en soins palliatifs inégalement répartie



En Basse Normandie, en 2013 :

- Une inégalité de répartition des LISP entre les 3 départements : nombre supérieur dans le département du Calvados (10,7 LISP pour 100 000 habitants) par rapport aux départements de la Manche et de l'Orne (6,67 LISP pour 100 000 habitants), la moyenne nationale étant de 8,2 LISP pour 100 000 habitants.
- Un nombre de LISP / 1000 décès de 8 pour une « fourchette » de 4.7 à 17.6 pour la France.

Devant ce constat, les actions programmées dans le PRS/SROS en région ont été de deux ordres :

### □ Actions structurelles

- L'ouverture d'une **USP** supplémentaire est prévue à échéance du SROS. Son installation est programmée pour 2017 (cf. ci-dessous).

Ci-dessous tableau des reconnaissances contractuelles d'unités de soins palliatifs pour adultes inscrites au SROS 2013-2018 sur chacun des 3 territoires de santé :

| USP             | 2012     | 2015     | 2018     |
|-----------------|----------|----------|----------|
| <b>Calvados</b> | <b>1</b> | <b>1</b> | <b>1</b> |
| <b>Manche</b>   | <b>0</b> | <b>1</b> | <b>1</b> |
| <b>Orne</b>     | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>0</b> |

### TS du Calvados

**2008** : Ouverture sur le site de BETHARRAM à Hérouville-Saint-Clair par la fondation La Miséricorde de Caen d'une unité régionale de soins palliatifs (URSP) de 13 lits dont 1 lit dédié à l'accueil des urgences.

### TS de la Manche

**2017** : L'implantation d'une USP est prévue dans le territoire de la Manche.

### TS de l'Orne

Le territoire de l'Orne ne dispose pas d'USP.

- Une augmentation progressive du nombre de LISPS mais avec toujours un équilibre à rechercher entre le Calvados et les deux autres départements de la région Basse Normandie.

| LISPS <sup>39</sup><br>nombre de lits en MCO | 2006      | 2013      | 2015      |
|--|-----------|-----------|-----------|
| <b>Calvados</b>                              | <b>42</b> | <b>70</b> | <b>80</b> |
| <b>Manche</b>                                | <b>27</b> | <b>35</b> | <b>35</b> |
| <b>Orne</b>                                  | <b>19</b> | <b>26</b> | <b>30</b> |

- **2012-2015 :**
  - En 2012, mise en place d'une Equipe ressource régionale de soins palliatifs pédiatriques (ERRSPP) au CHU de Caen.
  - L'ERRSPP se développe progressivement en se faisant connaître des professionnels de santé, qu'ils exercent à l'hôpital, en ambulatoire ou en secteur médico-social.
  - Appui aux EMSP à l'occasion de prises en charge de patients.
  - Développement des visites à domicile (puéricultrice, psychologue) à partir de 2014.
  - Intensification des formations.
  - en 2015, première journée régionale sur le thème des soins palliatifs en périnatalogie, avec l'appui des services de la maternité, de la néonatalogie du CHU et du réseau de périnatalité.
  - Mais des difficultés à disposer d'une équipe complète (en 2015 : temps médical insuffisant par rapport aux besoins et au référentiel des ERRSPP, et 2<sup>ème</sup> poste de puéricultrice non pourvu).

#### □ Actions organisationnelles

- **Au niveau de l'URSP :**

Coopérations étroites entre le CHU de Caen et la Fondation la Miséricorde au titre de l'URSP ainsi qu'en témoignent la participation des médecins de l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) du centre hospitalier universitaire (CHU) aux astreintes de l'URSP, et la mise en place d'une réunion de concertation pluridisciplinaire une fois par mois à laquelle participent des médecins traitants. Une fois par mois l'URSP, l'EMSP du CHU, et l'équipe de soins palliatifs du Centre de Lutte Contre le Cancer (CLCC) se réunissent dans le cadre d'une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles et de retour d'expérience.

- **Evolution des deux réseaux de soins palliatifs :**

- Le réseau « ressources » sur l'agglomération caennaise.
- Le réseau « Le Lien » rattaché au sein du groupement de coopération sanitaire (GCS) : « Accompagner et soigner ensemble dans le Bessin et le pré bocage » sur le territoire du Bessin.

**En 2015**, sur la zone géographique de chacun de ces deux territoires, transformation de ces deux réseaux en équipes de soins palliatifs intervenant en établissement de santé, et à domicile, tant dans les EHPAD, que dans les structures pour personnes en situation de handicap et le cas échéant en lien avec un établissement d'Hospitalisation à domicile ; les équipes ainsi mobilisées, ayant plus particulièrement en charge les cas complexes, pour lesquels elle peuvent s'appuyer sur l'unité régionale de soins palliatifs ; le périmètre d'action de ces équipes soins palliatifs est plus large que celui des actuelles EMSP.

Ainsi, **en 2015 :**

- Rattachement du réseau « ressources » à la clinique de la Miséricorde en 2015 afin de mettre en place une organisation du type équipe mobile territoriale de soins palliatifs pouvant intervenir à l'échelle du bassin caennais avec des liens particuliers avec l'Unité Régionale de Soins Palliatifs.
- Rattachement du réseau « Le lien » en une équipe mobile territoriale de soins palliatifs désormais portée par le GCS du Bessin, et le personnel de l'équipe mobile de soins palliatifs du centre hospitalier de Aunay-sur-Odon.
- **Coordination de soins palliatifs en Basse-Normandie :**
  - réflexion sur la mise en place d'une coordination de soins palliatifs en Basse-Normandie depuis 2010 ;

<sup>39</sup> Source : arrêté de l'ARH de Basse Normandie pour 2006 ; SAE pour 2013 et 2015.

- en décembre 2013, un comité de pilotage s'est constitué réunissant au moins un représentant des collèges médecin, infirmier, psychologue et assistant-social des équipes de soins palliatifs de la région. L'ERRSPP y est présente.

L'objectif était de formaliser une coordination entre les différents professionnels en soins palliatifs de la région (EMSP, URSP, ERRSPP) afin de permettre la mutualisation des connaissances, des recherches, de renforcer le partenariat et la dynamique régionale. Compte tenu de la réunification des deux ex régions Haute-Normandie et Basse-Normandie, le comité de pilotage de la coordination Bas Normandie a suspendu ses démarches, en vue d'un rapprochement avec la Coordination Haut Normandie de soins palliatifs.

#### □ Perspectives

- Labellisation d'une USP dans la Manche.
- Confirmer les missions de l'URSP, accroître sa visibilité et développer l'offre de formation en complémentarité avec celles déjà proposés par les établissements
- Accroître la visibilité de l'ERSPP, et développer l'intervention de l'ERSPP dans le champ médico-social
- Régionalisation des réunions de concertation interdisciplinaire et des réunions de concertations pluridisciplinaires (visioconférences entre les territoires de santé, téléconsultations...)
- Accompagner la mise en place d'une coordination régionale Normande des soins palliatifs en lien avec le Réseau régional Douleur Basse Normandie



## 2 – Un besoin d'harmonisation du fonctionnement des équipes mobiles de soins palliatifs



### En Basse Normandie, en 2013 :

- La région Basse Normandie compte 15 EMSP ce qui la situe parmi les régions comptant le plus d'EMSP par habitant.
- Mais, c'est aussi l'une des régions où les EMSP interviennent peu dans les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).
- Et l'hétérogénéité régionale des équipes mobiles de soins palliatifs, est également constatée sur le plan national (bilan juin 2013 du programme national des soins palliatifs).

### En 2016 :

16 EMSP sont réparties sur les trois territoires de santé de la Basse Normandie :

- **TS du Calvados**: 8 EMSP, dont une dans chacun des établissements de santé suivants :
  - CHU de Caen,
  - CLCC François Baclesse,
  - CH de Falaise,
  - CH de Lisieux
  - CH de Vire,
  - CH de d'Aunay-sur Odon,

Et deux EMSP territoriales portées, l'une par le GCS du Bessin, et l'autre par la Fondation Miséricorde.

- **TS de la Manche** : 4 EMSP, dont une dans chacun des établissements de santé suivants :
  - CHPC de Cherbourg,
  - CH de St LO,
  - CH d'Avranches-Granville,
  - CH de Coutances.
- **TS de l'Orne** : 4 EMSP, dont une dans chacun des établissements de santé suivants :
  - CHI d'Alençon-Mamers,
  - CH d'Argentan,
  - CH de Flers,
  - CH de l'Aigle.

L'analyse des rapports d'activité **2014** des EMSP mettait en évidence les problématiques suivantes :

- Des effectifs insuffisants par rapport au référentiel sur les EMSP (annexe 2 de la circulaire DHOS/O2 n°2008-99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs).
- Une intervention essentiellement au sein de leurs établissements de santé de rattachement, et des établissements médico-sociaux en dépendant.
- Relativement peu de conventions avec les autres établissements médico-sociaux et les établissements d'hospitalisation à domicile.

VOLET

Examens des Caractéristiques Génétiques d'une personne

SROS



## Préambule

L'article R.1131-1 du code de la santé publique (CSP) définit ainsi cette activité : « *l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales consiste à analyser ses caractéristiques génétiques héritées ou acquises à un stade précoce du développement prénatal.* »

Cet examen a pour objet soit :

- de poser, de confirmer ou d'infirmier le diagnostic d'une maladie à caractère génétique chez une personne ;
- de rechercher les caractéristiques d'un ou plusieurs gènes susceptibles d'être à l'origine du développement d'une maladie chez une personne ou les membres de sa famille potentiellement concernés ;
- d'adapter la prise en charge médicale d'une personne selon ses caractéristiques génétiques.

Le champ du SROS Génétique comprend l'ensemble des examens des caractéristiques génétiques réalisés en post natal dont l'oncogénétique (constitutionnelle) et la pharmacogénétique.

Il ne comprend pas, par contre, les analyses en vue d'établir un diagnostic prénatal (DPN), le dépistage des maladies néonatales ou les recherches somatiques.

Il doit assurer l'articulation avec les consultations de génétique, qui réalisent la prescription et le rendu des examens et le suivi des patients.

Les analyses de génétique postnatale sont classées en deux grandes spécialités, chacune d'elles nécessitant des autorisations de structures par l'ARS et des agréments de praticiens par l'Agence de Biomédecine : la génétique moléculaire qui étudie l'ADN de la personne au niveau des molécules, pour rechercher les mutations et anomalies éventuelles et la cytogénétique qui étudie le nombre et la forme des chromosomes. Toutefois, la frontière autrefois franche entre ces techniques s'est estompé avec l'avènement de nouvelles techniques (analyses chromosomiques par puces à ADN, séquençage de nouvelle génération).

En Basse-Normandie, deux établissements de santé situés à Caen sont autorisés à la réalisation des analyses de génétique post natale : le Centre hospitalier universitaire et le Centre François Baclesse, centre de lutte contre le cancer.

Les évolutions technologiques considérables dans ce domaine depuis quelques années, avec l'arrivée sur le marché de séquenceurs sans cesse plus performants sont porteuses d'espairs vis à vis des maladies génétiques (maladies rares mais aussi plus communes comme le diabète, l'asthme, l'obésité qui auraient une composante génétique) et le développement de la médecine personnalisée.

Ces évolutions sont également porteuses de nouvelles contraintes et d'enjeux :

- des contraintes en termes d'exploitation des données produites (stockage de données...)
- des enjeux éthiques : comment gérer les informations que l'on découvre et que l'on ne cherchait pas ; comment contrôler l'accès à ces données
- des enjeux de qualifications : bio informaticiens...

Pour bénéficier de façon homogène sur le territoire de santé des innovations dans ce secteur, la filière de soins régionale appelle à être bien identifiée de tous, notamment des prescripteurs.

Et à offrir des consultations et conseils génétiques spécialisés de proximité bien répartis.

Le volet génétique du SROS PRS 2013 – 2018 a dégagé un certain nombre de constats et d'axes de travail ayant généré la définition d'objectifs opérationnels déclinés en plan d'actions avec indicateurs de suivi. Ce bilan à mi-parcours s'attache à faire une synthèse des principaux objectifs qui avaient été définis.

## Principaux constats au moment de l'élaboration du SROS/PRS 2013-2018



- 1** Etat de l'offre bas normande en 2016
- 2** Effectifs faibles de généticiens cliniciens et conseillers en génétique : impact sur la prise en charge des patients
- 3** Les démarches de coopérations à poursuivre

## 1 Etat de l'offre bas normande en 2016

► Rappels sur l'**offre Bas Normande** : elle est répartie sur deux établissements de santé situés à Caen (Calvados) et autorisés à réaliser des examens de génétique post natale : le Centre hospitalier universitaire (CHU) et le Centre François Baclesse (CFB), centre régional de lutte contre le cancer.

**Le CFB** dispose de consultations d'oncogénétique et d'une autorisation pour l'activité de génétique moléculaire de son laboratoire (oncogénétique).

**Le CHU** dispose de consultations de génétique post natale et oncogénétique et d'autorisations pour des services de son laboratoire de biologie médicale, se trouvant sur 2 sites (Côte de Nacre et Clémenceau). Ces autorisations sont reprises dans le tableau infra.

- Le service de génétique dans lequel les deux grandes catégories d'analyse de génétique sont représentées, ce service comportant un pôle de cytogénétique et un pôle de génétique moléculaire.
- Les services d'hématologie et de biochimie sont également autorisés pour des diagnostics moléculaires, dans le cadre de leurs spécialisations respectives. Exemples : en hématologie, pour l'étude des facteurs génétiques impliqués dans l'hémostase (hémophilie, maladie de Willebrand) ; en biochimie, pour des maladies métaboliques (cytopathies mitochondriales).

*Tableau reprenant les différentes autorisations d'examens de génétique constitutionnelle en Basse-Normandie en 2016 avec l'indication des catégories d'analyse concernées (ACG : analyses de cytogénétique, y compris moléculaire – AGM : analyses de génétique moléculaire).*

| Département | Ville | Etablissement et site géographique concerné | Activités autorisées | Laboratoire et service concerné                             | Remarques   |
|-------------|-------|---|----------------------|---|---|
| 14          | Caen  | CHU site Clémenceau                         | ACG                  | Pôle Biologie, Service de génétique, unité de cytogénétique | Existence également d'une unité de génétique clinique (non soumise à autorisation) au sein du service de génétique.<br><br>Suite à la fusion des activités de cytogénétique, précédemment sur 2 sites du CHU, le service de Génétique se trouve regroupé sur la site Clémenceau, ce qui favorise les échanges entre cliniciens et |

|    |      |                                    |     |   |  |
|----|------|------------------------------------|-----|---|--|
|    |      |                                    |     |   | biologistes.   |
| 14 | Caen | CHU site Clémenceau                | AGM | Pôle Biologie,<br>Service de<br>génétique, unité de<br>génétique<br>moléculaire |  |
| 14 | Caen | CHU site Côte de nacre             | AGM | Pôle Biologie,<br>Services<br>d'Hématologie ; de<br>Biochimie                   | Recours à des<br>analyses de biologie<br>moléculaire |
| 14 | Caen | Centre François<br>Baclesse (CLCC) | AGM | Laboratoire de<br>Biologie et<br>génétique du<br>cancer                         | Oncogénétique  |

Selon les termes des dernières « fiches régionales » élaborées par l'Agence de Biomédecine, relatives à l'activité **2014** de génétique post natale par région, « l'offre de soins en Basse Normandie en 2014 est plutôt cohérente avec sa population (2,7% des laboratoires autorisés en Basse-Normandie pour 2,3% de la population française) ».

En oncogénétique, il avait été noté en 2010, lors de l'élaboration du SROS, une activité en constante augmentation ; cette augmentation perdure et s'est même amplifiée.

Ainsi, si l'on se reporte à la courbe d'évolution de l'activité d'oncogénétique (nombre de cas index) du CFB sur la période 2009 – 2015, on constate, sur les années 2013, 2014 et 2015 respectivement 1102 , 1447 et 1616 cas, avec des délais d'examen ayant fortement diminué (respectivement 14, 8 et 5 semaines.)

Cette augmentation devrait se poursuivre en oncogénétique ; et dans tous les secteurs de la génétique constitutionnelle.

### ► Evolution

Les examens de cytogénétique auparavant éclatés sur deux sites sont désormais regroupés en une unité sur le site Clémenceau, le service de génétique est ainsi regroupé sur un même site qui comprend :

- L'unité de cytogénétique
- L'unité de génétique moléculaire
- Les consultations de génétique

Ce regroupement d'activités figurait parmi les propositions d'amélioration décrites dans le SROS.

Les conditions de fonctionnement du service vont se trouver ainsi facilitées par la facilitation des échanges entre cliniciens et biologistes.

## 2 - Effectifs faibles de généticiens cliniciens et conseillers en génétique : impact sur la prise en charge des patients

### ► Un recrutement en professionnels de la spécialité qui reste fragile, à suivre

Cette fragilité avait été identifiée dans le SROS, concernant notamment les généticiens cliniciens et les conseillers en génétique comparativement aux besoins croissants en consultations.

Cette fragilité a une incidence directe sur l'organisation des consultations avancées et sur les délais de prise en charge, deux éléments qui sont des indicateurs de suivi du SROS.

L'un des objectifs du SROS était de mener une politique active de recrutement des professionnels concernés de cette spécialité.

- Généticiens : leur formation passe par l'internat. Les deux établissements disposent de services agréés pour recevoir et former des internes et reçoivent un nombre annuel constant d'internes.

Au CHU : le départ en retraite d'un médecin généticien (service de Génétique – département de Cytogénétique) effectuant des consultations au CHU ainsi que des consultations avancées avait suspendu les consultations avancées et augmenté les délais de consultation ; ce départ va être pallié par l'arrivée d'ici fin 2016 d'un nouveau praticien clinicien.

Cette arrivée devrait permettre de diminuer les délais de prise en charge et d'assurer à nouveau des consultations avancées. Il conviendrait, afin de viser une homogénéité de prise en charge des patients, d'augmenter et d'optimiser la répartition des consultations de proximité.

Au CFB : deux oncogénéticiens exercent pour un total de 0,8 ETP ce qui est faible au regard de l'activité ; en effet, ces cliniciens doivent répondre à un nombre important de demandes, dépassant la région sur certains cas. De plus, ces consultations ont une durée importante.

Il s'ensuit que, pour les *premières* consultations, les délais sont longs (une procédure est mise en place afin de pallier ce délai).

Au niveau national, la formation en oncogénéticiens reste faible.

Des consultations avancées d'oncogénétique sont effectuées à Cherbourg, avec une fréquence environ mensuelle (par exemple, sur 1767 consultations sur l'année, 103 ont été réalisées à Cherbourg).

- Les biologistes (médecins ou pharmaciens) disposent, pour effectuer les examens de génétique, d'un agrément délivré par l'Agence de la biomédecine suivant des critères définis de formation et d'expérience.

En Basse-Normandie, 14 praticiens biologistes sont agréés en génétique par l'Agence de Biomédecine, pour les deux établissements de santé autorisés (source Agence de Biomédecine, août 2016).

Leur nombre est resté pratiquement constant.

- Conseillers en génétique : leur formation sur un site national unique explique en partie le faible nombre annuel de personnes formées et les difficultés de leur recrutement. En 2014, les deux établissements bas-normands disposaient d'un conseiller en génétique chacun (pour un total de 1,5 ETP).

Ce nombre est en légère augmentation, en seconde partie d'année 2016 :

- le départ de l'un des conseillers, au CHU, vient d'être remplacé par un nouveau recrutement à temps plein
- un second conseiller en génétique a été recruté au CFB.

### 3- Les démarches de coopération à poursuivre

Dans le cadre des enjeux du développement technologique en génétique et des impératifs qui s'en suivent, les coopérations et le travail en réseau sont incontournables.

En effet, cette activité de technicité importante porte sur des maladies rares voire extrêmement rares. Seule une organisation en réseau permet de centraliser les cas et peut garantir une expertise suffisante des laboratoires.

La liste des diagnostics de génétique moléculaire disponibles en Basse-Normandie en 2014, hors pharmacogénétique, figure en annexe des dernières « fiches régionales » élaborées par l'Agence de Biomédecine, relatives à l'activité **2014** de génétique post natale par région.

On retrouve dans cette liste les 11 diagnostics pour lesquels la Basse-Normandie est la seule ressource (exemples : rachitisme hypocalcémique résistant à la vitamine D ; maladie de Willebrand type 2...).

Les deux établissements autorisés en génétique constitutionnelle de la région ont développé des coopérations et des activités en réseau tant au niveau régional qu'inter régional et national.

Par exemple :

► Le service de génétique du **CHU** fait partie du Centre de référence multi sites des maladies rares du métabolisme du calcium et du phosphore et est Centre de compétence des anomalies du développement et syndromes malformatifs. Les acteurs du centre de référence au niveau régional sont ceux du service de génétique (médicale et moléculaire) ainsi que des pédiatres et chirurgiens pédiatres, des endocrinologues et rhumatologues.

► Les services d'Hématologie et de biochimie, pour leur activité de génétique constitutionnelle, appartiennent au réseau maladies rares. Ainsi :

- le service d'hématologie est rattaché au centre de référence de la maladie de Willebrand.

Dans le cadre du CRTH (centre de référence des troubles de l'hémostase, situé au laboratoire d'hémostase du CHU, un travail en réseau est réalisé avec les centres de Nantes, Lille et Paris Bicêtre.

- le service de Biochimie est rattaché au réseau national « Mitochondries » (cytopathies mitochondriales) et au centre de compétence des maladies endocriniennes rares.

► En matière d'oncogénétique, l'activité des laboratoires est organisée en réseau national avec les laboratoires reconnus et financés par l'INCA.

Concernant le **CFB**, l'activité de diagnostic moléculaire dans les gènes de prédisposition au cancer du laboratoire de biologie clinique et oncologique s'est structurée dès 2003 avec une répartition inter régionale entre le CFB et le CHU de Rouen :

- Le CFB s'est spécialisé dans l'analyse des gènes de prédisposition sein/ovaire pour plusieurs régions de France et dispose pour cela d'un séquenceur Haut Débit
- Le CHU de Rouen se spécialisant dans les cancers colorectaux.

Le laboratoire du CFB contribue de façon significative au niveau national à l'identification des familles porteuses d'une mutation des gènes BRCA 1 et 2.

Désormais, cette analyse est étendue à 5 gènes.



Il participe également à des programmes de recherche (collaboration avec l'équipe INSERM U 614 de Rouen, avec l'Université de Caen...).

Il est par ailleurs retenu dans des appels à projet de l'INCA.

**Le CHU et le CFB** coopèrent au sein de l'Institut Régional du Cancer de Basse-Normandie (IRCBN).

Les deux établissements sont partenaires de la fédération hospitalo-universitaire en médecine personnalisée avec la fédération de génétique de Rouen (consultations de génétique clinique environ 1800 en 2015 par le service de génétique).

NB :

Une plateforme universitaire pluridisciplinaire haut débit mutualisée est mise en place : la plateforme de séquençage à haut débit Bas-Normande SéSAME (Séquençage pour la Santé, l'Agronomie, la Mer et l'Environnement) hébergée par le CFB et utilisée notamment par le CFB, le CHU, l'Université de Caen.

Un autre exemple de mutualisation est la mise en place de la plateforme GENECAN, entre le CHU et le CFB ; cette plateforme haut débit concerne toutefois la génétique somatique et non constitutionnelle.

## Perspectives

Les deux établissements sont impliqués dans l'innovation et la recherche dans le cadre des grands enjeux nationaux (plan cancer ; plan maladies rares, médecine personnalisée...).

Et l'augmentation des besoins dans ces secteurs d'activité va se poursuivre (oncogénétique, avancées technologiques...).

Des opportunités de partenariats au niveau de la nouvelle région devraient encore se développer, avec un enjeu régional fort à porter.

A l'occasion de la création des groupements hospitaliers de territoire, des actions de formation et d'information des professionnels pourront se poursuivre.

L'organisation des consultations et conseils de génétique de proximité reste à développer en un maillage homogène sur les territoires de santé.

Ceci passe par le suivi attentif de la démographie en professionnels spécialisés, notamment en généticiens cliniciens et oncogénéticiens .

Il est à noter également l'importance des bio informaticiens dans le cadre du développement des séquenceurs haut débit.

Enfin, dans le cadre de la reconstruction du CHU, et pour faire suite au regroupement effectif des activités de cytogénétique, des regroupements et des mutualisations plus larges au sein des services biologiques du laboratoire du CHU sont à rechercher.

VOLET

Culture-Santé

SROS





## Préambule

**Le volet SROS Culture-Santé s'appuie sur un partenariat qui existe depuis quinze ans entre l'agence régionale de santé (ARS) et la direction régionale des affaires culturelles (DRAC) pour développer des actions culturelles en milieu de santé.**

Ce partenariat a la particularité d'être également soutenu par la Région de Normandie et d'animer un réseau de professionnels de la santé et de la culture qui visent trois objectifs principaux :

- ouvrir l'institution de santé vers l'extérieur en l'inscrivant dans la vie culturelle de son territoire ;
- contribuer au mieux-être des usagers (patients, personnels, familles, visiteurs, publics extérieurs...) en tenant compte du contexte de l'établissement (accueil, parcours de soins...) ;
- rendre la culture accessible à tous en favorisant la rencontre artistique et culturelle en milieu de santé, grâce à la résidence d'artistes, notamment.

Les établissements de santé doivent pour bénéficier de ce programme répondre à un appel à projet annuel (sur la base d'un calendrier et d'un cahier des charges précis) dont les axes de conception des projets sont les suivants :

- 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.

## Principaux constats en 2016

1 Coopération et partenariat

2 Conditions de mise en place



*principaux  
constats*

### Des perspectives d'évolution ....

- Harmonisation du programme régional avec l'ensemble des partenaires « financeurs » (publics et privées)
- Développement du programme au médico-social (personne âgées et personnes en situation de handicap)
- Extension de l'animation régionale sur l'ensemble des territoires normands
- Lien avec la démocratie sanitaire (Droits des usagers)

# 1 – Coopération et partenariat



## Bilan

| Objectifs  | Indicateurs / Résultats  |
|--|--|
| Elargir le nombre d'établissements adhérents au réseau   | Oui<br><br>- Grâce aux JEM 2014 : ouverture au médico-social<br>- Nouveaux EPS :<br>- Nouveaux EHPAD :<br>- URIOPS<br><br>Au total : nouveaux établissements |
| Mutualiser les projets   | Oui  |
| Inscrire des actions au cœur du PE   | Oui : qqs exemples : Vire, L'Aigle   |
| Concierter les équipes médicales et soignants / existence de comité / Commission Culture-Santé | Oui - de plus en plus - mais difficile à quantifier  |
| Valoriser les actions dans le respect de la charte de communication Culture-Santé              | Oui  |

## Perspectives

- Favoriser le développement d'actions pluriannuelles et pluridisciplinaires
- Développer les projets de territoire en développant aussi des opérations en inter-établissement ou en intergénérationnel ;
- Inscrire davantage ce type d'actions dans le cadre de GHT ou GCS...
- Faire le lien avec la démocratie sanitaire et en particulier avec la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) ;
- Mobiliser les collectivités territoriales (départements, agglomérations et communautés de communes, villes etc...) ;
- Rechercher de nouveaux mécènes.



## 2 – Conditions de mise en place

### Bilan

| Objectifs  | Indicateurs / Résultats  |
|--|--|
| Intégrer toute typologie des publics /usagers ciblés   | Oui*   |
| Intégrer les modes de prises en charge de soins et/ou du handicap (Lien avec la prévention...) | Oui*   |
| Intégrer les espaces de vie et de soins  | Oui *<br><br>A noter : un état des lieux précis des espaces en milieu de santé favorisant ce type d'actions a été réalisé pour le spectacle vivant par l'un de nos partenaires culturels : le FAR – agence régionale musicale. |
| Intégrer le choix de la discipline artistique au projet  | Oui *  |

**\*chaque projet fait l'objet d'une convention-cadre signée entre l'établissement de santé et le partenaire culturel permettant de statuer les engagements de chaque partenaire et détaillant l'ensemble de ces conditions de mise en place (typologie de publics, modes de prise en charge, services, suivi de l'action selon la discipline artistique retenue...).**

### Perspectives

- Editer un guide « Bonnes pratiques » pour l'élaboration et la mise en place de projets culturels en milieu de santé ;
- Constituer un annuaire des référents culturels normands à partir des contacts des réseaux existants (animateurs, art-thérapeutes, chargés de communication...) pour faciliter l'animation à venir du programme en Normandie et permettre les liens entre les différentes structures selon leur appartenance au territoire ;
- Faire un état des lieux permettant d'avoir une nouvelle cartographie des pratiques culturelles artistiques et culturelles en milieu de santé au regard des populations qui y sont accueillies
- Faire un état des lieux recensant les différents espaces de vie (salle, hall...) permettant la mise en place de telles actions notamment en inter-établissement et en intergénérationnel.