



Schéma régional d'organisation des soins
du Nord Pas-de-Calais
pour 2012 - 2016

AVERTISSEMENT

1. Le volet santé mentale et psychiatrie fera l'objet en 2012, d'un programme dédié, dès la parution du plan national « santé mentale ».
2. Le SROS sera complété en 2012 par des dispositions relatives à la biologie médicale dont les travaux débuteront dès publication de la réglementation prévue.

1.INTRODUCTION.....	5
2.METHODOLOGIE REGIONALE.....	7
3.DIAGNOSTIC.....	8
3.1.Diagnostic régional.....	8
3.2.Diagnostic territorial.....	11
3.2.1.L'Artois - Douaisis.....	11
3.2.2.Le Hainaut - Cambresis.....	12
3.2.3.Le Littoral.....	13
3.2.4 La Métropole - Flandre Lys.....	15
4.ORIENTATIONS STRATEGIQUES.....	17
4.1.Favoriser un recours plus précoce aux soins (3ème levier du PSRS)	19
4.2.Mieux organiser la prise en charge dans le cadre de parcours coordonnés (4ème levier du psrs).....	26
5.LES INDICATEURS DE PILOTAGE DE L'ACTIVITE HOSPITALIERE.....	56
6.PRESENTATION SYNTHETIQUE DES ACTIVITES DE SOINS.....	57
6.1.Permanence Des Soins en Etablissement (PDSES).....	57
6.2.URGENCES.....	60
6.3.REANIMATION-SURVEILLANCE CONTINUE-SOINS INTENSIFS.....	62
6.4.CHIRURGIE - ANESTHESIE.....	64
6.5.IMAGERIE MEDICALE.....	65
6.6.TECHNIQUES INTERVENTIONNELLES UTILISANT L'IMAGERIE MEDICALE EN CARDIOLOGIE.....	67
6.7.PERINATALITE / AMP / DPN.....	69
6.8.INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG).....	72
6.9.PRISE EN CHARGE DES ENFANTS ET ADOLESCENTS.....	75
6.10.MALADIES CHRONIQUES.....	77

6.11.DIABETE.....	79
6.12.OBESITE.....	82
6.13.SOINS AUX PERSONNES AGEES (dont soins de longue de durée et plan Alzheimer).....	84
6.14.TRAITEMENT DU CANCER.....	87
6.15.SOINS PALLIATIFS	91
6.16.DOULEUR.....	93
6.17.SOINS DE SUITE ET READAPTATION (SSR).....	95
6.18.ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX (AVC).....	98
6.19.ADDICTOLOGIE.....	101
6.20.PSYCHIATRIE.....	104
6.21.HOSPITALISATION A DOMICILE (HAD).....	107
6.22.TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE (IRC).....	109
6.23.MEDECINE.....	110
6.24. TRANSFUSION SANGUINE.....	111
7.Evolution des OQOS.....	112

1. INTRODUCTION

L'élaboration du schéma régional de l'organisation des soins (SROS) s'inscrit dorénavant dans le cadre global du projet régional de santé (PRS), et en déclinaison du plan stratégique régional de santé (PSRS) :

Le PSRS fixe les priorités et les objectifs de santé pour la région ; il inclut des mesures de coordination avec les autres politiques de santé.

Pour atteindre les objectifs qu'il a fixés, le PSRS détermine quatre leviers d'action :

1^{er} levier : développer et promouvoir une meilleure connaissance des facteurs de risque et des pathologies

Σ 1^{er} axe : poursuivre l'investissement dans la connaissance en santé

Σ 2^{ème} axe : réaliser une cartographie des risques

Σ 3^{ème} axe : développer un programme d'éducation à la santé

2^{ème} levier : continuer à agir de façon concertée sur les déterminants de santé (sociaux, comportementaux, environnementaux, ...)

Σ 1^{er} axe : « se coordonner » avec les partenaires des politiques publiques

Σ 2^{ème} axe : adapter les actions aux territoires et aux populations

Σ 3^{ème} axe : prioriser l'action sur les comportements alimentaires et l'activité physique

3^{ème} levier : favoriser un recours plus précoce aux soins

Σ 1^{er} axe : mettre en place des campagnes de communication ciblées

Σ 2^{ème} axe : associer les réseaux à la détection précoce des pathologies

Σ 3^{ème} axe : développer les fonctions de prise en charge précoce des soins de 1^{er} recours

4^{ème} levier : mieux organiser la prise en charge dans le cadre de parcours coordonnés

Σ 1^{er} axe : intégrer les parcours dans le cadre de l'application régionale des plans nationaux

Σ 2^{ème} axe : développer un système d'information de santé qui favorise la coordination des soins

Σ 3^{ème} axe : assurer un maillage territorial qui permet la gradation, l'efficacité et la qualité des soins

Σ 4^{ème} axe : améliorer l'organisation des parcours de soins au service des usagers

Dans ce contexte, les **caractéristiques** attendues du nouveau schéma régional d'organisation des soins, issues de la loi HPST, sont les suivantes :

Une extension au secteur ambulatoire

Le volet ambulatoire du SROS ayant une valeur essentiellement indicative, conformément aux termes de la loi, seules des priorités partagées avec les professionnels de santé libéraux et les élus locaux obtiendront la légitimité nécessaire à leur mise en œuvre sur le terrain. Ensuite l'approche pragmatique

doit être privilégiée, dans un contexte de libre choix du patient et de liberté d'installation des médecins. Enfin, le champ de compétence du volet ambulatoire est large : il concerne l'ensemble des acteurs de santé exerçant en ville. Dans le cadre de ce premier exercice, les priorités d'action sont ciblées sur les zones fragiles où l'offre doit être consolidée et resserrée et autour de quelques projets structurants pour l'offre de soins de premier recours.

La prise en compte d'enjeux importants pour le secteur hospitalier

- Recherche de l'adéquation offre / besoins ; amélioration de l'efficacité, de l'efficience et de la qualité des soins ; respect de l'ONDAM
- Mise en place d'un nouveau mode de pilotage du volume de l'activité hospitalière se substituant aux OQOS : les indicateurs de pilotage de l'activité (IPA)
- Développement des alternatives à l'hospitalisation complète
- Chiffrage du SROS concomitant à son élaboration.

Le SROS comporte, en outre, un chapitre par activité de soins ou équipements lourds soumis à autorisation ou à OQOS. Les volets même récents doivent être réécrits pour la partie OQOS ou par rapport aux priorités du nouveau SROS.

Le SROS devra également prévoir un chapitre sur les missions de service public qui relèvent, pour partie, d'activités de soins pour lesquelles un volet est à prévoir, ou de sujets structurels (formation, recherche) ; elles portent également sur la lutte contre l'exclusion ou les soins aux personnes placées en centre de rétention administrative.

Le SROS PRS couvre la période allant de 2012 à 2016.

Le SIOS reste en vigueur jusqu'en 2013.

2. METHODOLOGIE REGIONALE

La conduite du projet a été confiée à la Direction de l'offre de soins de l'ARS qui a mis en place une équipe interne.

La concertation avec des experts régionaux et des personnalités qualifiées a été mise en place dès le démarrage des travaux fédérant les acteurs et suscitant un échange de fond dès le début.

Afin d'assurer la prise en compte, dans les 3 schémas régionaux, de thématiques et d'objectifs transversaux, des groupes thématiques internes ont été constitués. Leur mission était d'apporter un éclairage sur les prises en charge thématiques, quel que soit le champ dans lequel celles-ci s'exercent (prévention, soins, accompagnement médico-social). Ces groupes ont été élargis à des experts régionaux et personnalités qualifiées. Ils ont alors pris la forme de comités thématiques au nombre de 10 :

- santé mentale
- addictions
- cancer
- maladies chroniques
- affections invalidantes et handicaps
- risques infectieux
- accès aux soins
- vieillissement
- douleur et soins palliatifs
- périnatalité, petite enfance
- démographie des professionnels de santé

D'autre part, des groupes de travail ont été réunis pour l'élaboration de volets spécifiques du SROS sur son versant hospitalier (souvent issus des anciens comités techniques régionaux, leur composition a été élargie) et pour la détermination des orientations du premier recours.

Enfin, le groupe projet s'est appuyé sur les compétences et de partenaires extérieurs notamment pour le volet ambulatoire, au sein des URPS, des Caisses d'Assurance maladie, du Conseil régional (pour le volet premier recours – établissement du diagnostic).

Un comité de pilotage a été instauré, qui comprend l'ensemble des auteurs de santé. Sa composition est précisée en annexe de ce document. Enfin, les URPS ont été consultées, conformément à l'article R 4031-2 du CSP.

3. DIAGNOSTIC

3.1. DIAGNOSTIC RÉGIONAL

Outre la prise en compte des données socio-sanitaires déjà exposées, le diagnostic a été ciblé sur le recours aux soins.

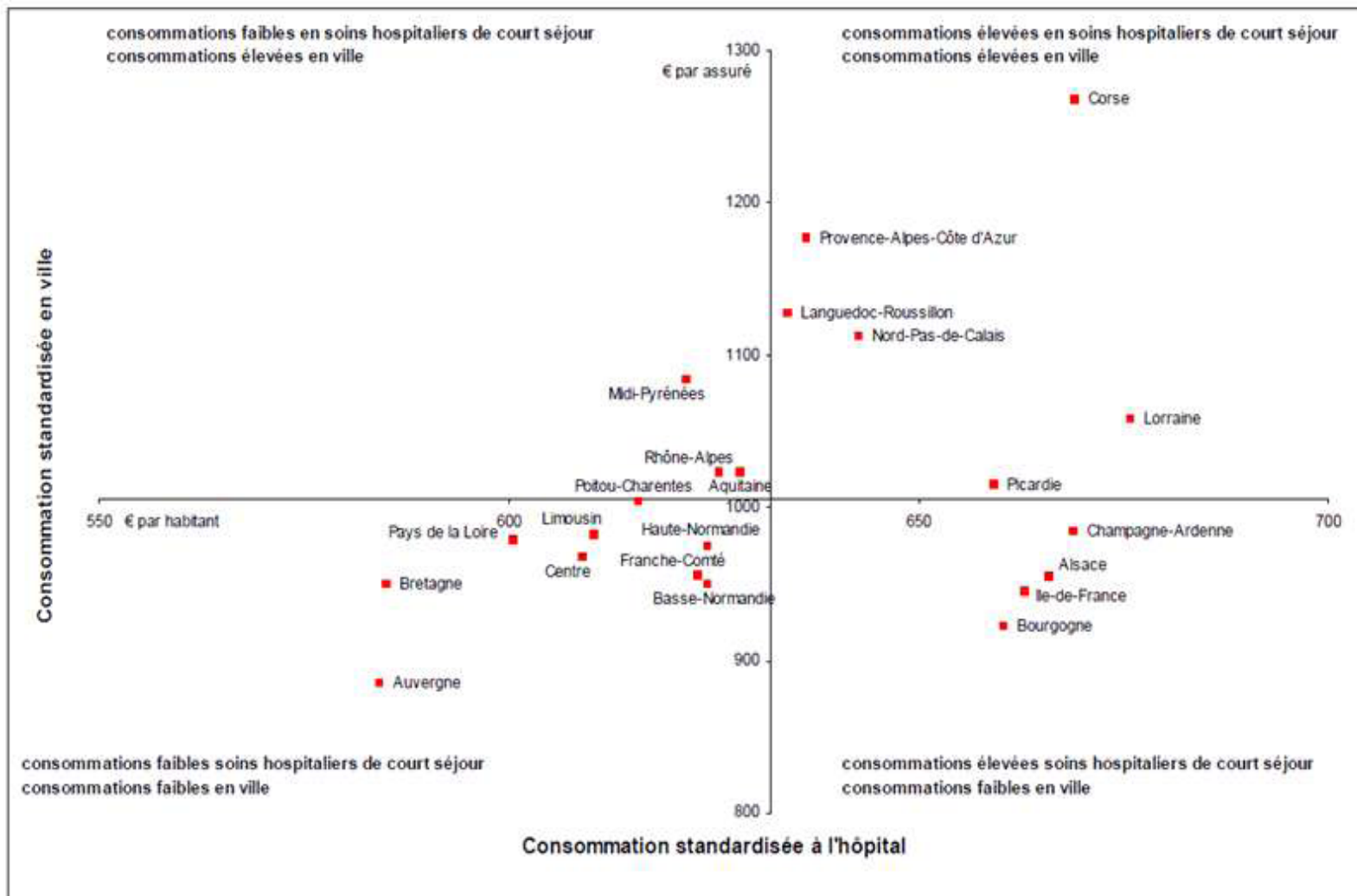
Pour mémoire, la surmortalité est ici rappelée. Elle est observée au moyen de l'ICM, l'indice comparatif de mortalité, c'est-à-dire le rapport entre le nombre de décès observés sur le territoire de santé et le nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité par âge et par sexe étaient identiques aux taux nationaux ; un ICM > 100 correspond à une surmortalité par rapport au niveau national.

La mortalité prématurée est le rapport entre le nombre de décès intervenus avant 65 ans dans le territoire de santé et le nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité par âge et par sexe étaient identiques aux taux nationaux.

Causes de mortalité	Hommes	Femmes
Toutes causes	129,6	121,5
Mortalité prématurée	138,5	129,4
Cancer	131,8	113,9
Maladies cardio-vasculaires	127,4	126,1
Diabète sucré	130,8	140,9
Alcoolisme	186,8	238,4
Tabagisme	140,6	122,1
Broncho-pneumopathie chronique obstructive	180,0	125,1
Suicide	133,4	117,7

Source : Atlas régional et territorial de santé

La région présente une consommation globale de soins élevée.



Données : CNAMTS, SNIIRAM et PMSI. Calculs : CNAMTS et DREES.

Dès lors que les données d'état de santé de la population sont prises en compte, la consommation de soins hospitaliers de la région tend à se rapprocher de la moyenne nationale même si elle lui reste supérieure :

Taux de recours ajustés de l'âge, du sexe et de l'état de santé (indicateur = taux de mortalité) en 2009

	Nord-Pas-de-Calais	France
Médecine	1.183	1.123
Chirurgie	798	786
Techniques interventionnelles	442	384

Si l'on introduit une différenciation des taux de recours aux soins hospitaliers par type de prise en charge, on constate que la région s'illustre par un taux de recours plus faible que la moyenne nationale en ce qui concerne l'hospitalisation complète mais plus élevé en ce qui concerne l'hospitalisation à temps partiel. La région a donc déjà beaucoup développé les modes substitutifs de prise en charge (hôpitaux de jour, chirurgie ambulatoire).

En SSR, l'intégration de données de mortalité n'a pas de sens. Les taux de recours sont donc calculés de manière standardisée, c'est-à-dire redressés de l'âge et du sexe. En la matière, le taux de recours de la région est plus faible que la moyenne nationale (4.906 journées et venues pour 10.000 habitants contre 5.279 au niveau national).

Données relatives au 1^{er} recours

	Région	France	indicateur
Densité de médecins généralistes libéraux	112	111	Pour 100.000 hab
Densité de médecins spécialistes libéraux	63	88	Pour 100.000 hab
Densité de psychiatres libéraux	3,3	10,06	Pour 100.000 hab
Densité d'IDE libéraux	96	119	Pour 100.000 hab
Densité de masseurs kiné libéraux	91	85	Pour 100.000 hab
Densité de chirurgiens dentistes libéraux	46	60	Pour 100.000 hab

Pour plus de détails, se référer au document intitulé «élaboration du SROS : état des lieux et bilan du SROS III »

3.2. DIAGNOSTIC TERRITORIAL

3.2.1. L'Artois - Douaisis

Une population vieillissante

- un indice de vieillissement plus élevé que la moyenne régionale (57,6 contre 52,8) et que dans les autres TS
- un taux de natalité plus faible que la moyenne régionale (13,50 ‰ contre 14,5 ‰)

Des indicateurs sociaux proches de la moyenne régionale, donc plus dégradés que la moyenne française

- part des bénéficiaires du RSA dans la population = 8,2 à 8,5
- taux de chômage = 12,7 %

Une surmortalité importante : la plus forte après le Hainaut

- surmortalité toutes causes confondues = 30 % par rapport au niveau national ; 3,42 % par rapport au niveau régional
- mortalité prématurée > de plus de 40% à la moyenne nationale
- mortalité par alcoolisme = le double du niveau national pour les hommes, 2,5 fois le niveau national pour les femmes
- Lens-Hénin = la zone de proximité la plus touchée par la surmortalité
- la surmortalité des hommes par suicide la plus importante de la région (1,5 fois le niveau national)

Une densité médicale globale faible

- 246 médecins salariés et libéraux pour 100.000 hab, soit -19,34% par rapport à la moyenne régionale et -27,22% par rapport à la moyenne nationale
- un constat particulièrement vrai dans le Béthunois (moins de 230 médecins pour 100.000 hab contre 305 au niveau régional et 338 au niveau national)
- une pénurie de médecins spécialistes en particulier (99 pour 100.000 hab soit presque la moitié moins qu'au niveau national et presque 30% de moins qu'au niveau régional)
- une pénurie de psychiatres libéraux (1,91 pour 100.000 hab soit -42% par rapport au niveau régional et -81% par rapport au niveau national)

Une densité de professionnels paramédicaux libéraux tout aussi faible

- 89 IDE pour 100.000 hab contre 96 au niveau régional et 119 au niveau national
- 78 masseurs kinésithérapeutes pour 100.000 hab contre 91 au niveau régional et 85 au niveau national

Des taux d'équipement hospitalier inférieurs aux taux national et régional

- 2 exceptions : la psychiatrie et l'HAD (poids de l'Arrageois)

Un taux de recours aux soins de ville élevé

- une consommation de soins généralistes et d'actes infirmiers supérieure à la moyenne régionale (respectivement +3% et +15%)

Nota bene : les consultations assurées par les médecins salariés du régime minier ne sont par ailleurs pas prises en compte dans le calcul du taux de recours aux soins de ville. Le taux de recours réel est donc plus élevé qu'a priori.

En revanche, un recours aux soins hospitaliers faible pour la région

- un taux de recours aux soins hospitaliers plus faible que le taux régional
- oncologie : un TS qui enregistre la plus forte mortalité due au cancer mais aussi le taux de recours le plus faible à la chirurgie concernée et un taux de recours à la chimiothérapie équivalent au taux régional
- psychiatrie : faibles taux de recours en particulier en psychiatrie infanto-juvénile (-38% pour les adultes et -70% pour les enfants et les adolescents)
- prise en charge des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés : des taux d'équipement et des prises en charge en soins les plus faibles de la région (situation moins défavorable dans l'Arrageois)

Une population vieillissante. Une précarité sociale non négligeable. Un faible taux de recours aux soins hospitaliers en dépit d'un état de santé très dégradé. Un recours aux soins de ville privilégié.

3.2.2. Le Hainaut - Cambresis

Des difficultés sociales plus prononcées que dans les autres territoires de santé

- part des bénéficiaires du RSA dans la population = 10% (+ 20% par rapport à la moyenne régionale ; le double de la moyenne nationale)
- taux de chômage = 14,5% (contre 12,7% au niveau régional et 9,3% au niveau national)

La plus importante surmortalité de la région

- surmortalité toutes causes confondues = 33,20 % par rapport au niveau national ; 6% par rapport au niveau régional
- mortalité prématurée > de plus de 40% à la moyenne nationale
- mortalité par alcoolisme = le double du niveau national pour les hommes, 2,5 fois le niveau national pour les femmes
- Valenciennois = la zone de proximité la plus touchée par la surmortalité
- surmortalité frappante des hommes par suicide dans le Cambrasis (entre 1,5 et 2 fois le niveau national)

Une densité médicale inférieure aux moyennes régionales et nationales, mais plus élevée que dans les territoires de santé de l'Artois et du Littoral

- un constat valable pour les médecins généralistes et spécialistes (salariés + libéraux), moins vrai pour les psychiatres (10,37 psy pour 100.000 hab, contre 11,70 dans l'Artois et 5,44 sur le Littoral).
- un constat qui reste valable pour les médecins généralistes et spécialistes libéraux (y compris les psychiatres)

Une densité de professionnels paramédicaux libéraux disparate

- la plus forte densité d'infirmiers libéraux de la région, proche de la moyenne nationale (116 IDE lib pour 100.000 hab contre 96 au niveau régional, et 119 au niveau national)

- une densité de masseurs-kinésithérapeutes (et une consommation de soins en la matière) plus faible qu'au niveau régional

Des taux d'équipement hospitalier souvent supérieurs aux taux national et régional

Une importante consommation de soins de ville et de soins hospitaliers

- une consommation de soins généralistes, d'actes de soins infirmiers, de chirurgie, de SSR et de psychiatrie infanto-juvénile la plus élevée de la région
- un taux de recours aux soins hospitaliers hors oncologie et hors psychiatrie > de 5 à 9% au taux de recours national
- oncologie : un taux de recours plus faible qu'au niveau régional et national
- psychiatrie : la consommation la plus élevée après la Métropole (+3,5% par rapport au niveau régional mais - 16,84% par rapport au niveau national)
- prise en charge des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés : des prises en charge en soins importantes, un taux d'équipement en places d'EHPAD et de SSIAD proche de la moyenne régionale,

Une précarité sociale importante. Un état de santé très dégradé, malgré une forte consommation de soins et un accès à ceux-ci plus aisé que dans l'Artois et le Littoral.

3.2.3. Le Littoral

Une évolution démographique disparate

- une zone très vieillissante : le Montreuillois (indice de vieillissement >70% contre 52,8% au niveau régional et 66% au niveau national)

Des indicateurs sociaux proches de la moyenne régionale, donc plus dégradés que la moyenne française

- part des bénéficiaires du RSA dans la population = 8,5 à 10,2
- taux de chômage = 12,4 %

Une surmortalité qui correspond à la moyenne régionale, moins importante que dans le Hainaut et l'Artois

- surmortalité toutes causes confondues = 24,60 % par rapport au niveau national ; -0,6% par rapport au niveau régional
- mortalité prématurée < 30% à la moyenne nationale
- mais une surmortalité frappante par suicide pour les hommes et des femmes dans le Montreuillois, et pour les hommes dans l'Audomarois (entre 1,5 et 2 fois le niveau national)
- et une surmortalité frappante des femmes par alcoolisme dans le Boulonnais (entre 2,5 et 3 fois le niveau national)

Une densité médicale globale faible

- 247 médecins salariés et libéraux pour 100.000 hab, soit -19% par rapport à la moyenne régionale et -27% par rapport à la moyenne nationale

Schéma Régional d'Organisation des Soins

- un constat particulièrement vrai dans l'Audomarois et le Calaisis (moins de 230 médecins pour 100.000 hab contre 305 au niveau régional et 338 au niveau national)
- une pénurie de psychiatres (5,44 pour 100.000 hab soit -60% par rapport au niveau régional et -75% par rapport au niveau national), et en particulier de psychiatres libéraux (1,98 pour 100.000 hab soit -40% par rapport au niveau régional et -80% par rapport au niveau national)

Des taux d'équipement hospitalier inégaux

- un équipement plus faible en court séjour et en psychiatrie infanto-juvénile
- un équipement plus important en SSR (équivalent au niveau national ; > de 19% au niveau régional) mais concentré essentiellement sur le Montreuillois

Une consommation de soins de ville proche de la moyenne régionale

- une consommation d'actes de soins infirmiers et de kinésithérapie supérieure à la moyenne régionale, en particulier dans le Montreuillois (près du double de la consommation régionale en ce qui concerne les actes infirmiers)

Un recours aux soins hospitaliers proche du niveau national, donc plus faible que le niveau régional

- un taux de recours aux soins hospitaliers le plus faible de la région
- oncologie : un taux de recours plus important qu'au niveau régional (TS Littoral = 3^{ème} rang pour la mortalité liée aux cancers au sein de la région)
- psychiatrie : un taux de recours très faible pour les adultes (le plus faible de la région ; -31,45% par rapport au niveau national), plus élevé pour les enfants (+31,29% par rapport au niveau régional)
- prise en charge des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés : des taux de recours aux soins libéraux et hospitaliers élevés, à l'exception d'une zone de proximité qui se démarque par sa plus faible fréquentation des soins : le Montreuillois.

Des indicateurs de santé moins dégradés que dans l'Artois et le Hainaut. Des taux de recours aux soins hospitaliers proches du niveau national (<au niveau régional), sauf en SSR et en psychiatrie où ils sont beaucoup plus faibles. Une zone de proximité qui se démarque : le Montreuillois | une zone de proximité très vieillissante (indice de vieillissement > indice national) ; une surmortalité par suicide forte ; une densité de médecins généralistes libéraux faible et un pourcentage >=55 ans plus élevé que la moyenne régionale ; une forte densité d'IDE libérales (1,5 fois la moyenne régionale ou nationale) ; un taux d'équipement hospitalier meilleur que la moyenne régionale ou nationale, à l'exception de la psychiatrie, mais des taux de recours plus faibles que la moyenne régionale.

3.2.4. La Métropole – Flandre Lys

La population la plus jeune de la région

- un indice de vieillissement faible (46% contre 52,8% au niveau régional et 66% au niveau national)
- un taux de natalité élevé (15 ‰ contre 14,5‰ au niveau régional et 12,7‰ au niveau national)

Des indicateurs sociaux légèrement plus dégradés que la moyenne nationale mais plus favorables que la moyenne régionale

- part des bénéficiaires du RSA dans la population = 5,1 à 8,1
- taux de chômage = 11,8 %

Une surmortalité plus faible que dans les autres territoires de santé

- surmortalité toutes causes confondues = 17 % par rapport au niveau national ; -7 % par rapport au niveau régional
- mortalité prématurée > de plus de 20% à la moyenne nationale mais inférieure de 11% pour les hommes et 7% pour les femmes par rapport à la moyenne régionale

Une densité médicale globale très élevée, supérieure à la moyenne nationale

- 415 médecins salariés et libéraux pour 100.000 hab, soit +36% par rapport à la moyenne régionale et +23% par rapport à la moyenne nationale
- un constat valable pour les généralistes et les spécialistes
- une forte densité de psychiatres, y compris libéraux, même si la densité de ces derniers reste inférieure de 41% à la moyenne nationale

Une densité de professionnels paramédicaux libéraux inégale

- une forte densité de masseurs-kinésithérapeutes (110 MK pour 100.000 hab contre 91 au niveau régional et 85 au niveau national)
- une très faible densité d'IDE libérales (83 pour 100.000 hab contre 96 au niveau régional et 119 au niveau national)

Des taux d'équipement hospitalier supérieurs aux taux national et régional

- 1 exception : les SSR mais taux de recours légèrement supérieur à la moyenne régionale

Un taux de recours aux soins de ville disparate

- une consommation de soins d'actes infirmiers très faible (-30% par rapport à la moyenne régionale) ; à mettre en regard de la densité
- une consommation de soins de kinésithérapie élevée
- une consommation de soins généralistes la plus faible de la région, alors que la densité de MG libéraux est la plus élevée de la région ;

Un recours aux soins hospitaliers très élevé

- des taux de recours en médecine, chirurgie et techniques interventionnelles supérieurs à la moyenne nationale
- des taux de recours en psychiatrie et en SSR plus élevés que la moyenne régionale, mais plus faibles que la moyenne nationale (surtout en psychiatrie)

2 exceptions notables :

- la psychiatrie infanto-juvénile (-17,5% par rapport au niveau régional et -59,31% par rapport au niveau national)
- la chimiothérapie (-3,87% par rapport au niveau régional ; -11,23% par rapport au niveau national) ; pour mémoire, la surmortalité liée au cancer est de 24% pour les hommes – la plus faible de la région – et de 13% pour les femmes – la plus importante derrière l'Artois)

Une surmortalité plus atténuée qu'au niveau régional mais existante, en dépit d'une démographie médicale et d'un équipement hospitalier supérieur à la moyenne nationale. Un recours aux soins généralistes plus faibles, mais une densité en médecins spécialistes libéraux élevée par rapport à la moyenne régionale et un taux de recours aux soins hospitaliers important, y compris au regard de la situation nationale. Une zone de proximité plus favorisée en termes d'équipements : Lille.

4. ORIENTATIONS STRATEGIQUES

Le renforcement de la politique de prévention et l'amélioration des dispositifs de dépistage vont contribuer, avant que leurs effets ne se ressentent sur la santé des populations, à une augmentation ponctuelle du recours aux soins. Ils doivent conduire à une prise en charge plus précoce des patients.

Parallèlement, le contexte de l'évolution de l'ONDAM voté par le Parlement imprime au SROS-PRS une contrainte nouvelle. Celui-ci doit être un outil de rationalisation de l'offre globale de soins, au regard des enjeux nationaux de respect de l'ONDAM.

L'analyse des taux de recours de la population régionale à l'hospitalisation permet de situer globalement la consommation de soins de la région dans la moyenne nationale, au regard des indicateurs sociaux et des indicateurs de santé.

Le volume global de soins hospitaliers ne devrait donc pas, sur la durée du SROS, progresser de façon significative.

Sur le champ des soins de ville, la consommation des soins est également importante.

La concertation avec les partenaires et offreurs de soins devra garantir un échange constructif sur la maîtrise des coûts, appuyé sur :

- l'utilisation rationnelle et efficace des moyens (autorisations, matériels),
- la gestion optimale des établissements,
- la mise à disposition de données de comparaison,
- la maîtrise des coûts directs et indirects.

D'autre part, l'analyse des indicateurs de santé de la population et de l'offre de soins permet d'identifier les territoires qui doivent être prioritairement renforcés prioritaires (cf diagnostic territorial et détermination des zones en difficulté et fragiles), dans le respect de la gradation des soins, du 1^{er} recours au niveau régional de recours hospitalier.

La structuration de l'offre de soins ambulatoire est un enjeu majeur et urgent pour la population. Celle-ci rencontre en effet des difficultés croissantes d'accès aux soins et aspire à bénéficier d'une prise en charge globale, de qualité, dans un parcours de santé lisible. C'est aussi un enjeu pour les professionnels de santé libéraux, et notamment la médecine de ville qui traverse une crise identitaire. Le secteur ambulatoire appelle à se moderniser, se restructurer, et doit s'accompagner d'une redéfinition des rôles des différents intervenants, tout en respectant le principe de la liberté d'installation.

Dans ce contexte, le SROS doit contribuer à la transformation de l'organisation des soins, soutenir les mutations nécessaires, en favorisant le décloisonnement de l'offre (prévention / ville / hôpital / médico-social) et la coordination entre les acteurs compétents dans les différents domaines, en valorisant la place centrale des professionnels de 1^{er} recours, et ainsi répondre aux besoins de santé de la population en garantissant son accessibilité géographique, financière, et sa qualité. De plus, les besoins de soins de la population régionale, le contexte d'une exigence accrue de maîtrise des

Schéma Régional d'Organisation des Soins

dépenses publiques dans le cadre d'une progression de l'ONDAM à 2,8%, et les perspectives de la démographie médicale impriment à la politique hospitalière une logique d'optimisation des organisations pour garantir l'accès aux soins de manière équitable sur les territoires.

Le SROS porte donc le triple objectif :

- d'améliorer l'adéquation de l'offre de soins aux besoins de la population,
- de garantir l'accès aux soins
- de garantir la qualité des soins.

Ces orientations s'inscrivent en particulier dans la mise en œuvre des leviers d'action et axes de travail du Plan stratégique régional de santé suivants :

Favoriser un recours plus précoce aux soins

- axe de travail : développer en priorité les fonctions de prise en charge précoce des soins de premier recours

Mieux organiser la prise en charge dans le cadre de parcours coordonnés

- axe de travail : assurer un maillage territorial qui permet la gradation, l'efficacité et la qualité des soins
- axe de travail : améliorer l'organisation des parcours de soins au service des usagers

Sur l'ensemble du dispositif de l'offre de soins, la définition locale d'un plan de communication accompagnera l'ensemble des objectifs.

4.1. FAVORISER UN RECOURS PLUS PRÉCOCE AUX SOINS (3ÈME LEVIER DU PSRS)

1^{er} Axe stratégique : DEVELOPPER LES FONCTIONS DE PRISE EN CHARGE PRECOCE DES SOINS DE 1^{ER} RECOURS

Objectif opérationnel 1 : Maintenir l'offre et attirer de nouveaux professionnels de santé dans les zones en difficulté

Action 1 : Définir les zones prioritaires de 1^{er} recours (médecins généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes)

○ **Les zones fragiles**

L'article L. 1434-7 du code de santé publique précise que l'Agence Régionale de Santé détermine, dans le cadre du volet ambulatoire du SROS, les zones fragiles. Leur définition est encadrée nationalement afin de tenir compte des inégalités interrégionales. Ainsi, la part de population vivant dans les zones fragiles ne doit pas dépasser la part de la population régionale vivant dans un bassin de vie dont la densité de médecins généralistes est inférieure de 30% à la moyenne nationale. En région Nord-Pas-de-Calais, cela représente 4% de la population. Sur la base d'une méthodologie concertée, 10 zones fragiles en matière d'offre de soins de 1^{er} recours (médecins généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes) sont proposées. Elles représentent, au sein de la région, un bassin de 160 732 habitants, répartis dans 113 communes.

Ces 10 zones fragiles bénéficieront de mesures nationales suivantes :

- exonération partielle de l'impôt sur le revenu sur les astreintes versées dans le cadre de la permanence des soins
- aides spécifiques des collectivités territoriales pour l'installation et le maintien des professionnels, et aides aux étudiants
- aides spécifiques de l'Etat dans le cadre de l'aménagement du territoire et de développement des territoires ruraux
- contrat d'engagement de service public

Les zones en difficulté

L'Agence Régionale de Santé a proposé la définition d'un zonage plus large que celui des zones fragiles, par l'identification de zones dites en difficulté en offre de soins de 1^{er} recours. Ces zones correspondent à des bassins de vie qui nécessitent d'être confortés sur le plan démographique (médical, paramédical). L'ARS accordera une priorité d'actions sur ces zones.

54 zones en difficulté sont proposées (dont 10 zones fragiles) ; elles représentent au sein de la région, un bassin de 1.076.206 habitants, répartis dans 579 communes.

L'évolution de la situation des zones fragiles ou en difficulté fera l'objet d'une veille active ; les cartographies seront actualisées annuellement .

○ **Indicateurs de suivi :**

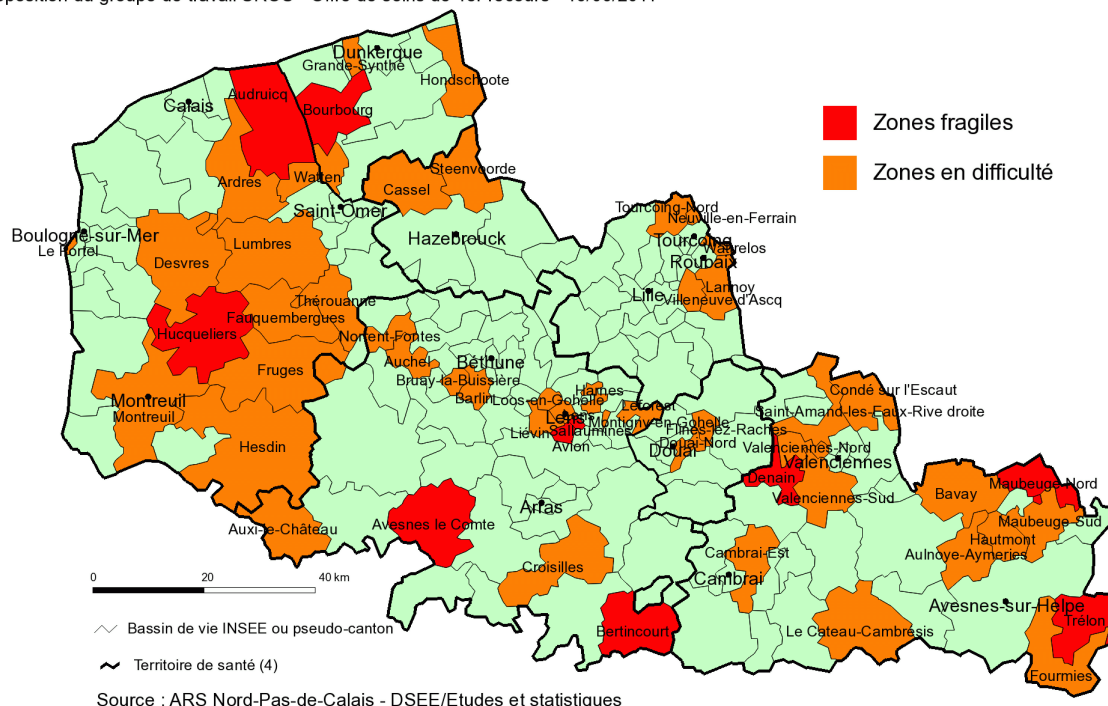
Date de l'arrêté du Directeur général de l'ARS fixant les zones fragiles

Part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité de généralistes est inférieure de 30% à la moyenne nationale (CPOM)

Carte des zones en difficulté et des zones fragiles en offre de soins de 1^{er} recours :

Proposition des zones en difficulté et des zones fragiles en offre de soins de 1^{er} recours*

*Proposition du groupe de travail SROS - Offre de soins de 1^{er} recours - 16/06/2011



Action 2 : Mettre en place la Plateforme d'Appui aux Professionnels de santé (PAPS)

La loi HPST introduit le concept de service unique d'aide à l'installation des professionnels de santé (Art. L. 1431-2 du code de la santé publique). La plate-forme d'appui aux professionnels de santé, la PAPS, doit permettre une meilleure orientation du professionnel parmi les informations et services proposés par les acteurs locaux et nationaux. L'objectif est de l'accompagner aux moments clés de sa carrière (formation initiale, choix du mode d'exercice, montage de projets d'exercice coordonné, développement professionnel). Elle dispose de plusieurs outils dont un site internet opérationnel depuis le 01/07/2011 : http://ars.sante.fr/PAPS_nordpasdecalais.113580.0.html. Celui-ci sera par ailleurs enrichi au fil du temps.

o **Indicateur de suivi :**

Nombre de connexions au site internet

Action 3 : Favoriser les stages de médecine générale et les stages paramédicaux dans les zones en difficulté

La formation initiale représente un réel levier pour déployer une politique d'ajustement de l'offre de soins de 1^{er} recours sur les territoires. La valorisation et la découverte précoce de la médecine générale au cours des études médicales, et notamment au travers des stages de 2nd cycle, permettent de susciter des vocations. La professionnalisation des étudiants via les stages d'internat permet de soutenir et encourager à l'installation plus précoce. Il est important que les stages de médecine générale et les stages paramédicaux soient dans ce cadre réalisés en priorité dans les zones en difficulté.

Pour ce faire, l'ARS priorisera son soutien financier au recrutement de maîtres de stage dans les zones en difficulté.

- **Indicateurs de suivi :**

Nombre de maîtres de stage de 2nd cycle, de 3^{ème} cycle, de SASPAS dans les zones en difficulté

Nombre de stages réalisés dans les zones en difficulté (2^{ème} et 3^{ème} cycles, SASPAS)

- **Cadrage financier**

Enveloppe FIQCS-ARS

Action 4 : Promouvoir les contrats d'engagement de service public (CESP)

La loi HPST a instauré le contrat d'engagement de service public. Ce contrat offre aux étudiants en médecine la possibilité de bénéficier d'une allocation mensuelle à partir de la 2^{ème} année des études médicales, en contrepartie de laquelle ils s'engagent à exercer à titre libéral ou salarié, dans une zone fragile en offre de soins pour une durée égale à celle durant laquelle ils ont perçu cette allocation (Art L. 632-6 du code de l'éducation). L'objectif est de favoriser une meilleure répartition des flux de diplômés en médecine grâce à une fidélisation des jeunes médecins dans des zones définies comme fragiles.

- **Indicateur de suivi :**

Nombre de contrats d'engagement de service public signés

Action 5 : Favoriser l'exercice coordonné entre acteurs de santé et soutenir les projets de maisons et pôles de santé

L'exercice regroupé et coordonné est aujourd'hui plébiscité par les jeunes professionnels de santé. Les conditions de l'attractivité sont réunies tant sur le plan professionnel (collégialité permettant un exercice professionnel plus riche et rassurant, partage de moyens...) que personnel (horaires, dissociation possible entre lieu de travail et lieu de vie...). Les moins jeunes s'engagent aussi dans ce mode d'exercice car il permet à la fois de rallier leurs jeunes confrères et d'être, à effectif identique, plus efficient dans l'utilisation du temps médical et paramédical. Les maisons et pôles de santé sont une traduction évidente et particulièrement dynamique de ces évolutions organisationnelles.

- **Indicateur de suivi :**

Nombre de structures d'exercice collectif en milieu ambulatoire pour 100.000 habitants (CPOM)

→ voir point 4.2 – 1^{er} axe stratégique - objectif opérationnel 3 – soutenir les projets de maisons et pôles de santé

Action 6 : Accompagner les centres de santé dans la mise en place de leur projet de santé → 2012

La loi HPST a modifié les conditions d'ouverture et de fonctionnement des centres de santé. Ceux-ci doivent désormais formaliser auprès de l'ARS un projet de santé conforme aux orientations du PRS. Ils seront accompagnés dans la mise en œuvre de ces nouvelles orientations.

Action 7 : Développer la télémédecine

Le développement d'échanges et la coopération entre professionnels peuvent être facilités par la télémédecine qui permet à la fois une prestation de soins de santé à distance et l'échange d'informations médicales s'y rapportant, par le biais des télécommunications et des technologies.

La e-valise médicalisée, tout particulièrement, permet aux médecins exerçant en zone rurale de rompre l'isolement, de faciliter la décision et de sécuriser la prise en charge du patient : réalisation au domicile des examens courants (électrocardiogramme, pression artérielle, spiromètre...), stockage et adressage, via une connexion internet, à un spécialiste d'un établissement de santé afin d'obtenir, en direct ou en différé, son avis. Cet outil offre également aux patients des territoires ruraux une égalité d'accès aux soins et une diminution des déplacements éloignés.

L'ARS soutiendra la mise en place de ces dispositifs dans le cadre de partenariats formalisés avec les établissements de santé pivot.

→ voir programme système d'information – télémédecine - télésanté du PRS

Action 8 : Promouvoir les contrats santé-solidaire auprès des praticiens exerçant hors zones fragiles

La convention nationale entre l'UNCAM et les syndicats de médecins crée l'option santé solidaire territoriale. Le praticien installé hors zones fragiles souhaitant adhérer à cette option d'engage à exercer au minimum 28 jours par an dans une des zones fragiles, pour une durée de 3 ans. Il bénéficie d'une rémunération complémentaire correspondant à 10% de son activité (C +V) dans la zone.

L'ARS soutiendra de ces contrats auprès des médecins libéraux.

○ Indicateurs de suivi :

Nombre de contrats santé-solidarité signés par zone fragile

Action 9 : Favoriser un environnement social et culturel pour rendre les territoires attractifs → 2012

L'environnement de vie est décisif dans le choix d'installation des professionnels de santé. L'attractivité d'un territoire repose essentiellement sur l'accessibilité à des services de proximité (l'école, la Poste, la banque...) et à des services culturels. Il existe d'importantes inégalités en terme de services publics, non seulement entre milieu rural et milieu urbain mais aussi au sein même de ces ensembles (zones de revitalisation rurale, zones urbaines sensibles). Il est essentiel qu'une réflexion commune soit menée sur la question de l'environnement de vie au sein des zones en difficulté, entre l'ARS et l'ensemble des acteurs régionaux compétents en matière d'aménagement du territoire.

Objectif opérationnel 2 : Garantir un accès de proximité et de qualité au pharmacien d'officine

Les pharmaciens sont des professionnels très présents dans la dynamique de maillage territorial, qui voient en France près de 4 millions de patients chaque jour. La pharmacie est un lieu de vie et de santé

Action 10 : Expérimenter un nouveau niveau d'analyse territoriale → 2012

L'unité territoriale prise en compte pour l'implantation des officines pharmaceutiques est aujourd'hui communale, voire infra-communale (quartier), et diffère de celle prise en compte pour les autres professionnels de santé de 1^{er} recours, à savoir le bassin de vie INSEE ou le pseudo-canton. Cette différence d'analyse en matière de répartition géographique pose des difficultés, particulièrement pour les officines en milieu rural, lorsque les professionnels se regroupent au sein d'une maison de santé pluriprofessionnelle. Il serait souhaitable d'envisager un niveau d'analyse qui soit cohérent avec le territoire de projet de soins de 1^{er} recours. Une concertation sera engagée avec les représentants de la profession, afin de proposer au Ministère une expérimentation.

Action 11 : Ajuster au mieux la desserte pharmaceutique

Le maillage territorial des officines de pharmacie est satisfaisant et ne nécessite que des ajustements.

○ **Rattachement des quelques communes non desservies**

Une étude actualisée des flux de population sera menée pour l'ensemble des communes de la région. Ainsi, dans les communes au sein desquelles aucune pharmacie n'est ouverte, il s'agira de confirmer le rattachement ou la possibilité d'une nouvelle autorisation d'exploitation dans le Pas-de-Calais.

○ **Faciliter et encourager le regroupement d'officines dans les zones suréquipées :**

A ce jour, dès lors que deux officines se regroupent, on continue à dénombrer durant 12 années autant de licences exploitées qu'avant le regroupement. Après ces 12 années et si les besoins sont réels, cette modalité de dénombrement peut être réexaminée. Afin d'adapter l'offre de pharmacies d'officine, il est proposé au niveau régional d'encourager les regroupements de pharmacies dans les zones suréquipées (au moins 3 officines excédentaires).

○ **Indicateurs de suivi :**

Cartographie précisant le rattachement des communes au sein desquelles aucune licence de pharmacie n'est exploitée
Nombre de pharmacies regroupées.

Action 12 : Favoriser l'implication des pharmaciens d'officine dans les soins de premier recours :

La loi HPST a consacré le rôle du pharmacien dans les soins de 1^{er} recours. Afin de soutenir l'engagement de la profession dans ses nouvelles missions, il est proposé :

- d'associer systématiquement les pharmaciens d'officine dans les réflexions autour des projets de santé des maisons et pôles de santé
- de faciliter le déploiement du dispositif « pharmacien correspondant » particulièrement dans les maisons et pôles de santé en fonctionnement

- de promouvoir la formation à l'Education Thérapeutique du Patient auprès des pharmaciens d'officine

- o **Indicateurs de suivi :**

Taux de programmes d'ETP faisant intervenir les compétences d'un pharmacien

Nombre de projets de maisons et pôles de santé dans lesquels sont associés des pharmaciens d'officine

Objectif opérationnel 3 : Améliorer l'accès aux soins dentaires

Action 13 : Réaliser un diagnostic et proposer des axes d'amélioration → 2012

La faible densité de chirurgiens dentistes dans le Nord-Pas-de-Calais (46 pour 1.000 habitants vs 59 en France) pose des difficultés d'accès aux soins dentaires. Leur inégale répartition, avec une concentration sur la Métropole et la Flandre intérieure, rend la situation particulièrement tendue sur certains territoires. Par ailleurs, l'accessibilité financière, aux soins prothétiques notamment, est difficile pour une partie de la population. L'ARS engagera un travail de diagnostic et de réflexion avec l'URPS, le Conseil Régional de l'Ordre des Chirurgiens Dentistes, et les représentants des centres de soins dentaires (miniers, mutualistes...).

Objectif opérationnel 4 : Faciliter l'accès aux soins des personnes en difficulté

Action 14 : Permettre l'accessibilité des cabinets libéraux aux personnes handicapées → 2012

Les cabinets médicaux étant des établissements recevant du public de 5^{ème} catégorie, ils doivent répondre aux conditions posées par la loi du 11 février 2005 et le décret du 17 mai 2006. Depuis le 1^{er} janvier 2007, tout nouveau cabinet médical ou tout nouvel immeuble comprenant un cabinet médical doit répondre aux exigences d'accessibilité. Pour les anciens cabinets, le texte prévoit que ceux-ci soient mis aux normes d'ici le 1^{er} janvier 2015. Des actions de promotion et d'accompagnement pour la mise aux normes devront être mises en place.

Action 15 : Faciliter l'accès aux soins des personnes en situation de précarité financière

Les personnes en situation de précarité financière, notamment celles se trouvant juste au dessus du plafond de la CMU complémentaire ou de l'aide à la complémentaire santé, peuvent être dans l'impossibilité de payer, ou de faire l'avance de frais élevés, pour la consultation d'un médecin spécialiste de secteur 1 qui ne pratique pas le tiers payant, en cas de dépassement d'honoraires des praticiens de secteur 2, pour les actes majorés de nuit ou de dimanche pendant la permanence des soins. Ces difficultés entraînent des renoncements aux soins, des recours tardifs ou inadaptés. Une grande vigilance doit être portée par ailleurs à d'éventuels refus de soins.

L'accessibilité financière aux médecins généralistes pose moins de difficultés dans le Nord-Pas-de-Calais que dans d'autres régions dans la mesure où l'immense majorité d'entre eux sont conventionnés secteur 1 et pratiquent donc les honoraires opposables. L'avance des frais reste cependant une difficulté pour certains publics. La pratique du tiers payant sera fortement soutenue auprès des professionnels exerçant en maisons de santé.

Dans le cadre de la permanence des soins ambulatoire, le tiers payant (part obligatoire) devra être privilégié lors de la consultation ou la visite du médecin de garde. Au sein des maisons médicales de garde, l'ARS soutiendra avec l'assurance maladie les dispositifs permettant un tiers payant intégral (parts obligatoire et complémentaire). → voir action 19

La question centrale réside dans l'accès aux médecins spécialistes libéraux. Ce point fera l'objet d'un travail approfondi en **2012**. → voir **action 27**

La difficulté d'accès aux soins prothétiques sera prise en compte dans l'objectif d'amélioration d'accès aux soins dentaires.

Par ailleurs, la nouvelle convention médicale prévoit plusieurs mesures relatives à la dispense d'avance des frais : création du tiers payant social pour les bénéficiaires d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, dispense d'avance des frais en cas d'actes particulièrement coûteux, tiers payant de plein droit pour le médecin de garde, et possibilité de conclure des accords locaux plus favorables.

L'ensemble de ces propositions devra être mis en œuvre en partenariat avec l'assurance maladie.

Objectif opérationnel 5 : Garantir une réponse aux besoins de soins non programmés en journée

Les professionnels de santé libéraux organisent leur semaine et leur journée de travail autour de plages fixes de consultation et sur rendez-vous principalement. En conséquence, une partie du besoin de soins peut se retrouver insatisfait lorsqu'il ne peut être programmé, entraînant des recours inadaptés aux structures d'urgence.

Action 16 : Inscrire ce principe d'organisation pour les maisons de santé pluriprofessionnelles

Les maisons et pôles de santé doivent s'organiser afin d'accueillir toute demande de soins non programmée, nécessitant une prise en charge immédiate, pendant les heures d'ouverture de la structure. Les financements accordés par l'ARS seront conditionnés à cette exigence. Une attention toute particulière devra être portée sur un accueil pédiatrique, lorsque la structure de la patientèle le rend pertinent. Le dispositif de permanence des soins ambulatoire assure ensuite le relai à compter de 20h, le samedi après midi, les dimanches et jours fériés.

Action 17 : Rechercher une réponse collective aux besoins de soins non programmés → 2012

La faible disponibilité des médecins généralistes, tout particulièrement dans les zones en difficulté, entraîne des difficultés de recours aux soins ou des recours inadaptés en journée aux services d'urgence. Au-delà des organisations mises en place au sein des maisons de santé, il est nécessaire de rechercher une réponse pertinente qui pourrait reposer sur l'ensemble des professionnels de santé de 1^{er} recours. Une réflexion sera menée avec les URPS.

4.2. MIEUX ORGANISER LA PRISE EN CHARGE DANS LE CADRE DE PARCOURS COORDONNÉS (4ÈME LEVIER DU PSRS)

2^{ème} Axe stratégique : ASSURER UN MAILLAGE TERRITORIAL QUI PERMET LA GRADATION, L'EFFICACITE ET LA QUALITE DES SOINS

Objectif opérationnel 1 : Optimiser la permanence des soins ambulatoire (PDSA) sur chaque territoire

Action 18 : Optimiser la régulation médicale

Assurer une régulation libérale dans les 2 départements après minuit (actuellement non assurée dans le Nord), afin de répondre à un besoin réel. Ceci implique que soient renforcées les équipes de médecins libéraux volontaires assurant la régulation. Parmi les modalités incitatives, la mise en place d'une régulation téléphonique délocalisée sera étudiée.

Donner aux PARM la possibilité d'orienter directement un patient vers le médecin de garde, sans intervention du médecin régulateur, dans le cadre d'un protocole régional négocié.

Maintenir les plateformes communes centre 15 et centre de régulation libérale à Lille et Arras. A terme, lorsque les problèmes techniques auront été résolus, mutualiser les moyens de la régulation libérale après minuit entre les deux départements. L'existence d'un numéro de téléphone régional unique pour la régulation libérale permettra d'améliorer la lisibilité du dispositif.

Mettre en œuvre et encadrer la prescription téléphonique en lien avec la garde pharmaceutique.

Action 19 : Harmoniser l'accès au médecin de garde dans chaque territoire et rechercher une meilleure articulation avec les urgences

○ **Sectorisation**

La région est divisée en 153 secteurs de garde. Le nombre de volontaires est globalement satisfaisant mais les perspectives démographiques de la profession médicale imposent de faire évoluer le dispositif. Il est nécessaire d'optimiser le nombre de territoires de garde. L'effort entrepris depuis quelques années avec les Conseils de l'ordre des médecins doit être poursuivi.

○ **Accès au médecin de garde**

Il est réaffirmé que, dans un souci d'efficacité, d'efficience et de sécurité, l'accès au dispositif de permanence des soins se fait exclusivement par le n° de la régulation libérale, Médi'ligne, qui oriente le malade et sollicite l'effecteur de santé le plus adapté. Une attention particulière sera portée à une bonne articulation avec SOS Médecins, dont le recours dans le cadre de la permanence des soins est soumis aux règles générales d'inscription au tableau de garde et de régulation.

○ **Nuit profonde**

En nuit profonde (minuit à 8h), l'activité des médecins de garde est faible : une quinzaine d'actes pour l'ensemble de la région. Le nombre d'astreintes versées au regard de l'activité de chacun des médecins de garde rend cette organisation peu efficiente. Il est donc proposé de mettre fin aux astreintes des médecins effecteurs en nuit profonde de semaine. Durant cette période, les patients pourront obtenir une réponse médicale par la régulation libérale, et, si besoin, l'effecteur sera assurée par les urgences hospitalières. Le dispositif de garde de médecine

générale après minuit sera maintenu les nuits de week-ends et jours fériés, afin de ne pas laisser les patients trop longtemps sans réponse de médecine générale et les obliger ainsi à se rendre aux urgences.

- **Modalité d'exercice de l'effectif**

La réponse au patient se fait en priorité par consultation à la maison médicale de garde quand il y en a une, par consultation au cabinet du médecin de garde et, si cela se justifie médicalement, par une visite à domicile. Le tiers payant (part obligatoire) doit pouvoir être proposé lors des consultations ou visites.

Les médecins de garde doivent assurer un nombre minimum d'heures d'ouverture de leur cabinet pendant la garde. Il en va de même pour les maisons médicales de garde. Une harmonisation régionale sera recherchée.

- **Promouvoir les maisons médicales de garde (MMG)**

La maison médicale de garde est un lieu fixe de consultation, dans lequel les médecins libéraux effectuent sur place, le service de permanence des soins. Il en existe 10 dans la région : Grande-Synthe, Dunkerque, Lille Saint Vincent, Le Cateau-Cambrésis, Armentières, Maubeuge, Roubaix, Hénin-Beaumont, Calais et Boulogne-sur-Mer.

L'ouverture de nouvelles maisons médicales de garde sera encouragée. Deux projets sont en cours à Béthune et Douai. Leur implantation devra se faire dans l'enceinte du centre hospitalier à proximité des urgences, afin de faciliter la réorientation des patients entre les deux dispositifs. La procédure de tiers payant (part obligatoire et complémentaire) devra être proposée à toutes les personnes adressées à la maison médicale par le dispositif de régulation téléphonique. Les consultations majorées représentent en effet un coût difficile à avancer pour de nombreuses personnes, les incitant parfois à se rendre aux urgences pour des raisons financières et non de nécessité médicale.

- **Permettre une réorientation des patients entre urgences et MMG**

La régulation préalable doit être encouragée et soutenue, qu'il s'agisse de l'appel au 15 pour l'aide médicale urgente ou de Médi'ligne pour les soins non programmés de médecine générale. Elle est la garantie d'une réponse à la population graduée et adaptée. Il n'en reste pas moins qu'un certain nombre de personnes se présentent directement aux urgences alors que l'état de santé de ces personnes ne relève pas de l'urgence hospitalière. Ceci contribue à l'engorgement de ces services. Dans les hôpitaux où une MMG se trouve à proximité des urgences, une réorientation d'un service à l'autre est possible.

Il est proposé d'expérimenter sur un site de ce type, la mise en place d'un poste d'infirmière d'accueil et d'orientation, localisée avant l'entrée des urgences et de la MMG, chargée d'orienter les patients, en fonction de leur état de santé, soit vers le service des urgences, soit vers la MMG. Un protocole d'adressage devra être défini en concertation. Cette expérimentation sera menée sur la base du volontariat des acteurs de santé concernés pour une durée de 6 mois ou d'1 an. Une évaluation en termes d'impact sur l'activité des urgences et sur celle de la MMG sera réalisée avant de poursuivre et développer ce dispositif.

Action 20 : Améliorer la prise en charge de publics spécifiques

- **Prise en charge des personnes âgées notamment résidant en établissement**

Mener une réflexion, avec tous les partenaires concernés, sur les moyens à mettre en œuvre pour améliorer la prise en charge des personnes âgées résidant en EHPAD. Mener également cette réflexion pour les personnes âgées vivant à domicile : articulation à construire entre le 15 ou le centre de régulation libérale et les services sociaux.

- **Personnes incarcérées**

Une étude est à réaliser sur la réglementation applicable en matière de permanence des soins dans les établissements pénitentiaires, sur la situation réelle et sur ce qu'il est possible de faire. En effet, des problèmes d'accès aux soins existent actuellement, en soirée et la nuit, dans ces établissements. → voir programme d'accès aux soins des détenus

- **Sortie d'hospitalisation en période de permanence des soins**

Il convient d'améliorer la préparation de la sortie des patients qui quittent un établissement de santé en période de permanence des soins, tant sur le plan médical et pharmaceutique que sur le plan du transport sanitaire.

Action 21 : Faire connaître le dispositif de permanence des soins

Il est nécessaire de soutenir les actions d'optimisation de la permanence des soins par une communication régulière auprès du public, afin de faire connaître le dispositif et ses évolutions, ainsi que les résultats qu'il a permis d'obtenir. C'est une demande très forte des représentants des usagers

Action 22 : Arrêter le cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires

La mise en œuvre détaillée des orientations ci-dessus fera l'objet du cahier des charges régional de la permanence des soins qui précisera le schéma cible d'organisation retenu dans la région et son cadrage financier.

- **Indicateurs de suivi**

Taux de satisfaction des usagers de la PDSA (CPOM)

Nombre de MMG mises en place à proximité des urgences

Part des patients relevant du niveau 1 de la CCMU dans les passages aux urgences pendant la PDSA (CPOM)

- **Cadrage financier**

Enveloppe dédiée à la PDSA, enveloppe FIQCS-ARS, Assurance maladie (actes des médecins de garde)

Objectif opérationnel 2 : Favoriser une meilleure répartition de l'offre de soins de 1^{er} recours

→ Voir paragraphe 4.1 : « développer les fonctions de prise en charge précoce des soins de 1^{er} recours »

Objectif opérationnel 3 : Soutenir le développement des maisons et pôles de santé

La loi HPST définit la maison de santé comme un lieu de soins de 1^{er} recours dans lequel les professionnels de santé (à minima deux médecins généralistes et un paramédical) « peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales ».

Le projet de santé est l'élément fondateur de tout projet de maison ou pôle de santé. Réfléchi par les professionnels de santé impliqués, il fédère ces derniers sur la base d'une réflexion populationnelle et territoriale avec pour objectif de prendre en charge de façon coordonnée la patientèle. Cette coordination interne entre acteurs de la maison ou pôle de santé, couplée au développement de coopérations externes avec les acteurs du 2nd

recours (réseaux de santé, établissements de santé) et le secteur médico-social et social, est un gage de plus-value en matière de qualité des soins et de prise en charge des patients notamment atteints de maladies chroniques.

La région Nord-Pas-de-Calais connaît un foisonnement d'initiatives : plus d'une soixantaine de maisons et pôles de santé (en projet ou en fonctionnement) est à ce jour recensée. Un nombre croissant de projets est porté par une volonté collective de professionnels de santé libéraux d'exercer autrement et de façon coordonnée, pour assurer une meilleure qualité des soins et de prise en charge des patients.

Action 23 : Organiser les instances de pilotage régionales des maisons et pôles de santé

Afin de soutenir les dynamiques de maisons et pôles de santé en région, l'ARS a souhaité la mise en place de trois instances de pilotage :

- le comité de pilotage régional, instance de concertation présidée par l'ARS et co-présidée par le Conseil régional, dont la vocation est de porter la politique régionale ;
- le comité de sélection co-présidé par la Préfecture de Région et l'ARS, dédié à l'examen des projets développés en zone rurale sollicitant un financement de l'Etat dans le cadre de la circulaire du 27 juillet 2010 ;
- le comité ENMR, Expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération, présidé par l'ARS et la CPAM Lille-Douai, chargé du suivi et de l'accompagnement des maisons expérimentatrices.

Une cellule d'appui technique assure l'accompagnement opérationnel. Ce guichet unique est composé à ce jour des référents métiers de l'ARS, du Conseil régional et de l'URPS Médecins. A terme, sa composition pourra s'élargir en fonction des souhaits des acteurs de s'investir dans l'accompagnement opérationnel des projets de maisons et pôles de santé (soutien en ingénierie, soutien financier).

Action 24 : Prioriser l'accompagnement des projets dans les zones en difficulté

L'Agence Régionale de Santé soutient l'ensemble des projets de maisons de santé de la région. Tous les porteurs de projets peuvent bénéficier d'un accompagnement personnalisé en ingénierie pour le montage et la mise en place de leur projet. Cet accompagnement réalisé en lien avec l'URPS Médecins et le Conseil régional dans le cadre de la cellule d'appui technique, permet aux professionnels de bénéficier d'informations sur la démographie médicale et paramédicale de leur territoire, sur les projets en cours de maisons et pôles de santé, sur les aides qui pourraient leur être accordées, ainsi que d'un appui méthodologique pour la constitution de leur dossier et la conduite de leur projet. Le soutien financier de l'Agence sera priorisé sur les zones fragiles et en difficulté. Une attention toute particulière sera portée sur les projets implantés dans les zones urbaines sensibles.

Action 25 : Accompagner l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération

La rémunération actuelle des professionnels de santé est basée quasi exclusivement sur une tarification à l'acte qui ne favorise pas la coordination des soins. L'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a ouvert la possibilité de procéder à des expérimentations de nouveaux modes de rémunération. L'objectif est d'évaluer dans quelle mesure des modes de rémunération alternatifs au paiement à l'acte favorisent la qualité et l'efficacité des soins de 1^{er} recours, en incitant les professionnels à s'organiser différemment (missions coordonnées, protocoles de coopération interprofessionnelle) et en valorisant le développement de certaines pratiques innovantes (éducation thérapeutique du patient). Ces expérimentations prévues sur une période de 5 ans (2008-2012) concernent les maisons et pôles de santé qui ont formalisé un projet de santé. Neuf dispositifs en région participent à cette expérimentation nationale.

Action 26 : Labelliser les maisons et pôles de santé

Afin de préserver les maisons et pôles de santé d'une référence inappropriée à leur intitulé lors de l'émergence des projets, certes intéressants, mais ne répondant pas au cahier des charges, l'Agence Régionale de Santé créera une reconnaissance publique et institutionnelle par l'octroi d'un label (dans le cadre du label Accès Qualité Efficacité)

○ Indicateurs de suivi :

Nombre de projets de maisons et pôles de santé accompagnés (ingénierie et/ou soutien financier)

Nombre de projets de maisons et pôles de santé en zone en difficulté

Nombre de maisons et pôles de santé labellisés

○ Cadrage financier

Enveloppe FIQCS-ARS, assurance maladie, aides des collectivités territoriales, financements de l'Etat pour l'aménagement des territoires ruraux (FNADT section générale, DETR), ENMR.

Objectif opérationnel 4 : Améliorer l'accès aux spécialités libérales

Action 27 : Mener une réflexion sur l'accès aux soins des spécialités médicales →2012

La population de la région Nord-Pas-de-Calais connaît des difficultés pour accéder à certains soins spécialisés, en raison d'une démographie médicale très faible et/ou du coût des soins. Il s'agira, en concertation avec les acteurs concernés, d'affiner le diagnostic (en tenant compte de l'offre de soins spécialisés du régime minier) et de réfléchir aux solutions qui permettront d'améliorer l'accès à ces spécialités. L'ophtalmologie et la psychiatrie seront prioritaires dans un premier temps : dès le dernier trimestre 2011.

Objectif opérationnel 5 : Structurer l'offre de transports sanitaires pour une meilleure réponse aux besoins de soins et une meilleure équité territoriale

L'offre de transports sanitaires est inégalement répartie dans la région et ne permet pas de répondre de façon satisfaisante aux besoins de la population.

Action 28 : Arrêter le nombre d'autorisations de circuler théorique par zone de proximité

Dans un 1^{er} temps, décliner l'arrêté départemental par zone de proximité, sur les bases de l'arrêté de référence (octobre 1995) :

- pour les communes de 10.000 habitants et plus, l'application du ratio 1 véhicule par tranche complète de 5.000 habitants
- pour les communes de moins de 10.000 habitants, l'application du ratio 1 véhicule par tranche complète de 2.000 habitants

En 2012, déterminer une méthodologie affinée du besoin de transports sanitaires par zone de proximité. Cette méthode devra prendre en compte, par zone de proximité, notamment : le taux de patients en affection de longue durée, l'âge moyen de la population, les distances moyennes parcourues par la population de la zone, les recompositions hospitalières en cours et à venir, et l'évolution de l'activité des établissements (développement de la chirurgie ambulatoire...). Les résultats devront être mis à jour annuellement.

Action 29 : Rééquilibrer l'offre de transports sanitaires en volume

Afin de garantir une offre de transports sanitaires qui réponde aux besoins de la population et qui permette de réduire les inégalités d'accès aux soins, les transferts d'autorisation de circuler ne seront autorisés que lorsqu'ils permettent un rééquilibrage de l'offre de transports au profit des zones de proximité sous dotées.

Par ailleurs, une action sera entreprise auprès du Ministère de la Santé afin de pouvoir réguler l'offre de véhicules sanitaires non plus au niveau de chaque département mais au niveau régional, l'objectif étant de permettre, le cas échéant, des transferts d'autorisation d'un département à l'autre.

Action 30 : Rééquilibrer l'offre de transports sanitaire en structure

L'offre de transports de malades est de deux ordres. Le transport peut être soit un transport assis effectué par un VSL soit un transport nécessitant une position semi assise ou allongée exclusivement réalisé en ambulance. A ce jour, on observe une structure de l'offre qui ne correspond pas aux besoins de la population. L'offre de véhicules sanitaires est en majeure partie composée d'ambulances alors même que les textes recommandent une ambulance pour deux VSL. Toutefois, la réglementation actuelle ne permet pas d'agir sur la structure de l'offre de transports sanitaires. En conséquence, il est difficile, à certaines heures de la journée, de disposer de l'offre correspondant aux besoins. Une action sera donc entreprise auprès du Ministère de la Santé afin de pouvoir à l'avenir déterminer l'offre de véhicules sanitaires en structure.

Action 31 : Garantir la qualité et la sécurité sanitaire des transports inter ou intra-hospitaliers

Les transports inter ou intra-hospitaliers sont soit effectués par les établissements de santé eux-mêmes, lorsqu'ils possèdent des véhicules sanitaires autorisés à circuler, soit par des entreprises de transports sanitaires privées, titulaires d'un contrat de marché. Dans les deux cas, pour les transports réalisés sur les voies publiques, les véhicules doivent être équipés en matériel et en personnel selon les textes en vigueur. Dans le cadre des transports inter hospitaliers, l'organisation des transferts ne semble pas optimale pour les transports de personnes en réanimation ou de périnatalité. Afin d'améliorer cette organisation, un groupe de travail sera chargé de proposer des solutions permettant d'optimiser l'organisation de ces derniers.

Action 32 : Améliorer l'organisation de la garde ambulancière

Le système de garde ambulancière, dans le cadre de l'urgence pré-hospitalière, connaît des dysfonctionnements : carences, utilisation inadéquate des véhicules de garde, problème des « sorties blanches »... Il est proposé de :

- Réévaluer le périmètre des secteurs de garde en fonction de l'activité, afin d'atteindre un équilibre économique raisonnable pour les transporteurs. En effet, le financement des gardes (forfait de 346 € pour 12 heures, sorties tarifées à 40% du tarif conventionnel) ne couvre les dépenses du transporteur qu'à la condition d'une activité minimale.
- Mettre en place, dans chaque SAMU, les postes de coordonnateurs ambulanciers qui visent à l'optimisation de la coordination fonctionnelle entre le SAMU et les transporteurs sanitaires, afin de parvenir à une diminution des indisponibilités ambulancières.
- Suivre l'activité (mise en place d'une traçabilité) et sanctionner les manquements.

Action 33 : Mettre en œuvre une politique de gestion du risque (GDR)

Les dépenses de transports sanitaires ont progressé à un rythme soutenu ces dix dernières années (+7% en moyenne). L'assurance maladie et l'ARS ont entrepris de mettre en place un programme régional de gestion du risque sur le thème des transports sanitaires. Celui-ci s'articule autour d'actions à destination des prescripteurs, des assurés et des transporteurs sanitaires (*cf. programme régional de gestion du risque*).

Action 34 : Organiser les transports hélicoptérés

Organiser les transports hélicoptérés, notamment la nuit.

Action 35 : Adapter l'offre de transports sanitaires aux personnes atteintes d'obésité morbide → 2012

Aucun véhicule de transport sanitaire n'est aujourd'hui adapté pour le transport des personnes atteintes d'obésité morbide, qui, par défaut, sont prises en charge dans des conditions inappropriées par les équipes des services départementaux d'incendie et de secours. Un groupe de travail composé de représentants des sous-comités des transports sanitaires aura pour mission de faire des propositions.

Objectif opérationnel 6 : Structurer l'offre d'éducation thérapeutique du patient (ETP) sur les territoires

Action 36 : Mettre en place une coordination territoriale de l'ETP

La coordination territoriale de l'ETP, sur chaque zone de proximité, a pour rôle de :

- accompagner les équipes pluridisciplinaires de proximité dans l'élaboration, le suivi et l'évaluation des programmes d'ETP ;
- promouvoir et valoriser l'offre d'ETP ;
- former les professionnels de santé à l'ETP ;
- favoriser la coordination des acteurs dans la gestion des parcours de soins des patients atteints de maladies chroniques, en accordant une priorité d'intervention vers ceux en situation médicalement complexe et/ou en difficulté sociale.

○ Indicateurs de suivi

Nombre d'actions de sensibilisation / formation de niveau 1 réalisé sur chaque zone de proximité

Typologie des 15 coordinations territoriales

Nombre de promoteurs ayant bénéficié d'un accompagnement par la coordination territoriale

Typologie des actions de coordination des acteurs de l'ETP

○ Cadrage financier

FIR, MIG ETP

Action 37 : Déployer l'éducation thérapeutique dans les soins de 1^{er} recours

Le développement des programmes d'ETP dans les soins de 1^{er} recours ne pourra se faire qu'en impliquant fortement le médecin traitant. Il doit pouvoir sensibiliser et accompagner son patient dans son parcours d'ETP. Il doit bénéficier d'un retour par rapport aux objectifs fixés afin

de s'investir dans le suivi éducatif de son patient. Il doit pouvoir être associé à la conception et/ou l'animation d'un programme. Pour ce faire, le médecin traitant doit bénéficier au minimum d'une formation-sensibilisation lui permettant de bien comprendre ce qu'est (et ce que n'est pas) l'ETP, afin de l'intégrer au long cours dans sa relation individuelle avec le patient. Afin d'organiser l'ETP dans les soins de 1^{er} recours, quelques grands principes d'intervention doivent être respectés :

- la proximité / l'accessibilité des programmes aux patients grâce à une offre d'ETP de 1^{er} recours proche de chez eux et dans un lieu propice (maison / pôle de santé, cabinet médical de groupe, centre social, salle municipale, ...) ;
- la pluridisciplinarité dans la mise en œuvre du programme : depuis le recrutement jusqu'au suivi des patients en passant par le bilan éducatif partagé et les séances d'ETP. Il s'agit bien d'une équipe d'éducateurs soignants en charge de l'ETP, tous les professionnels de 1^{er} recours (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures podologues, diététiciens, pharmaciens, médecins généralistes, ...) étant au même niveau sans aucune hiérarchie ;
- la coordination des professionnels de santé avec le médecin traitant comme pivot ;
- un outil de partage avec, pour objectif, la mise en place d'un dossier éducatif répondant à des principes communs pour son contenu, partagé par les professionnels de santé (ville / réseaux / établissements) et détenu par le patient ;
- une rémunération adéquate dans le cadre de financements pérennes. En effet, la rémunération à l'acte n'est pas compatible avec le déploiement de l'ETP dans les soins de 1^{er} recours ;
- la possibilité d'orienter un patient vers un programme d'ETP par tout professionnel de santé, quelque soit sa catégorie.

o Indicateur de suivi

Niveau d'atteinte de chaque principe d'intervention pour déployer l'ETP dans les soins de 1^{er} recours.

Action 38 : Suivre les priorités du PRS afin de réduire les inégalités de santé

Il est nécessaire de prioriser certains profils de patients et notamment ceux présentant des situations complexes ou de fragilité, sur le plan médical (polypathologie, complications sévères, handicaps secondaires) et/ou social.

o Indicateur de suivi :

Nombre de programmes d'ETP ayant défini comme prioritaires les publics en situation de précarité

Nombre de patients en situation de précarité ayant bénéficié d'un programme d'ETP

Action 39 : Hiérarchiser l'offre en éducation thérapeutique

L'offre d'ETP se doit d'être hiérarchisée en fonction de la pathologie et de sa gravité. Ainsi, il peut être envisagé 3 niveaux dans une logique de complémentarité :

- Une offre d'ETP en ville de 1^{ère} intention et de proximité. Elle est dispensée par les professionnels de premier recours (dont les pharmaciens) et s'adresse aux personnes atteintes de maladies chroniques non compliquées et relativement stabilisées (notamment dans le cadre de pathologies fréquentes comme le diabète, les maladies cardiovasculaires et respiratoires).
- Une offre d'ETP de 2^{ème} intention, dispensée par les équipes de coordination des réseaux de santé ou des structures intermédiaires pour les malades chroniques complexes (pluripathologies, complications médicales et/ou psychosociales).

- Une offre d'ETP à l'hôpital, pour les prises en charge lourdes et spécialisées (2^{ème} et 3^{ème} recours) et les pathologies rares (prise en charge dès le 1^{er} niveau).

- **Indicateurs de suivi**

Répartition des programmes d'ETP selon chacun des niveaux de l'offre

Nombre de patients atteint d'une pathologie chronique pris en charge dans un programme d'ETP autorisé par l'ARS (*CPOM*)

Budget alloué par l'ARS au financement des programmes d'ETP (répartition FNPEIS, FIQCS, MID ETP, NMR, autres financements privés)

- **Cadrement financier**

Crédits du FNPEIS (fonds de prévention, d'éducation et d'informations sanitaires) dans le cadre de l'appel à projets relatifs aux actions expérimentales locales d'ETP en ambulatoire (pour la diabète, l'insuffisance cardiaque et l'asthme) gérés par l'assurance maladie

Crédits de prévention de l'ARS

Module 2 de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération

FIQCS (fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins), dans le cadre des forfaits dérogatoires versés aux réseaux

Crédits des missions d'intérêt général (MIG) « actions de prévention et d'éducation thérapeutique » pour les programmes déployés au sein des établissements MCO

Tarifification à l'activité pour les actions d'ETP intégrées aux soins

Autres sources de financement privées le cas échéant. L'industrie pharmaceutique peut participer au financement des programmes d'ETP, sous réserve de respecter l'article L. 1161-4 du code de la santé publique : ne participer ni à l'élaboration ni à la mise en œuvre du programme ; ne pas avoir de contact direct avec le patient ou son entourage.

Action 40 : Réguler l'offre en éducation thérapeutique

La régulation de l'offre en ETP par l'ARS est réalisée dans le cadre de la procédure d'autorisation des programmes d'ETP. La décision d'autorisation d'un programme ne vaut pas accord de financement.

- **Indicateurs de suivi**

Nombre de programmes autorisés par rapport au nombre de demandes d'autorisations (*CPOM*)

Nombre de patients atteints d'une pathologie chronique pris en charge dans un programme d'ETP autorisé par l'ARS (*CPOM*)

Nombre de porteurs de programmes (dont répartition entre les différentes catégories de structures)

Répartition des programmes en fonction de la pathologie

Répartition des programmes en fonction de la cible (adultes/enfants)

Motifs de refus d'autorisation des programmes

Objectif opérationnel 7 : Adapter le maillage territorial des soins hospitaliers aux besoins de la population en tenant compte des difficultés d'accès aux soins, de la démographie médicale et des contraintes budgétaires :

Action 41 : Mettre en place une organisation territoriale articulée en amont et en aval des urgences hospitalières, avec les soins de ville

Voir objectif opérationnel 1 du paragraphe 4.2

Cet aspect sera aussi traité dans le cadre du futur volet « urgences »

Action 42 : Améliorer l'organisation de la permanence des soins en établissement de santé (PDSES) entre établissements publics de santé, établissements de santé privés d'intérêt collectif et établissements de santé privés à brut lucratif

Mutualiser les lignes d'astreinte et de garde pour éviter les doublons ; impliquer les praticiens libéraux. Le sujet a fait l'objet de propositions de la part des conférences de territoire du Littoral et de la Métropole – Flandre intérieure ; celles-ci seront réabordées dans les travaux prévus prochainement en 2012.

Action 43 : Améliorer la gradation des soins hospitaliers (notamment en chirurgie, en oncologie et en périnatalité) et l'organisation des filières de soins

La gradation des plateaux techniques a vocation à répondre aux impératifs de sécurité des soins et de juste utilisation des ressources. Elle doit également permettre un accès aux soins spécialisés, notamment en urgence. La gradation des activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation comporte désormais 4 niveaux :

- **Le niveau des activités de soins exercées hors permanence des soins en établissements de santé**

Il se structure autour d'une offre ville-hôpital de proximité englobant tous les offreurs de soins détenteurs d'une autorisation d'activité de soins et/ou d'équipement matériel lourd (EML), situés en établissement de santé ou en cabinet de ville. Il se limite à des activités de soins n'ayant pas l'obligation de permanence des soins en établissement de santé. Outre les établissements de santé de proximité, ce niveau comprend les centres de soins autorisés aux seules alternatives à l'hospitalisation pour la réalisation d'actes techniques de médecine ou d'anesthésie ambulatoire, et les cabinets de ville d'imagerie. C'est à ce niveau que se situent les structures de prise en charge externe de la santé mentale (hôpitaux de jour, centres médico-psychologiques).

- **Le niveau des plateaux techniques de « recours infrarégional »**

Il se distingue du précédent par une activité à la fois programmée et en urgence avec une obligation de permanence des soins. Il concerne des établissements pivots offrant un accès 24h/24 aux activités de court séjour, aux urgences, à la pédiatrie, aux plateaux techniques d'imagerie (scanner et IRM) et de biologie. Ce niveau recoupe également l'hospitalisation complète en psychiatrie, la présence psychiatrique en urgence et les centres d'accueil et de crise.

La gradation des soins infrarégionale ne peut se mettre en place qu'après concertation, par territoire de santé, entre les acteurs de terrain, et, en particulier, dans le cadre des communautés hospitalières de territoire (CHT). Elle doit être articulée avec l'organisation des transports sanitaires inter hospitaliers.

- **Le niveau des plateaux techniques de « recours régional »**

Il assure l'ensemble de l'offre des activités hautement spécialisées à l'exception de certains segments de ces activités dont la complexité et/ou la rareté des actes et ressources nécessaires justifient une concentration et une organisation de l'offre au niveau interrégional voire national. Selon la densité et la répartition de la population, et en fonction de la répartition de l'offre de soins, les activités et l'expertise attendue du niveau régional peuvent parfois être également mises en œuvre au niveau infra régional.

La région Nord-Pas-de-Calais se caractérise par l'existence d'un seul CHRU. Cet établissement est donc le seul niveau de recours régional pour les situations d'urgences graves, à quelques exceptions près qui concernent la chirurgie cardiaque, la neurochirurgie et la chirurgie de la main. De manière non exhaustive :

- La prise en charge des urgences pédiatriques, de la chirurgie pédiatrique de recours, de la réanimation pédiatrique, des urgences chirurgicales néonatales, de la chirurgie de replantation, des activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie, des polytraumatisés graves, des grands brûlés, de l'oxygénothérapie hyperbare ... sont assurées par le CHRU ;
- La chirurgie cardiaque est assurée par le CHRU de Lille, la clinique du Bois située dans le territoire de santé de la Métropole, et le GCS de chirurgie cardiaque entre le centre hospitalier de Lens et la clinique de Bois Bernard situé dans le Bassin Artois ;
- La chirurgie de la main est assurée par le CHRU de Lille et la clinique de Lille sud dans le cadre du groupement de coopération sanitaire (GCS) de chirurgie de la main situé dans le territoire de santé de la Métropole.
- La neurochirurgie est assurée par le CHRU de Lille et le centre hospitalier de Valenciennes dans le cadre d'un GCS entre les deux établissements.

Les urgences graves doivent de manière systématique être régulées par les SAMU centre 15.

Le niveau des plateaux techniques de « recours interrégional », voire de référence nationale

Les activités relevant du schéma d'interrégional de l'organisation des soins (SIOS) sont la neurochirurgie, la chirurgie cardiaque, les activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie, les greffes d'organe et de cellules hématopoïétiques, le traitement des grands brûlés. D'autres activités (AMP, DPN, examens des caractéristiques génétiques), bien que relevant des SROS, doivent également s'inscrire dans une logique d'appréciation des besoins à l'échelle interrégionale, voire nationale, d'agissant d'une mise en œuvre par certains laboratoires hyper spécialisés.

Chaque volet médical du SROS expose l'organisation de la gradation des soins existante et/ou attendue dans la discipline qu'il concerne. L'importance de la structuration des filières de soins est particulièrement évoquée dans les volets « gériatrie », « périnatalité », « chirurgie » et « addictologie ».

Action 44 : Fixer des OQOS en implantation et en accessibilité (nombre de sites)

La révision juridique du dispositif des objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) aboutit au remplacement des OQOS en volumes par un nouveau dispositif de suivi de l'activité des établissements incarné par les indicateurs de pilotage de l'activité (IPA).

Le terme d'OQOS est désormais réservé aux implantations (localisation et nombre d'implantations) et au nombre d'appareils (pour la détermination duquel il est possible de se référer au délai moyen d'attente). Le SROS fixe désormais des OQOS cibles, en nombre d'implantations et en nombre d'appareils. La cible peut prendre la forme d'une fourchette (nombre minimal d'implantations/ d'appareils vs nombre maximal d'implantations/ d'appareils).

Le périmètre des activités concernées est élargi (dans le champ du traitement du cancer), et reprend l'ensemble des modes de prise en charge (hospitalisation à temps complet, chirurgie ambulatoire, hospitalisation à temps partiel, HAD, alternatives à la dialyse en centre). Les

activités couvertes sont donc : médecine, hospitalisation à domicile, chirurgie, cardiologie interventionnelle, traitement du cancer, psychiatrie, soins de suite et réadaptation, activités de soins de longue durée, traitement de l'insuffisance rénale chronique.

Le mouvement permanent des effectifs médicaux et les perspectives de la démographie médicale dans des spécialités bien repérées (*urgences - chirurgie - réanimation - périnatalité - santé mentale – imagerie*), les normes techniques de fonctionnement prévues par voie réglementaire, le niveau minimum d'activité requis pour une prise en charge de qualité (*réanimation, traitement du cancer, chirurgie*) ont amené de nombreux établissements à engager des réflexions sur la recomposition de l'offre de soins sur les territoires.

L'ARS confirme la nécessité d'adapter le maillage territorial en fonction des ressources contraintes (démographie médicale, dépenses publiques) et des enjeux de qualité et de sécurité des soins et dans le respect des besoins de soins des populations. Il convient toutefois de préciser que la détermination des OQOS en implantations qui suivent tend à respecter les principes et objectifs suivants :

- Ne pas dégrader le service rendu à la population mais l'optimiser
- Maintenir le niveau global de l'offre de soins (les suppressions éventuelles d'implantations se traduiraient par des regroupements d'activités)
- Assurer la sécurité et la qualité des soins pour le patient

Le tableau des OQOS (implantations) est à la fin du document.

Action 45 : Créer les Communautés Hospitalières de Territoire (CHT)

La Communauté Hospitalière de Territoire est une formule juridique de coopération dédiée aux établissements publics de santé, créée par la loi HPST. Elle constitue l'un des outils du Directeur général de l'ARS pour adapter le système hospitalier, sur des critères de sécurité, de qualité des soins, de coût, et de réponse aux besoins de la population. Elle est également une possibilité offerte aux établissements publics de santé, accessible également aux établissements médico-sociaux publics, de mettre en œuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions ou activités en définissant des transferts d'activité entre membres ou des délégations.

Les premières réflexions amorcées par l'ARH et la FHF sur le nombre de CHT à créer dans la région ont progressivement été affinées et le nombre de CHT restreint, de manière à donner à celles-ci une assise et un périmètre permettant d'envisager des réponses efficaces face aux enjeux de la démographie médicale et une optimisation des ressources.

Les travaux actuels préfigurent à moyen terme :

- la participation de tous les établissements publics de santé à une CHT
- le cas échéant, le regroupement des CHT présentes sur un même territoire de santé

Une CHT doit être créée à une échelle de territoire pertinente au regard des gains attendus en terme :

- d'offre de soins à la population,
- d'attractivité pour les professionnels sur les spécialités en difficulté au regard de la démographie médicale

et cohérents avec les autres politiques publiques territoriales.

- **Indicateurs de suivi** : Nombre d'établissements, chiffre d'affaires, bassin de population, projet médical

Schéma Régional d'Organisation des Soins

	Etablissements parties à la première convention constitutive	Etablissements à associer aux CHT en voie de création	Coopérations inter-CHT
ARTOIS			
CHT Artois Douaisis	CH Lens Béthune Arras Douai	CH Bapaume – St Pol / Ternoise - Hénin – La Bassée – Somain –	
HAINAUT			<i>Au travers de GCS dédiés à une activité donnée et à l'échelle du territoire de santé</i>
CHT du Valenciennois	CH Denain – Le Quesnoy – St Amand les Eaux - Valenciennes		
CHT du Cambrésis	CH Cambrai – Le Cateau		
CHT de l'Avesnois	CH Sambre Avesnois – Avesne / Helpe – Felleries Liessies – Hautmont - Jeumont		
CHT Thiérache	CH Fourmies - Hirson		
LITTORAL			
Dunkerquois - Calais	CH Dunkerque – HM Zuydcoote - CH Calais – St-Omer – Aire/Lys		
Boulonnais	CH Boulogne – Montreuil/Mer	HL Hesdin	
METROPOLE FLANDRE INTERIEURE			<i>A partir du Groupement des Hôpitaux Publics de la Métropole Lilloise incluant : CHRU - CH Seclin – Carvin - Loos – Haubourdin</i>
Flandre intérieure	CH Armentières Bailleul Hazebrouck		
Versant Nord Est	CH Roubaix Tourcoing Wattrelos	CHI Wasquehal	

Compte tenu des enjeux actuels en terme de démographie médicale, d'équilibre budgétaire des établissements, d'accessibilité de l'offre de soins, il paraît fondamental que chaque CHT réfléchisse à l'organisation des activités suivantes :

- Urgences/PDS
- Réanimation
- Chirurgie des cancers
- Maternité / néonatalogie
- Endocrinologie / diabétologie / obésité
- Radiologie
- Biologie
- Neurologie
- Cardiologie (déjà organisée au niveau des territoires de santé)

L'ARS mettra en place un travail d'accompagnement des établissements dans la structuration des CHT.

Action 46 : Définir le seuil attendu des missions de service public à un niveau suffisant pour tenir compte des caractéristiques de la population du Nord Pas de Calais

La loi HPST identifie 14 missions de service public pour lesquelles le SROS définit les besoins à l'échelle de chaque territoire de santé.

Si les établissements publics de santé restent tous titulaires de missions de service public et si les anciens PSPH en demeurent aussi les principaux acteurs, d'autres établissements privés peuvent en être attributaires, lorsqu'une mission de service public n'est pas assurée sur un territoire de santé. Les établissements de santé privés qui auraient obtenu la qualification d'ESPIC (établissements de santé privés d'intérêt collectif) sans pour autant assurer certaines missions de service public peuvent conclure, pour un ou plusieurs objectifs déterminés, soit avec un établissement public de santé, soit avec une communauté hospitalière de territoire (CHT), des accords en vue de leur association à la réalisation d'autres missions de service public. Ces accords sont approuvés par le directeur général de l'ARS (art. L. 6161-8 du CSP). Enfin, d'autres acteurs de santé peuvent également être en charge de missions de service public, ou simplement associés à leur mise en œuvre. Ce sera par exemple le cas des professionnels de santé libéraux dans le cadre de la permanence des soins. L'attribution d'une ou plusieurs missions de service public emporte des engagements des établissements ou acteurs attributaires, en termes d'accès aux soins, de permanence de l'accueil et de la prise en charge, et de garantie de tarifs secteur I. Ces obligations engagent également les praticiens exerçant dans les structures. Le directeur général de l'ARS décide de l'attribution complémentaire de ces missions de service public, en fonction de l'analyse des besoins. Le CPOM de l'établissement précise les missions de service public qui lui sont confiées.

En application de l'article L. 1434-9 du code de la santé publique (CSP), le SROS définit les besoins à couvrir en termes de missions de service public, par territoire de santé. Pour définir ces besoins, le SROS procède à un inventaire des établissements de santé et de toute personne ou structure définies à l'article L. 6112-2 du CSP, exerçant des missions de service public. *(A noter : cet inventaire ne vaut pas reconnaissance prioritaire par lui-même ; la reconnaissance interviendra postérieurement à la publication du SROS, dans le cadre des contrats d'objectifs et de moyens des établissements de santé).* Lorsque l'inventaire dressé pour une mission pointe l'insuffisance (en termes qualitatif ou quantitatif) d'établissements l'exerçant pour couvrir le besoin, le SROS doit préciser, par exemple, le nombre d'implantations nécessaires pour le couvrir. *Source : Guide méthodologique pour l'élaboration du SROS.*

Le tableau ci-dessous dresse un inventaire au niveau régional et permet une première évaluation de la satisfaction du besoin pour chaque mission de service public. Cet inventaire sera affiné sur le second semestre 2011, de manière notamment à préparer les travaux de renouvellement des contrats d'objectifs et de moyens, suite à la publication du SROS.

Missions de service public		Etablissements, personnes, structures exerçant ces missions au moment de la publication de la loi HPST	Analyse du besoin	Axe de travail régional
Missions ayant vocation à être exercées par tous les établissements de santé, en tout ou partie (procédure d'attributions prévues par d'autres dispositifs)	la recherche	tous les établissements dans le cadre de la réponse aux appels à projet lancé par la DGOS	Besoin défini au niveau national voire européen	
	l'enseignement universitaire et post-universitaire	tous les établissements ainsi qu'un certain nombre d'acteurs de l'offre de soins ambulatoires	Tous les établissements de santé ainsi qu'un certain nombre de terrains de stages ambulatoires peuvent être agréés pour accueillir des internes en médecine. Tout établissement de santé a donc vocation à participer à la mission de formation initiale. D'autre part, celle-ci représente un réel levier pour déployer une politique d'ajustement de l'offre de soins de 1 ^{er} recours sur les territoires.	L'ARS priorisera son soutien financier sur le recrutement de maîtres de stage dans les zones en difficulté.
	le développement professionnel continu (DPC) des praticiens hospitaliers et non hospitaliers	tous les établissements	Ce besoin est réputé couvert, sauf s'il y a identification d'un besoin particulier au niveau régional ; cette mission ne peut être prise en compte dans la 1ère version du SROS-PRS (en attente de la publication des décrets sur le DPC)	En attente de la publication des décrets sur le DPC.

	la formation initiale des sages femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétences	tous les établissements	Ce besoin est réputé couvert, sauf s'il y a identification d'un besoin particulier au niveau régional ; cette mission ne peut être prise en compte dans la 1ère version du SROS-PRS (en attente des décrets sur le DPC)	En attente de la publication des décrets sur le DPC. Par ailleurs les travaux de l'ARS sur la démographie des sages-femmes débuteront en 2012.
	les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination	tous les établissements	Ce besoin est a priori réputé couvert. Néanmoins il apparaît important de déployer l'éducation thérapeutique du patient dans les soins de 1 ^{er} recours. L'hôpital doit se recentrer sur les prises en charge lourdes et spécialisées (2 ^{ème} et 3 ^{ème} recours) et les pathologies rares (prise en charge dès le 1 ^{er} niveau).	Evolution du dispositif d'ETP au fur et à mesure du déploiement de l'ETP dans les soins de 1 ^{er} recours. Recherche d'une organisation et d'une gradation régionales de l'offre d'ETP. Priorisation des actions en fonction du PSRS. <i>voir volet ETP</i>
	les actions de santé publique	tous les établissements	Ce besoin est réputé couvert car cette mission constitue la déclinaison de la politique nationale de santé publique.	Inventaire plus précis des actions menées par les établissements de santé à réaliser ; définition des priorités et des objectifs régionaux en la matière en cohérence avec le PSRS.
	les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté	tous les établissements	Actuellement, il n'existe qu'un seul centre expérimental situé à Fresnes; cette mission ne fera pas l'objet d'une attribution dans la 1ère version du SROS-PRS	

Missions faisant l'objet d'une procédure d'attribution ad hoc	la permanence des soins en établissements de santé (PDSES)	ne sont pas concernés les établissements locaux, de SSR, USLD et de psychiatrie hors médecine d'urgence	Enquête en cours	Les orientations régionales seront définies à l'issue des travaux en cours sur la PDSES.
	la prise en charge des soins palliatifs	établissements disposant d'unité identifiée de soins palliatifs (EMSP ou USP) ; n'est pas considéré comme unité identifiée de soins palliatifs, l'unité de médecine, chirurgie, SSR et de SLD disposant de lits dédiés à la pratique de soins palliatifs	Le SROS III prévoyait la création d'au moins 1 équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) par zone de proximité et un taux d'équipement de 10 à 15 lits de soins palliatifs pour 100.000 hab. Une nouvelle procédure de reconnaissance a été menée en 2011 ; s'agissant des USP, des visites de conformité vont être organisées. Au 01/08/2011, 22 EMSP avaient été créées (sur un objectif de 21) ; toutes les zones de proximité sont couvertes, à l'exception de la Flandre Lys. Toujours au 01/08/2011, la région comptait 22 USP représentant 230 lits ; toutes les zones de proximité sont couvertes, à l'exception de la Flandre Lys. Le besoin est satisfait .	Pas de nouvelle implantation d'EMSP ou d'USP. (la couverture de la zone de proximité de la Flandre Lys est assurée par le reste de la Métropole). Maintien du taux d'équipement cible de 10 à 15 lits de soins palliatifs pour 100.000 habitants. <i>voir volet soins palliatifs</i>
	la lutte contre l'exclusion sociale	établissements disposant d'une permanence d'accès aux soins (PASS)	Critère de satisfaction du besoin = existence d'au moins 1 PASS par territoire de santé. Dans la région, il existe 26 PASS + 2 PASS dentaires + 3 PASS psychiatriques. Il y a	Orientations à définir dans le cadre du PRAPS (réécriture en 2012).

			donc plus d'une PASS par territoire de santé. La région est par ailleurs dotée d'une coordination régionale des PASS.	
	la prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement	établissements disposant d'une habilitation à accueillir des patients en soins sans consentement et en capacité de répondre à la demande	Critère de satisfaction du besoin = existence d'au moins 1 établissement habilité par territoire de santé. Dans la région, 20 établissements sont habilités.	
	les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et si nécessaire en milieu hospitalier	établissements, situés à proximité d'une structure pénitentiaire, chargés par le DGARS d'assurer les soins aux détenus	Critère de satisfaction du besoin = les besoins de soins de chaque structure pénitentiaire doivent être couverts par au moins 1 établissement. C'est le cas dans la région.	Projet de création d'une UHSA qui devrait améliorer l'accès aux soins psychiatriques. <i>voir programme santé des détenus</i>
	les soins aux personnes retenues en application de l'article L.551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile	établissements apportant des soins aux personnes retenues dans le cadre d'une convention entre le préfet territorialement compétent et le centre de rétention	Critère de satisfaction du besoin = les besoins de soins de chaque centre de rétention doivent être couverts par au moins 1 établissement. Il existe 2 CRA dans la région ; chacun dispose d'une convention avec 1 établissement de santé.	voir convention passée entre le préfet territorialement compétent et le centre de rétention
Mission exercée conjointement avec les autres praticiens et professionnels de santé	l'aide médicale urgente	établissements disposant de services d'aide médicale urgente	besoin couvert	

Action 47 : Conduire une juste allocation des ressources affectées à la région : MIGAC, DAF.

Il importera que les crédits laissés à la libre affectation du Directeur général de l'ARS bénéficient aux territoires les plus en attente d'un renforcement des moyens au regard des besoins de la population et de l'efficacité du dispositif d'ensemble.

Action 48 : Rechercher l'équilibre budgétaire des établissements publics de santé et des ESPIC, condition sine qua none du maintien de l'accès aux soins

La région Nord-Pas-de-Calais compte 150 établissements de santé, dont 80 établissements publics et établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH devenant établissements de santé privés d'intérêt collectif – ESPIC - dans le cadre de la loi HPST). Elle consacre plus de 3,1 milliards d'euros à leur financement (T2A, MIGAC, DAF). Parmi ces établissements, 25 établissements ont un chiffre d'affaires supérieur à 50 M€ et 14 établissements ont un chiffre d'affaires supérieur à 100 M€ (dont 3 privés et 11 publics).

La situation financière des établissements publics et des ESPIC de la région a globalement connu une amélioration, le résultat global d'exploitation (budget H) passant de -65,2 M€ en 2007 à -18 M€ en 2008, -10 M€ en 2009 et -14 M€ en 2010. Ces résultats sont bruts et intègrent les aides ponctuelles qui ont été versées aux établissements. En retraitant les résultats corrigés des aides ponctuelles, le résultat net global est -33M€ en 2009 et -21M€ en 2010, soit une évolution positive de +1,8M€ (les aides ponctuelles ont par ailleurs été réduites de 16,2M€ entre 2009 et 2010). Si l'on analyse plus précisément l'évolution des établissements MCO publics, on constate une amélioration net du résultat de 10,5M€ entre 2009 et 2010. Sur 29 établissements concernés, 16 améliorent leur résultat, 6 le stabilisent et 7 le dégradent.

Cette situation globale est toutefois contrastée en fonction du chiffre d'affaires des établissements :

- Sur les 18 établissements de plus de 50M€ de chiffre d'affaires, 12 améliorent leur résultat, 3 le stabilisent et 3 le dégradent. Ces améliorations sont liées à une meilleure performance médico-économique des établissements dans la région Nord-Pas-de-Calais, induite notamment par la mise en œuvre de plans de retour à l'équilibre pour certains d'entre eux, puis de projets de performance copilotés avec l'ANAP (Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux) pour deux établissements. Ces processus d'accompagnement des établissements par l'ARS ne portent pas uniquement sur l'amélioration de la situation médico-économique des structures, mais également sur l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients et des conditions de travail des personnels. Cette procédure permet d'accompagner les établissements dans la mise en application des pistes identifiées lors du diagnostic, pendant 2 ans.
- Pour les établissements MCO et SSR de chiffre d'affaires inférieur à 50M€, la tendance est beaucoup plus contrastée, avec un équilibre entre le nombre d'établissements dont la situation s'améliore et ceux dont la situation se dégrade. La taille de ces structures, leur management et leur organisation rend beaucoup plus difficile la mise en œuvre d'un PRE dont le résultat serait très incertain. Le regroupement de celles-ci, ou « l'adossement » de celles-ci à de plus grosses permet d'améliorer ces résultats. Ces regroupements et adossements peuvent prendre la forme de directions communes.
- Pour les ESPIC, le résultat global corrigé des aides s'améliore de 1,7 M€ en 2010 et s'établit à -12,2M€. A contrario des établissements publics, le résultat des ESPIC de taille importante a tendance à se dégrader.
- Le résultat des établissements de taille inférieure (20 établissements), dont l'activité est essentiellement SSR, s'améliore pour 15 d'entre eux, mais reste néanmoins globalement déficitaire à hauteur de -2M€.

La négociation et la mise en œuvre des plans de retour à l'équilibre des établissements publics représente une condition indispensable au maintien sur les territoires en difficulté d'un service public hospitalier de qualité et modernisé. Cette démarche doit être élargie aux ESPIC en respectant le cadre juridique qui leur est propre.

- Indicateurs de suivi :

Montant du déficit cumulé brut des établissements publics de santé

Volume d'activité des établissements publics MCO

Taux d'établissements publics dont le ratio IRC de chirurgie par salle d'interventions chirurgicales est supérieur à la médiane nationale 2008

Objectif opérationnel 8 : Favoriser l'amélioration des pratiques et l'amélioration des prises en charge

Action 49 : Développer un programme de travail axé sur la qualité des pratiques et des prises en charge (soins de ville) →2012

Une réflexion commune entre ARS, URPS, Ordres et assurance maladie sera menée.

Action 50 : Promouvoir le Développement Professionnel Continu (DPC) →2012

La Formation Médicale Continue est devenue une obligation légale pour les médecins depuis l'ordonnance du 24 avril 1996. Elle a pour objectif l'entretien et le perfectionnement des connaissances (amélioration des connaissances acquises en formation initiale, acquisition de connaissances nouvelles) et l'amélioration de la qualité des soins. La loi du 13 août 2004 relative à la réforme de l'assurance maladie introduit le concept de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles. L'EPP consiste en l'analyse de la pratique professionnelle au regard de recommandations professionnelles définies à partir d'une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de Santé (HAS). Elle inclut, en sus, la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques. L'EPP est une obligation légale pour tous les médecins depuis le 1er juillet 2005.

La loi HPST prévoit la substitution du Développement Professionnel Continu à la FMC et à l'EPP. L'entrée en vigueur du DPC est prévue pour le 1^{er} janvier 2012. Le DPC se présente comme un programme personnel d'apprentissage qui s'inscrit dans une continuité de la formation initiale à la formation continue. Il concernera les médecins, les professionnels paramédicaux, les pharmaciens, les chirurgiens dentistes, les sages-femmes.

Les attentes exprimées dans les schémas régionaux de prévention et de l'offre médico-sociale vis-à-vis des professionnels de santé de 1^{er} recours, concernant des problématiques spécifiques, devront pouvoir trouver des réponses en terme de formation ou d'évolution des pratiques (par exemple : en matière de dépistage, de prise en charge des addictions, des questions de handicap...).

Action 51: Développer les protocoles de coopération interprofessionnelle

L'article 51 de la loi HPST définit les règles de coopération entre professionnels de santé. Cette coopération, dérogeant aux conditions légales d'exercice, s'incarne concrètement dans un protocole de coopération. Celui-ci précise les nouvelles modalités d'organisation des professionnels de santé pour la prise en charge des patients. Ce protocole de coopération est autorisé par le Directeur général de l'ARS après contrôle de sa recevabilité et avis conforme de la Haute Autorité de Santé (HAS).

Compte tenu des évolutions du système de santé, les enjeux de coopération entre professionnels de santé sont de favoriser :

- La prise en charge des patients reposant sur une coordination performante entre tous les intervenants de façon à optimiser les parcours de soins ;
- L'évolution de l'exercice professionnel et l'extension des champs d'intervention des professions paramédicales, au regard de la mutation des pratiques professionnelles ;
- Le gain de temps médical pour permettre aux professions médicales de centrer leur activité sur des missions d'expertise.

L'Agence mènera une politique volontariste pour promouvoir et accompagner le développement de protocoles de coopération auprès des professionnels de santé du Nord-Pas-de-Calais.

- **Indicateurs de suivi :**

Nombre de protocoles de coopérations autorisés en région

Nombre de professionnels de santé ayant adhéré aux protocoles autorisés en région / hors région

Action 52 : Développer un centre de ressources et de compétences en éducation thérapeutique du patient (ETP)

Ses principales missions seront de :

- Construire des outils et référentiels indispensables à la qualité de la coordination ;
- Mettre à disposition des acteurs des ressources documentaires
- Accompagner les coordonnateurs de programmes dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes ;
- Accompagner au plan régional la qualité des formations (en lien avec le référentiel de compétences en ETP en cours d'élaboration par l'INPES) ;
- Venir en appui aux patients experts et aux associations de patients ;
- Promouvoir, valoriser l'éducation du patient et participer à des travaux de recherche.

- **Indicateurs de suivi**

Délai de mise à disposition du cahier des charges de référence pour les programmes de sensibilisation et de formation de niveau 1

Nombre de professionnels et de patients ayant bénéficié, sur l'année N, d'une des offres de formation du centre régional

Nombre de promoteurs ayant bénéficié, sur l'année N, d'un accompagnement méthodologique et/ou documentaire par le centre de ressources et de compétences en ETP

Production annuelle d'un rapport d'activité du centre régional

Action 53 : Promouvoir, auprès des laboratoires de biologie médicale, l'entrée dans le dispositif d'accréditation →2012

L'ordonnance relative à la biologie médicale est parue le 15 janvier 2010. Elle réforme en profondeur la législation concernant la biologie médicale. Les axes principaux de la réforme sont les suivants :

- accréditation pour tous les examens de biologie médicale et pour tous les laboratoires ;
- même législation de santé publique pour la biologie de ville et la biologie hospitalière ;
- médicalisation de l'examen de biologie médicale qui devient un acte médical ;
- mesures destinées à favoriser le regroupement des laboratoires ; le laboratoire peut devenir multi sites.

Le dispositif nouveau d'accréditation représente une évolution importante en matière d'amélioration de la qualité des pratiques. L'ARS entend promouvoir cette réforme et accompagner les laboratoires.

Action 54 : Assurer le maintien et l'attractivité des compétences médicales

Sur le 1^{er} recours, voir objectif opérationnel 1 du point 4.1.

Dans le champ ambulatoire, des propositions sont d'ores et déjà formulées, dans le SROS, en ce qui concerne les médecins généralistes libéraux (Cf. objectif opérationnel 1 : maintenir l'offre et attirer de nouveaux professionnels de santé dans les zones en difficulté). Le SROS prévoit également la réalisation d'un travail complémentaire sur les spécialistes libéraux, à commencer par les ophtalmologues et les psychiatres (Cf. objectif opérationnel 4 – action 27).

Ces éléments viendront abonder un programme d'initiative régionale, voulu par l'ARS au regard des difficultés rencontrées par la région. L'élaboration du programme relatif à la démographie des professionnels de santé est prévue sur le premier semestre 2012. Celui-ci a une vocation transversale au PRS.

L'analyse conduite pour l'élaboration de ce programme reposera sur :

- une enquête auprès de l'ensemble des établissements de santé, publics et privés, sur la situation de la démographie de leur personnel médical, et un recensement des besoins exprimés, de leur part, à l'échelle des communautés hospitalières de territoire, pour ce qui concerne les établissements publics, ou des groupes, pour ce qui concerne les établissements privés.
- les travaux à venir sur l'offre de 1^{er} recours
- le bilan des actions déjà menées pour améliorer la démographie médicale
- les conclusions des groupes de travail ad hoc.

Le programme abordera les perspectives de formation des internes pour l'ensemble des spécialités : nombre de postes, organisation des stages... Il abordera également le post internat en fonction des besoins repérés par spécialité et par territoire : assistants spécialistes, assistants spécialistes à temps partagé, chefs de clinique en région. Il permettra de définir la politique régionale sur la mise en place du contrat de clinicien. Enfin, le programme abordera l'accompagnement à l'intégration de médecins spécialistes étrangers.

Les orientations arrêtées dans le cadre du programme tiendront compte des impératifs en matière de permanence des soins et de la nécessité d'organiser la cohérence du parcours du patient entre le 1^{er} recours et l'hôpital.

Outre l'élaboration de ce programme, l'ARS soutiendra, dans les projets de coopération et la constitution d'équipes étoffées :

- au travers des conditions particulières d'autorisation (autorisation conditionnée à la mise en place d'un partenariat public/public ou public/privé, permettant d'assurer la faisabilité technique, humaine et financière de projets exigeants tout comme l'utilisation optimale des plateaux techniques)
- au travers des CHT
- au travers de l'aide au développement de la télémédecine (*voir programme télémédecine*)

Dans le champ hospitalier, l'ARS soutiendra les projets de coopération et la constitution d'équipes étoffées :

- au travers de conditions particulières d'autorisation (autorisation conditionnée à la mise en place d'un partenariat public/public ou public/privé, permettant d'assurer la faisabilité technique, humaine et financière de projets exigeants tout comme l'utilisation optimale des plateaux techniques)
- au travers des CHT
- au travers de l'aide au développement de la télémédecine (*voir programme télémédecine*)

La question des conditions de recrutement des médecins a par ailleurs été abordée par la conférence de territoire de la Métropole – Flandre intérieure et le sujet pourra être abordé au niveau régional (*cf. programme relatif à la démographie médicale des professionnels de santé*).

Action 55 : Faciliter la modernisation des établissements, notamment par le soutien à l'investissement

A la fin 2010, le montant total des investissements aidés s'est élevé à 1,5 milliard d'€ pour 70 opérations. L'aide apportée en capital se chiffre globalement à 65 M€, l'aide en fonctionnement à 52,6 M€.

	opérations	Investissement total en K€	Taux de subvention en %
Hôpital 2007	38	769 567	50,8
Plan d'investissement en santé mentale	21	119 478	44,2
Hôpital 2012	2	274 746	42,8
Enveloppe régionale	9	158 052	46

Sur l'enveloppe d'aide à la contractualisation, la part des crédits consacrés chaque année à l'accompagnement des plans directeurs s'élève à 80,6M€ (77%), dont 53,4 M€ pris sur la part régionale des AC.

L'ARS souhaite également s'inscrire dans la démarche sur la valorisation du patrimoine hospitalier pilotée au niveau national, et ce pour ce qui concerne des opérations de travaux dont la définition est en cours ou pour les opérations engagées. Un travail d'inventaire pourra être conduit de façon plus large, en liaison avec la Direction Régionale des Finances Publiques.

Action 56 : Apporter, aux établissements, un appui dans le cadre de l'amélioration de leur efficience à la performance

Les projets de performance, copilotés par l'ARS et l'ANAP (Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux), ne portent pas uniquement sur l'amélioration de la situation médico-économique des structures, mais également sur l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients et des conditions de travail des personnels. Cette procédure permet d'accompagner les établissements dans la mise en application des pistes identifiées lors du diagnostic, pendant 2 ans.

Dans la même perspective, l'ARS mettra en œuvre un dispositif d'accompagnement hors contrat ANAP, afin de permettre aux établissements signataires de bénéficier dans la durée de l'appui méthodologique nécessaire et de garantir l'atteinte des objectifs contractualisés entre l'ARS et les établissements.

Dans le même souci de développer la culture de la performance et de l'amélioration de la qualité à l'hôpital, et dans le cadre du transfert de compétences amorcé par l'ANAP, l'ARS mobilisera le FMESPP pour accompagner (en prestation de conseils) d'autres établissements confrontés à des difficultés organisationnelles ou porteurs de projets de coopération, de partenariats et d'investissements d'envergure.

Enfin, les achats représentent le deuxième poste de dépenses après les charges de personnel. L'ARS impulsera la mise en œuvre régionale du programme de performance hospitalière pour des achats responsables (PHARE) en vue de contribuer aux gains attendus sur les achats.

- **Indicateurs de suivi**

Indicateurs de suivi des contrats de performance en eux-mêmes

Nombre d'établissements retenus dans le cadre du dispositif d'accompagnement hors ANAP

PHARE : mise en place d'un groupe référent au sein de l'ARS - évolution des dépenses dans des domaines ciblés par la démarche

Action 57 : Permettre l'accompagnement des ressources humaines en établissement

La gestion prévisionnelle des moyens et des compétences (GPMC) vise à adapter les emplois et les compétences à l'évolution des activités et à l'organisation des services. Elle permet de doter les établissements des qualifications requises selon l'évolution des métiers, des technologies et des missions de l'hôpital. Elle est utile dans des situations telles que :

- la réorganisation des services, les regroupements de plateaux techniques ou d'activités logistiques, le développement d'une activité nouvelle ;
- une pyramide démographique problématique, la volonté de promouvoir la mobilité ou le changement.

Les dispositifs de gestion prévisionnelle des moyens et des compétences (entretiens d'évaluation, plan de formation, répertoire des métiers...) ont fait l'objet d'un appel à projets en 2010, auprès des établissements de santé, au titre du FMESPP pour un montant financé de 325 K€ (idem sur 2011). L'ARS mobilisera le FMESPP pour soutenir la réflexion des établissements publics ou privés mobilisés sur ces questions.

L'amélioration des conditions de travail, de la santé et de la sécurité au travail passe, pour les établissements publics, par les contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT). Ceux-ci contribuent notamment à la politique de prévention des troubles musculo-squelettiques et des risques psychosociaux ou à la mise en place de processus d'organisation susceptibles d'améliorer les rythmes de travail. Comme la GPMC, les CLACT ont également fait l'objet d'un appel à projets auprès des établissements de santé, financé à hauteur de 643 K€ en 2010 au titre du FMESPP. Ce dispositif a permis de cofinancer un outil d'analyse qui viendra appuyer la création de l'observatoire des risques psychosociaux (ORSOSA).

Enfin, les opérations dites de modernisation sociale (conversions, transferts de structures ou de capacités, développement de coopérations, regroupements...) peuvent faire l'objet d'un accompagnement au titre du FMESPP, afin de permettre éventuellement la mise en place de cellules locales d'accompagnement social pour la modernisation des hôpitaux (CLASMO).

- **Indicateurs de suivi :**

Nombre d'établissements et d'actions

Taux de cofinancement

Action 58 : Améliorer la formation des professionnels de santé (y compris à l'ETP)

En matière d'ETP :

- **Disposer d'une offre de formation régionale suffisante, répondant aux référentiels et adaptée aux besoins :**
 - Mettre en place un annuaire de l'offre régionale de formation en ETP que ce soit pour les actions de sensibilisation, les formations de niveau I et II et les diplômes d'enseignement supérieur.
 - Proposer, au plan régional, une offre de formation structurée en fonction des différents niveaux de formation attendus pour les acteurs de l'ETP ; une réflexion devra être engagée sur la Validation des Acquis de l'Expérience (VAE) dans le champ de l'ETP, en lien avec l'Université.
 - Indicateurs de suivi : date de diffusion de l'annuaire de l'offre de formation en ETP ; délai de mise en place de la VAE dans le domaine de l'ETP ;

Prôner les formations en pluridisciplinarité

- Les formations réalisées en pluridisciplinarité ont une réelle valeur ajoutée et leur intégration dans le cadre du développement personnel continu (DPC), normalement à caractère mono-professionnel, devra faire l'objet d'adaptations spécifiques. Par ailleurs, il convient
- également d'associer à ces formations les représentants des patients, voire de mettre en place des formations dédiées aux représentants de patients.
- Indicateurs de suivi : nombre de formations en ETP réalisées en pluridisciplinarité ; nombre de formations en ETP ouvertes à des représentants de patients ; inscription de la thématique ETP dans les programmes de formation continue du DPC ;

Garantir la qualité des formations

- En lien avec le Centre régional de ressources et de compétences en ETP et le référentiel de compétences en ETP en cours d'élaboration par l'INPES (sortie prévue en novembre 2011).
- Indicateurs de suivi : délai de mise à disposition du cahier des charges de référence pour les programmes de sensibilisation et de formation de niveau I ;

Former les professionnels de santé de 1^{er} recours à l'ETP

- Une formation a minima de niveau 1 doit être proposée dans toutes les formations initiales des professionnels paramédicaux, dès le 2^{ème} cycle pour les médecins généralistes. Dans le cadre de la formation continue, il peut être envisagé 3 niveaux de formation : une sensibilisation, une formation de niveau I (40h) pour les professionnels mettant en œuvre l'ETP, une formation de niveau 2 (80 h) pour les professionnels coordonnateurs de programme.
- Indicateurs de suivi : nombre de professionnels de santé de 1^{er} recours sensibilisés / formés chaque année ; inscription de l'ETP dans les programmes de formation continue du DPC ; niveau d'atteinte des 3 principes en matière de formation continue des professionnels de santé de 1^{er} recours ;

En matière d'accueil des personnes handicapées (voir action 70) ;

En matière de périnatalité, de planification familiale et d'IVG, de pédiatrie (pour les médecins généralistes), de dépistage et de suivi des maladies chroniques, de diabétologie et d'obésité, de gériatrie, de soins palliatifs, de douleur, de prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (*voir volets médicaux concernés*)

Action 59 : Accompagner la mise en conformité des matériels, des organisations et processus – intensifier la lutte contre les maladies nosocomiales

Voir programme de gestion des infections liées aux soins et volet « réanimation »

Action 60 : Contrôler l'utilisation des médicaments et des produits de santé

Action 61 : Assurer le suivi des plaintes des malades aux fins d'amélioration de la prise en charge

3^{ème} Axe stratégique : AMÉLIORER L'ORGANISATION DES PARCOURS DE SOINS AU SERVICE DES USAGERS

La question du décloisonnement entre les secteurs (sanitaire, médico-social, social) et de la fluidité du parcours de soins est cruciale. Le parcours de soins d'un patient se doit d'être organisé, afin d'éviter toute rupture dans sa prise en charge. Et au-delà de son organisation, le circuit et les collaborations entre professionnels (1^{er} recours, 2nd recours, experts) doivent être identifiables par les usagers. Il est nécessaire de promouvoir l'information du patient sur son parcours et sa prise en charge, de créer des outils permettant ces collaborations internes et externes (protocoles de coopération, système de partage de données) et d'évaluer ces organisations.

Objectif opérationnel 1 : Organiser les partenariats entre les acteurs de santé sur chaque territoire

Action 62 : Objectiver les situations de « rupture » et proposer des actions correctrices → 2012

L'optimisation de l'offre de soins ambulatoire passe par un travail sur les interfaces, mais aussi une mesure des écarts entre le parcours « idéal » et le chemin effectivement suivi.

Les situations potentiellement à risque devront être identifiées, afin d'envisager des actions correctrices : ainsi, sur l'organisation de la sortie d'hospitalisation de plus en plus précoce et ses conséquences sur les services de soins infirmiers et d'aide à domicile ; de même, pour l'articulation entre médecine de ville / court séjour gériatrique / EPHAD. La réflexion devra être engagée avec les conseils généraux et les coopérations formalisées par une convention.

Action 63 : Engager les maisons et pôles de santé à contractualiser avec les acteurs locaux médico-sociaux et sociaux

L'organisation des maisons et pôles de santé permet de mieux appréhender l'orientation du patient dans un parcours. Le financement des temps de coordination, lorsque ces structures bénéficient de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération, rendent possible l'organisation de partenariats structurants sur le territoire. Ceux-ci devront être formalisés.

Action 64 : Faire évoluer les articulations entre réseaux de santé et ensemble des professionnels de santé

Les réseaux de santé, de part leur nature transversale, ne relèvent ni de l'ambulatoire, ni de l'hospitalier, sont à l'interface de la prévention, du soin et du médico-social. Il est nécessaire de clarifier et faire évoluer leurs articulations avec :

- les professionnels de santé de 1er recours. Les attentes devront être redéfinies, de nouvelles relations formalisées
- les structures qui existent sur les territoires, intervenant au domicile (HAD, SSIAD, EMSP) ou hébergeant des patients (EHPAD), sachant que de nouveaux acteurs naissent régulièrement (MAIA, ERC).

Ces coopérations devront se faire en cohérence avec les dispositifs développés avec les conseils généraux.

Objectif opérationnel 2 : Favoriser et rationaliser les réseaux de santé en les intégrant dans l'organisation territoriale des parcours de santé coordonnés

Action 65 : Définir une stratégie de couverture thématique régionale rationnelle des réseaux de santé

○ **Etablir une cartographie actualisée des réseaux de santé**

Un travail est engagé afin de déterminer pour chaque réseau la zone réelle de couverture. Cette cartographie par thématique sera complétée par une cartographie de tous les réseaux existants par territoire de santé, voire par zone de proximité si nécessaire.

Ce travail servira de base aux propositions d'évolution vers une couverture territoriale étendue pour les thématiques prioritaires et pour la mise en place de nouvelles plateformes territoriales.

○ **Identifier les thématiques prioritaires pour lesquelles la couverture territoriale doit être étendue**

Il s'agira de prioriser les thématiques pour lesquelles il est souhaitable (et potentiellement réalisable) d'arriver à une couverture territoriale plus large, voire complète de la région, en fonction des priorités régionales de santé publique et des plans nationaux. Cela peut être le cas par exemple en soins palliatifs, thème pour lequel 78% de la population régionale réside en 2011 sur le territoire d'intervention d'un réseau.

○ **Mettre en place une stratégie d'extension pour élargir la couverture territoriale des thématiques prioritaires**

Pour les thématiques identifiées comme prioritaires en terme d'extension géographique, une stratégie financièrement viable devra être élaborée, permettant d'augmenter la part des populations de la région pouvant bénéficier des activités d'un réseau de santé. Cette stratégie tiendra compte des ressources de même nature mobilisables à proximité, des attentes et des problématiques des territoires, des moyens financiers disponibles, notamment sur le FIQCS.

○ **Apporter un accompagnement à la conduite de projet et un soutien financier aux nouveaux dispositifs**

Les extensions envisagées doivent être préparées avec les acteurs locaux, afin de créer une dynamique territoriale, ou de soutenir celle pré-existante. Exemple : travail entrepris sur Lens-Henin et sur l'Arrageois pour le diabète, ou deux plateformes de santé (Prév'art et PSD), accompagnent les acteurs de terrain pour faire émerger des actions de coordination en faveur des patients diabétiques sur ces territoires. Le financement FIQCS se fera par l'intermédiaire des réseaux existants.

Action 66 : Recentrer l'action des réseaux de santé sur la coordination du parcours de santé

○ **Poursuivre la démarche d'harmonisation entre les réseaux d'une même thématique**

La démarche initiée ces dernières années sur 3 thématiques (Diabète et Risque Cardiovasculaire, Gérontologie et maladie d'Alzheimer, Soins palliatifs) a conduit à l'élaboration d'outils communs, dont certains ont été généralisés à l'ensemble des réseaux de la thématique. Elle doit être

poursuivie, notamment afin de redéfinir certains critères d'inclusion des patients, la notion de patients complexes, les modalités de sortie du réseau, le contenu du Plan Personnalisé de Santé (PPS)

- **Mettre en place au sein des réseaux de santé, un programme personnalisé de santé (PPS) harmonisé**

Les directives nationales issues de la circulaire du 2 mars 2007 (DHOS/03/CNAM/2007/88), relative à l'évaluation des réseaux de santé, précisent clairement que seuls les réseaux mettant en place un PPS sont considérés répondre favorablement à la définition d'un « réseau de santé ». Le PPS est la formalisation du parcours de santé avec les acteurs du domicile et le garant de la mise en œuvre d'une vraie coordination autour du patient.

Or, certains dispositifs financés n'en disposent pas, soit parce que leur activité ne vise pas principalement la coordination des soins, soit parce que, en l'absence de référentiel, les promoteurs n'ont pas vu la nécessité de formaliser ce document, ou n'ont pas su le faire. Un travail de formalisation du PPS devra donc être réalisé, obligation qui sera inscrite dans les futurs CPOM.

Un travail d'harmonisation entre les différents PPS, par thématique, et inter thématique est également nécessaire .

Action 67 : Construire et valoriser des trajectoires de patients gradées dans la prise en charge des maladies chroniques en lien avec le volet ETP

- **Recentrer les missions des réseaux cardiovasculaires sur la coordination des patients complexes**

Cette action vise à redéfinir le champ d'intervention des réseaux de santé cardiovasculaire, notamment dans le cadre de l'ETP, en conformité avec le volet spécifique du SROS. Ainsi, les réseaux n'ont pas vocation à assurer l'ETP de 1^{er} niveau, qui doit être conduite par les professionnels du 1^{er} recours (dans le cadre des exercices regroupés mais pas seulement), mais l'éducation thérapeutique des patients complexes, et donc nécessitant une coordination approfondie, et toujours en appui et à la demande du médecin traitant.

- **Intégrer le dépistage de la rétinopathie diabétique dans l'activité des réseaux Diabète**

En parallèle du recentrage de leur activité sur les patients complexes et du renforcement du rôle d'initiateur du médecin traitant, il est nécessaire de recentrer l'action de dépistage de la rétinopathie dans l'ensemble de la prise en charge du patient diabétique, selon les recommandations HAS et dans l'activité normale du réseau, en mettant fin aux budgets spécifiques.

Action 68 : Elargir le dispositif des plateformes territoriales de santé pluri thématiques

- **Proposer une stratégie de développement territorial des plateformes de santé à partir des réseaux existants**

Il s'agira d'accompagner les différents réseaux existants sur un territoire pour parvenir, à terme, à une plateforme territoriale unique. Plusieurs niveaux d'actions seront nécessaires selon la nature des réseaux, les promoteurs, les problématiques du territoire. Les CPOM à venir serviront de support à la démarche. Le GCS ou GCSMS pourra aussi être un outil utilisé.

- **Faire émerger des projets de plateformes sur les territoires ne comportant qu'un seul réseau**

A partir d'un réseau mono thématique ou mono populationnel, cette action permettra d'élargir le champ d'activité sur les thématiques prioritaires pour arriver à la mise en place d'une plateforme de soutien pluri thématique.

- **Faire émerger des projets de plateformes sur les territoires ne comportant pas de dispositif de coordination**

Sur chaque territoire, et particulièrement dans les secteurs géographiques où les professionnels de santé sont isolés, il peut être opportun de proposer une organisation de soutien dans l'accompagnement à la prise en charge coordonnée au domicile.

Selon les cas, il peut s'agir d'un réseau de santé sous forme de plateforme ou d'un autre dispositif.

La prise en compte de la dimension médico-sociale et son articulation avec le champ sanitaire est essentielle dans le cadre de plateformes et devra être renforcée.

Objectif Opérationnel 3 : Mieux prendre en compte le parcours du patient dans l'organisation des soins par l'hôpital

Action 69 : Développer les modes substitutifs à l'hospitalisation conventionnelle

Développer la chirurgie ambulatoire, la dialyse hors centre, et les alternatives en soins de santé mentale

Clarifier les missions des services HAD par rapport aux soins coordonnés ambulatoires

- **Indicateurs de suivi**

Chirurgie : part de la chirurgie ambulatoire dans l'activité de chirurgie (indicateur GDR)

IRC : part des patients suivis hors centre

HAD : taux de recours standardisé

Action 70 : Améliorer la prise en charge des personnes âgées et handicapées, et structurer les partenariats avec le secteur médico-social

L'objectif est d'améliorer conjointement la qualité de l'offre de soins et l'accompagnement médico-social Cf. volets « périnatalité », « prise en charge des enfants et des adolescents », « SSR », « soins aux personnes âgées », « soins palliatifs », « addictologie », « psychiatrie », « urgences », « HAD », ...

- **Il s'agit de :**

Améliorer la formation des médecins et des infirmiers sur le handicap.

Désigner, autant que possible, un référent handicap dans les hôpitaux généraux.

Etudier la possibilité de s'appuyer sur les dispositifs existants pour améliorer l'orientation des personnes handicapées.

Clarifier les ressources en matière de prise en charge sanitaire des personnes handicapées.

- **Urgences**

Mettre en place une réflexion sur la prise en charge des urgences dans les EHPAD pendant la PDS

Développer la téléconsultation afin d'éviter des hospitalisations inutiles ou une mauvaise orientation des résidents malades.

Améliorer l'accueil des personnes âgées et des personnes handicapées aux urgences

- **Périnatalité**

Améliorer l'annonce « d'une maladie ou d'une malformation » en période périnatale.

Améliorer la prise en charge et le suivi à long terme des nouveau-nés en risque de développer un handicap, notamment en lien avec les structures médico-sociales

- **Pédiatrie**

Améliorer la prise en charge des enfants handicapés dans le système de soins, en articulant les actions avec celles des professionnels du champ médico-social au cours des différentes étapes.

- **Personnes âgées**

Viser le renforcement des liens avec les dispositifs de santé mentale, la nomination de référents en oncologie, en soins palliatifs, pour la douleur, le handicap vieillissant.

Développer les partenariats avec le secteur médico-social (EHPAD/SSIAD/HAD) pour notamment intensifier les prises en charge paramédicales de qualité et favoriser les mutualisations de personnels paramédicaux spécialisés.

Inciter les établissements et services à participer au développement de l'aide aux aidants ; intégrer l'aidant dans les dispositifs d'annonce et développer ses compétences dans l'accompagnement ; organiser les actions de soutien individuel ou collectif.

Soutenir et encourager la politique de formation gériatrique régionale (validation des acquis de l'expérience, développement de nouvelles compétences ou soutien à de nouvelles formations universitaires...) et valoriser les métiers en lien avec le Conseil régional

Inscrire dans une démarche coordonnée et territoriale les prises en charge pour les malades Alzheimer ou de troubles apparentés et leurs familles, en lien avec le secteur médico-social (personnes âgées et personnes handicapées).

- **Soins palliatifs**

Soutenir les EMSP qui interviennent dans les EHPAD et autres établissements médico-sociaux

- **SSR**

Mettre en œuvre une organisation transversale des acteurs concernés par territoire, en prévoyant d'intégrer les acteurs libéraux et les acteurs du médico-social dans les coordinations territoriales de SSR Assurer une meilleure coordination des acteurs sanitaires et médico-sociaux, conduisant à éviter des ruptures lors du parcours de santé des personnes âgées et handicapées

- **Psychiatrie**

Prévenir et prendre en charge la souffrance psychique, notamment des populations spécifiques (personnes âgées ; personnes handicapées psychique ; milieu du travail ; enfants, jeunes, adolescents et leur entourage, milieu carcéral)

Repérer et prendre en charge l'autisme, les troubles envahissants du développement et les troubles des apprentissages, avec ou sans hyperactivité

Mieux articuler l'action sanitaire, médico-sociale et sociale en psychiatrie

Réduire la mortalité des personnes présentant des troubles psychiques

Actualiser les données sur les besoins d'orientation médico-sociale des personnes dont l'hospitalisation est inadéquate ; étudier les possibilités et les modalités de leur réorientation.

- **HAD**

Favoriser l'intervention des HAD dans les EHPAD dans le respect de la réglementation en cours

Réfléchir à l'intervention des HAD dans les établissements pour personnes lourdement handicapées (MAS et FAM)

5. LES INDICATEURS DE PILOTAGE DE L'ACTIVITE HOSPITALIERE

Le SROS ne fixe plus d'objectifs quantifiés de l'offre de soins en volumes ; il comporte désormais des indicateurs de pilotage de l'activité qui correspondent - pour la médecine, la chirurgie, les techniques interventionnelles et les soins de suite et de réadaptation - à des volumes d'activité cible (maximum), déterminés pour chaque territoire de santé, à échéance de 2016. Les activités de soins concernées sont notamment: la médecine et les techniques interventionnelles non invasives , la chirurgie, la cardiologie interventionnelle, le traitement du cancer, l'HAD, l'IRC, le SSR et la Psychiatrie ; les indicateurs sont déclinés en fonction du type de prise en charge (hospitalisation complète, hospitalisation à temps partiel, chirurgie ambulatoire, ...) ou par type de traitement (chimiothérapie, chirurgie des cancers, radiothérapie, ...).

Les indicateurs de pilotage de l'activité sont destinés à permettre la réponse aux besoins de soins, la répartition de l'offre de soins, et l'organisation de l'efficience de l'offre de soins. L'analyse est basée sur la consommation de soins de la population domiciliée, ajustée sur l'âge, le sexe et la mortalité. Ces indicateurs sont négociés avec la Direction générale de l'Offre de soins (DGOS) et inscrits dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ARS-Etat. Leur suivi sera assuré par le comité de pilotage du SROS, devenu comité de suivi, et qui tiendra lieu d'instance opérationnelle de dialogue prévue dans les instructions nationales.

Ces indicateurs sont négociés avec la Direction générale de l'Offre de soins (DGOS) et inscrits dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ARS-Etat. Leur suivi annuel sera assuré par le comité de pilotage du SROS, devenu comité de suivi, et qui tiendra lieu d'instance opérationnelle de dialogue prévue dans les instructions nationales.

L'Agence Régionale de Santé du Nord-Pas-de-Calais, de par son expérience sur les OQOS, a largement contribué à l'élaboration de la méthodologie nationale sur les indicateurs de pilotage de l'activité. C'est pourquoi, l'état de santé de la population ainsi que son profil démographique ont été pris en compte dans la définition des volumes prévisionnels de consommation de chaque région et de chaque territoire de santé de France. La nécessité de stabiliser les bases PMSI par une gestion centralisée par l'ATIH a aussi été mise en place. Chaque région de France peut ainsi se situer par rapport à une référence nationale et y inscrire ensuite ses spécificités. Le principe général de la méthode nationale est d'améliorer l'équité d'accès aux soins en tendant à faire converger la production des territoires vers cette référence nationale pour chacune des spécialités concernées.

On constate ainsi que la consommation élevée de soins dans la région est pour une grande partie due à l'état de santé de la population. On suppose que la précarité de la population de la région, est le deuxième facteur explicatif de cette surconsommation. Il ne faut cependant pas exclure des situations de soins induits par l'offre. Par ailleurs le niveau de consommation de soins de certaines spécialités comme le cancer et l'addictologie pourrait être amené à augmenter, sans que l'on puisse toutefois mesurer la vitesse d'évolution de ces phénomènes.

Ainsi, même si la méthode nationale permet globalement à la région de conserver ses volumes d'activité, et même si une amélioration globale de l'état sanitaire de la population devrait se traduire par une baisse de la consommation de soins, l'Agence Régionale de la santé du Nord-Pas-de-Calais propose de ne pas faire converger les volumes vers la référence nationale afin de conserver une marge de progression du volume global régional.

Voir Annexe « Indicateurs de Pilotage de l'Activité »

6. PRESENTATION SYNTHETIQUE DES ACTIVITES DE SOINS

6.1. PERMANENCE DES SOINS EN ETABLISSEMENT (PDSES)

La réorganisation de la permanence des soins en établissements de santé (PDSES) constitue l'un des outils majeurs de la réorganisation future de l'offre de soins. La loi HPST érige désormais la PDSES en mission de service public. Elle donne compétence au directeur général de l'ARS pour l'organisation territoriale et l'attribution de cette mission de service public. Le SROS PRS constitue le cadre opérationnel dans lequel il convient d'opérer cette « remise à plat » de la PDSES et de fixer son schéma cible.

Enjeux :

Les enjeux de la réorganisation de la PDSES sont :

- Améliorer l'accès aux soins : optimiser l'organisation de la PDSES pour l'ensemble des activités de soins qui la requièrent, permettant de garantir un accès aux soins, au niveau infrarégional ou régional selon les disciplines concernées (principe de gradation des soins) en lien avec le réseau des urgences, la nuit, les week-end et les jours fériés,
- Améliorer la qualité de prise en charge : sécuriser les parcours de soins non programmés pour que toutes les demandes obtiennent une réponse adaptée en terme de prise en charge ou d'orientation,
- Améliorer l'efficacité : élaborer un schéma cible de PDSES en optimisant l'utilisation de la ressource médicale dans la région, en privilégiant les mutualisations entre établissements indépendamment de leur statut, en prenant en compte l'ensemble des filières de prise en charge et en facilitant la participation des praticiens libéraux dans le dispositif ; éliminer les doublons entre les établissements sur une même activité pour éviter les dépenses inutiles et rémunérer uniquement les établissements de santé assurant la mission de service public de PDSES ; répartir de manière équitable les contraintes d'exercice entre les secteurs public et privé.

Points d'articulation à prendre en compte :

➤ Articulation entre la permanence des soins ambulatoires, la permanence des soins en établissement de santé et les structures de médecine d'urgence

Le point d'articulation se situe dans les structures de médecine d'urgence (SAMU, SMUR, structures des urgences), qui assurent la coordination entre ville et hôpital :

- d'une part en amont des services de médecine d'urgence pour organiser l'entrée des patients dans le système de soins,
- d'autre part en aval pour l'orientation des patients une fois qu'ils sont entrés dans le système de soins et que leur état requiert une prise en charge dans un établissement de santé et notamment par un plateau technique. **La structuration du réseau des urgences et le développement du répertoire opérationnel des ressources (ROR) constituent les leviers privilégiés de cette mise en cohérence.**

- Articulation entre le secteur sanitaire et les structures médico-sociales pour la prise en charge des urgences

Il convient de faciliter l'accueil des personnes présentant des difficultés spécifiques et de veiller à améliorer les modalités d'information des structures médico-sociales sur les structures hospitalières participant à la PDSES. Il est par ailleurs important d'identifier les structures et filières spécifiques de prise en charge sanitaire (par exemple AVC en urgence) et d'informer les structures médico-sociales sur celles-ci, afin de faciliter l'orientation de leur public. Enfin, il convient d'organiser la prise en charge des urgences médico-sociales au sein du réseau des urgences.

Démarche d'élaboration du schéma cible de PDSES

- La réalisation de l'état des lieux

Le diagnostic des besoins et des ressources médicales disponibles constitue un **préalable essentiel** à l'élaboration du schéma cible régional.

L'enquête organisée par la DGOS dans ce but à compter de mars 2011 et qui devait aboutir en juin, a connu des difficultés de recueil et de saisie notamment de la part des établissements publics, la FHF faisant état des difficultés de remplissage du 3^{ème} volet et estimant que l'ensemble de la démarche devait être renégociée. Des directives ont été données fin avril aux directeurs d'ARS les invitant à négocier les modalités de cette enquête avec leurs interlocuteurs dans chaque région.

Dans la région Nord-Pas-de-Calais, il a été décidé de poursuivre l'enquête dans la mesure où certains établissements avaient déjà rempli les 3 volets et que d'autres souhaitaient voir déplacer la période de recueil. Un groupe de travail a été créé avec des représentants des différents types d'établissements selon leur statut, afin d'adapter le contenu du 3^{ème} volet aux contraintes des uns et des autres. Il est à noter la volonté de ce groupe à construire un outil performant, mieux adapté aux réalités de terrain et de nature à mieux répondre à l'ambition de l'enquête : obtenir des données fiables et précises des lignes de gardes et d'astreintes existantes et d'en apprécier les possibilités de mutualisation au regard de l'activité enregistrée au cours de la période de PDS. **Ainsi une nouvelle maquette a été proposée fin juillet aux établissements, en accord avec les fédérations, pour un recueil au cours du mois de septembre et une saisie pour la fin octobre.**

- Le partage du diagnostic

Il importe que les constats réalisés dans cette phase diagnostique fassent l'objet d'une concertation avec les professionnels de santé et représentants des établissements et fédérations concernés.

- La définition du schéma cible régional de PDSES

A l'appui de ces constats, il appartient à l'ARS d'élaborer, en 2012, et de manière concertée le schéma cible de PDSES.

L'organisation à mettre en place doit s'inscrire dans une logique d'optimisation des ressources médicales existantes et dans la limite de l'enveloppe MIG déléguée au niveau régional au titre de la PDSES.

En plus des paramètres précédemment évoqués, il conviendra de prendre en compte, pour l'élaboration de ce schéma cible de PDSES, les éléments suivants :

- les éventuelles difficultés d'accès liées à des enjeux géographiques (éloignement, enclavement,...)
 - l'organisation des filières de soins d'urgence spécialisées définie en région, en fonction des besoins :
 - o Urgences neurovasculaires
 - o Syndrome coronarien aigu (SCA)
 - o Polytraumatisés
 - o Toxicologie
 - o Trauma crânien sévère
 - o Pédiatrie aigue.
 - les possibilités de recours aux différentes applications de télémédecine : télé consultation, télé expertise, télé surveillance ou télé assistance. Une organisation de ces actes doit être clairement définie dans le cadre du programme régional de télémédecine et dans le cadre d'orientations nationales.
- La réflexion sur les plateaux techniques ouverts H24

L'enquête menée en 2009 (du 1^{er} janvier 2009 au 30 juin 2009) sur l'activité chirurgicale effectuée durant la Permanence des Soins dans la région, la nuit, les week-ends et jours fériés, a mis en évidence un nombre d'actes chirurgicaux effectués pendant la période de 20H le soir à 8H du matin très réduit.

Nombre moyen d'interventions	Par nuit	Du samedi 13h au dimanche 8h	Les dimanches et jours fériés
Artois	0.85	9.9	9.9
Hainaut	0.6	5.2	12.4
Littoral	0.75	5.3	11.8
Métropole Flandre intérieure	3.9	18	28.3
REGION	6.1	38.6	69.8

La concertation prévue en 2012 permettra d'envisager les modalités de regroupement de l'activité de nuit, de week-end et de jours fériés sur un nombre de plateaux techniques limités par territoire de santé. Cette réflexion devra être menée en particulier dans le cadre des communautés hospitalières de territoire.

6.2. URGENCES

Bilan du SROS III

Concernant les urgences hospitalières, le bilan du SROS III est le suivant :

- Adapter la répartition des sites d'urgences aux besoins de la population par territoire de proximité : la répartition des sites d'urgences respecte globalement les critères fixés par le SROS III (densité de population, accès à partir du domicile en 30 minutes maximum, activité).
- Organiser des filières de prise en charge par la mise en réseau des établissements (un réseau par zone de proximité pour les activités de niveau 1, un réseau par bassin de vie pour les activités de niveau 2, un réseau régional pour les activités de niveau 3) : l'organisation des filières est en cours de réflexion mais le réseau des urgences n'a pas été constitué.
- S'assurer de la permanence de l'accueil et de la qualité des soins ; diminuer le temps d'attente aux urgences : cette préoccupation reste d'actualité
- Conforter le SAMU dans ses missions en optimisant ses partenariats (SMUR, SDIS, régulation libérale, coopérations transfrontalières) ; améliorer la réponse des SMUR auprès des usagers : les outils d'organisation des relations et de communication entre les SAMU et leurs partenaires sont en cours de construction (RAMUR, ANTARES, ROR, ...)

Concernant les prises en charges spécifiques, le bilan est le suivant :

- Organiser une prise en charge adaptée des enfants dans les services d'urgences : le bilan reste à établir
- Réguler et améliorer la prise en charge des personnes âgées aux urgences : les établissements sites d'urgences ont initié la réflexion sur la mise en place d'équipes mobiles de gériatrie et de filières de prise en charge.
- Optimiser la réponse à l'urgence psychiatrique
- Améliorer la prise en charge précoce de l'urgence cardio-vasculaire ; structurer la filière de prise en charge des AVC en urgence : l'urgence cardio-vasculaire et l'urgence neurologique sont organisées par territoire de santé.
- Redynamiser l'action des Permanences d'Accès aux Soins de Santé : une coordination régionale des PASS a été mise en place ; si ce n'est pas le seul, la réactivation des PASS est l'un des objectifs de cette coordination.

Orientations du SROS PRS :

Nota : ce volet sera approfondi en 2012, en lien avec le travail sur l'organisation de la PDES.

- Achever la mise en réseau des urgences et le déploiement des outils communs :
 - Informatiser l'ensemble des services d'urgences dans la région et construire l'Observatoire Régional des Urgences
 - Mettre en place le réseau des urgences
 - Achever le déploiement de l'application RAMUR
 - Mettre en place le répertoire opérationnel des ressources (ROR)
 - Mettre en place une télé expertise partagée entre les acteurs de l'urgence et leurs partenaires
 - Réactualiser les conventions de partenariat avec les SDIS

- Améliorer l'articulation entre urgences et médecine ambulatoire :
 - installer des maisons médicales de garde à proximité des sites d'urgences

- Améliorer l'organisation des transports sanitaires
 - Améliorer l'organisation des transferts entre établissements
 - Organiser le transport hélicoptéré, notamment de nuit
 - Organiser la réponse ambulancière à l'urgence pré hospitalière et préciser les missions du coordonnateur ambulancier

- Réaliser l'évaluation de la prise en charge des Urgences Pédiatriques dans les services d'urgences de la région

- Faire le bilan des implantations actuelles et définir leur évolution.

- Programme de travail sur la démographie médicale dans les services d'urgences
Cf. programme à venir sur la démographie des professionnels de santé.

6.3. REANIMATION-SURVEILLANCE CONTINUE-SOINS INTENSIFS

Bilan du SROS précédent :

- Territorialiser l'offre de soins : renforcement quantitatif de l'offre de soins en réanimation sur les territoires les plus déficitaires (Artois Hainaut), installation de 151 lits de soins intensifs hors USIC et de 339 lits de surveillance continue
- Graduer et organiser le dispositif : individualisation de tous les services de réanimation et concertation des planifications de fermeture de lits estivales initiée en 2010 et reconduite en 2011 ; la mise aux normes des locaux a concerné plusieurs établissements en particulier sur les territoires prioritaires (Artois et Hainaut). Mais, les visites de conformité/contrôle des unités de soins intensifs, de surveillance continue et des différents services d'amont et d'aval confirment que les chartes de fonctionnement entre ces services et ceux de réanimation ne sont pas toutes rédigées ; le réseau régional des réanimations de la région n'a pas été constitué en tant que ; l'activité de SSR de sevrage post-réanimation n'a pas été structurée.
- Garantir la sécurité et la qualité des soins : par une meilleure gestion des ressources médicales et paramédicales.
- Développer les prélèvements d'organe : la participation des services est variable dans ce domaine, que ce soit sur un plan humain ou en ce qui concerne l'organisation des locaux ('individualisation d'une chambre dédiée à l'accueil en réanimation des personnes en état de mort encéphalique, en attente de prélèvement). Le plus souvent, lorsqu'une équipe est bien identifiée sur cette thématique, l'investissement est important.
- Organiser la lutte contre les infections nosocomiales : tous les établissements de la région, sièges de services de réanimation non spécialisée, disposent d'une équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOHH) et d'un référent en antibiothérapie, et pratiquent une politique d'hygiène des mains mettant en valeur l'utilisation des solutions hydro-alcooliques ; certains établissements ont développé un travail important avec les équipes médico-soignantes sur les protocoles, d'autres sont plus en retard.

Objectifs du volet actuel :

- En réanimation spécialisée et non spécialisée : malgré les possibles difficultés à venir en terme de démographie médicale, il sera recherché un maintien de la capacité totale de la région en lits ; les implantations de réanimations spécialisées ne sont, quant à elles, pas modifiées.

Les objectifs qualitatifs portent sur :

- l'adaptation de l'offre aux besoins de la population et aux possibilités de garantir une prise en charge sécurisée dans chaque service,
- la mise en œuvre d'un plan d'optimisation des ressources médicales pour faire face aux difficultés rencontrées par certains services et aux départs en retraite d'ici 5 à 10 ans,
- la poursuite de la mise aux normes des services en matière d'effectifs paramédicaux,
- la définition de stratégies communes et individuelles pour diminuer les risques de tensions hospitalières saisonnières et faire partager la connaissance des activités de chaque service.

- En soins intensifs et surveillance continue : pas de modifications des implantations par territoire de santé.

Les objectifs qualitatifs portent sur :

- l'installation, dans les établissements sièges de réanimation, des lits ayant obtenu une reconnaissance contractuelle en matière de surveillance continue,
- l'évaluation de la gravité des patients pris en charge dans les services de soins intensifs,
- l'organisation des transports inter hospitaliers (en lien avec le volet urgences du SROS-PRS) dans le cadre du recours à un établissement disposant d'une autorisation répondant à la gravité du patient pris en charge.

- En matière de lutte contre les infections nosocomiales :

Les objectifs qualitatifs, portent, en lien avec les autres services de l'établissement, sur :

- le développement de la politique de gestion du risque infectieux en lien avec l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière, le laboratoire de microbiologie de l'établissement et le référent local pour la prescription des anti-infectieux,
- le renforcement de la formation des personnels et de l'utilisation des protocoles en hygiène,
- l'amélioration de la surveillance des infections nosocomiales et de leur traitement,
- la promotion de l'hygiène des mains,
- la recherche de la diminution du risque infectieux lié à l'organisation architecturale et aux locaux.

En réanimation, il s'agit de :

- n'envisager une restructuration/consolidation de l'offre qu'après la mise en place d'une réflexion multidisciplinaire et multi-institutionnelle sur la place des services de réanimation au sein de l'hôpital (plus value pour l'établissement, interdépendance avec les autres autorisations de soins...) mais aussi de la zone de proximité et du territoire (identification des hôpitaux pivots à consolider...);
- ne pas créer de nouveaux services ni d'extension de capacité, tant que les effectifs médicaux ne sont pas stabilisés, au niveau de l'établissement et du territoire ;
- envisager des regroupements de services en cas de crise démographique majeure et installée dans la durée, au travers par exemple, des travaux des Communautés Hospitalières de Territoire.

6.4. CHIRURGIE - ANESTHESIE

Le volet chirurgie - anesthésie est étroitement corrélé au développement d'autres disciplines et techniques : télémédecine, imagerie médicale, automatisation (robotisation)... et aux orientations relatives à la permanence des soins en établissement.

Les enjeux consistent en :

- l'amélioration des pratiques professionnelles (guide de bonnes pratiques), par le développement des compétences dans les techniques innovantes et, pour certaines, dans la chirurgie ambulatoire.
- l'amélioration de la pratique anesthésique :
 - Diminuer le risque : utilisation de simulateur, monitoring continu non invasif du débit cardiaque...
 - Prise en compte de la douleur : limitation des morphiniques, analgésie multimodales...
- Le développement de la chirurgie ambulatoire

Les orientations du SROS PRS tendent à optimiser les équipements existants qui sont suffisants, et le contexte de la démographie médicale incite au regroupement des plateaux techniques en développant les coopérations entre établissements de santé et la création de fédérations hospitalières (réflexion médicale pour une organisation en trois niveaux de soins pour certaines disciplines, RCP de recours, coopérations de suppléance CHRU- hôpitaux périphériques...).

Elles sont les suivantes :

- Structurer la gradation des sites de chirurgie en identifiant les recours dans le SROS et la coopération entre les différents niveaux ;
- Promouvoir la chirurgie ambulatoire ;
- Garantir un accès à une chirurgie aux tarifs conventionnés par territoire de santé ;
- Assurer le maintien d'un niveau d'activité et d'équipes étoffées :
 - Regrouper des activités sur des sites communs
 - Mettre en commun de blocs opératoires, de plateaux techniques (biologie, imagerie)(dans le cadre de CHT et de GCS)
- Etudier les particularités et liens nécessaires entre les établissements de santé et les structures d'hébergement médico-sociales pour préparer les prises en charge chirurgicales des personnes hébergées dans ces structures.
- Formaliser certaines filières de soins (séquelles de poly traumatismes, ...)

6.5. IMAGERIE MEDICALE

Bilan du SROS III :

Les deux grands axes des orientations du SROS III portaient sur :

- l'amélioration de l'accessibilité aux techniques modernes d'imagerie
- l'amélioration de la qualité de l'organisation et de l'utilisation des plateaux techniques d'imagerie.

En termes d'amélioration de l'accessibilité aux techniques modernes d'imagerie, force est de constater que le nombre d'équipements modernes (scanners, IRM et TEP) autorisés et installés dans la région a fortement augmenté sur la durée du SROS III. La région a atteint les meilleurs ratios nationaux d'équipements d'imagerie soumis à autorisation par rapport à sa population. Il faut aussi souligner l'augmentation, au cours du SROS, du nombre de manipulateurs d'électro radiologie, permettant de répondre aux besoins.

Sur le plan de l'amélioration de la qualité de l'organisation et de l'utilisation des plateaux techniques d'imagerie, une analyse médico-économique a été menée dans la région au cours de l'année 2010 auprès d'un panel de dix structures considérées comme représentatives de la diversité régionale.

L'objectif était double :

1. Mesurer la productivité des équipements selon le ratio de personnel affecté à l'utilisation des équipements d'imagerie en coupe de la structure,
2. Mesurer l'activité des équipements en fonction de leur taux d'ouverture et de leur taux d'occupation.

Les données régionales ont pu être comparées aux données recueillies par l'étude nationale de l'ANAP (« benchmark » en imagerie).

Ce type d'analyse permet d'envisager d'intéressantes pistes d'amélioration de l'organisation et de l'utilisation des équipements.

Enjeux

- Permettre à l'ensemble de la population régionale d'accéder à une offre de qualité en imagerie, dans un contexte d'évolution rapide des techniques et de spécialisation des professionnels par pathologie d'organe.

- Favoriser les actions visant à dépister précocement les pathologies, notamment en cancérologie.

Orientations

Les deux grands axes des orientations du SROS III (amélioration de l'accessibilité aux techniques modernes d'imagerie et amélioration de la qualité de l'organisation et de l'utilisation des plateaux techniques d'imagerie) semblent devoir rester d'actualité.

Dans ce sens, il conviendrait de :

- Poursuivre le suivi de l'activité et de l'organisation des plateaux techniques d'imagerie médicale.

- Poursuivre le développement de la télé imagerie : généralisation de la télé-expertise en imagerie médicale, notamment dans le cadre de la PDS ; généralisation du programme Télé-AVC à l'ensemble des Unités neuro-vasculaires (UNV) régionales.
- Développer une politique de soutien à la démographie médicale en imagerie.
- Renforcer les coopérations public privé en tirant partie de la possibilité offerte à l'ARS par la loi n° 2011-940 du 10 août 2011, modifiant certaines dispositions de la loi HPST, d'autoriser à titre expérimental la création de plateaux d'imagerie médicale mutualisés, impliquant au moins un établissement de santé, comportant plusieurs équipements matériels lourds d'imagerie diagnostique différents (article L6122-15 du code de santé publique).

Par ailleurs, en lien avec le programme national sur la gestion du risque, un travail d'évaluation des besoins en imagerie en coupe pour les cinq années à venir a été mené durant l'été 2011, notamment en termes d'équipements IRM dédiés. Ce travail a abouti aux objectifs d'augmentation d'équipements et d'implantations présentés dans le volet « imagerie » annexé au présent document. Il repose sur une logique de renforcement de la substitution des examens conventionnels par les examens d'imagerie en coupe. Il conduit notamment à proposer l'autorisation de 19 IRM supplémentaires sur les 5 ans du SROS PRS, avec une répartition cible 70%-30% entre les appareils polyvalents et les appareils efficients.

6.6. TECHNIQUES INTERVENTIONNELLES UTILISANT L'IMAGERIE MEDICALE EN CARDIOLOGIE

Définition de la thématique

Les actes entrant dans le champ de ces techniques se répartissent en trois groupes :

- **groupe 1 :** actes **d'électrophysiologie interventionnelle** (rythmologie interventionnelle, stimulation multisites, défibrillation, pose de dispositifs de prévention de la mortalité cardiaque liée à des troubles du rythme); seuls les actes les plus complexes entrent dans le champ des autorisations en excluant la pose des stimulateurs simples (mono et double chambre) qui ne requiert pas un plateau technique aussi spécialisé que pour les autres actes. Le seuil de **50 actes annuels** est pris en référence pour les procédures d'ablation endocavitaire autres que l'ablation de la jonction atrio-ventriculaire
- **groupe 2 :** actes **de cathétérisme interventionnel des cardiopathies de l'enfant**, y compris les réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales ; le seuil est de **40 actes annuels** y compris les réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales avec au moins la moitié de ce seuil d'actes réalisées chez des enfants (à l'exclusion des actes réalisés en urgence)
- **groupe 3 :** actes portant sur les **cardiopathies de l'adulte** (notamment le traitement par voie endovasculaire des valvulopathies cardiaques et les angioplasties coronariennes) ; le seuil est de **350 actes annuels**.

Bilan du SROS précédent :

Outre les autorisations de cardiologie interventionnelle (délivrées en mars 2011) et les reconnaissances d'USIC (notifiées en février 2011), le volet 2009-2011 du SROS III comprenait les objectifs suivants :

- garantir la sécurité et la permanence des soins pour les activités relevant des 3 groupes, apportée par le respect des seuils et des conditions techniques de fonctionnement. Un des enjeux majeurs reste le maintien des compétences nécessaires dans chaque site autorisé.
- favoriser les regroupements des centres d'électrophysiologie interventionnelle dont l'activité quantitative en termes d'ablations est insuffisante pour atteindre de manière pérenne le seuil minimal d'activité. : compte tenu des données quantitatives observées dans certains territoires, des coopérations ont du être favorisées pour dépasser durablement le seuil minimal et optimiser les moyens humains et matériels nécessaires
- garantir la sécurité des soins dans la prise en charge des cardiopathies congénitales : seul le CHRU dispose des conditions techniques de fonctionnement permettant une prise en charge sécurisée des patients.
- organiser la permanence et la sécurité des soins dans la prise en charge de l'infarctus du *myocarde* : des coopérations entre centres autorisés existent au travers de la mise en place d'équipe commune.
- rendre chaque territoire de santé autonome dans la pose de Défibrillateurs Cardiaques Implantables (DCI) et des Stimulateurs Multi-Sites (SMS) : cet objectif est atteint depuis les autorisations délivrées en mars 2011. Cependant, le faible nombre de praticiens formés à la pose de ce type de matériel fait penser que l'autonomie réelle des territoires ne sera pas acquise immédiatement et qu'il persistera des fuites de patients, inter-territoriales et/ou extra-régionales.

En conclusion, les objectifs sont tous atteints mais une attention devra être portée sur la montée en charge des centres autorisés, les coopérations engagées et le maintien d'une démographie médicale suffisante pour assurer la continuité et la permanence des soins.

Objectifs du volet actuel :

Cardiologie interventionnelle : compte tenu du caractère récent des autorisations/reconnaisances délivrées, les objectifs quantifiés du SROS III (implantations par territoire) sont reportés sans modification dans le présent volet, a minima, jusqu'à l'issue de la période réglementaire donnée aux établissements pour se mettre en conformité vis-à-vis des conditions techniques de fonctionnement et des seuils d'activité (16 mois après la notification de l'autorisation). L'objectif est de permettre la montée en charge des derniers centres autorisés et d'évaluer leur impact sur l'offre de soins et la consommation de soins des patients.

Les objectifs qualitatifs portent sur :

- la sécurisation de la prise en charge et la continuité des soins pour l'ensemble des actes,
- l'organisation de la permanence et de la sécurité des soins dans la prise en charge de l'infarctus du myocarde,
- l'amélioration des prises en charge d'aval (à la sortie du court séjour).

USIC : Les reconnaissances délivrées en 2010 tiennent compte, entre autres, des données populationnelles de 2006. Les chiffres de l'INSEE sur les projections de population en 2016 permettent de recalculer le besoin en lits d'USIC par territoire de santé et en fonction des spécificités des établissements.

Les objectifs qualitatifs portent sur

- la démonstration de l'adéquation du fonctionnement de l'unité à ses missions réglementaires (mise en place d'un suivi d'activité détaillé),
- l'amélioration de la fluidité de la filière de soins,
- la sécurisation de la pratique.

6.7. PERINATALITE / AMP / DPN

Bilan du SROS III

- Restructurer l'offre de soins pour prévenir les détresses vitales maternelles et fœtales en tenant compte de la démographie médicale :

L'offre périnatale de proximité a été maintenue malgré une fermeture de plusieurs maternités, notamment privées, ayant aggravé la fragilité des structures existantes. La couverture régionale en centres périnataux de niveau IIA est quantitativement réalisée.

Sur un plan qualitatif :

- certains services de pédiatrie réalisent une activité de néonatalogie, alors qu'ils n'en ont pas l'autorisation, afin de répondre à la demande de centres de périnatalité de niveau supérieur ; ils permettent ainsi des rapprochements mères-enfants ou des hospitalisations de nourrissons de moins de 2 mois.
- la prise en charge de l'hémorragie de la délivrance et des urgences graves a été largement améliorée, notamment par la mise en place de protocoles de conduite à tenir et de cellules d'expertise des « near miss » (cas de catastrophe obstétricale évitée de justesse) au sein des réseaux de périnatalité. Toutes les maternités de niveau III n'ont pas accès à ce jour à la technique d'embolisation.
- La démographie médicale entraîne une contrainte supplémentaire.

L'organisation des transports in-utero et néonataux, quant à elle, et même si elle a été améliorée par l'allocation de crédits spécifiques (financement de postes de puéricultrices, de transporteurs), reste à retravailler.

- Améliorer l'approche psychosociale des femmes enceintes et de la naissance :

L'approche psychosociale des femmes enceintes et de la naissance a été améliorée, même si les objectifs fixés dans le SROS n'ont pas pu être atteints, concernant notamment la réalisation de l'entretien du 1^{er} trimestre. Sa réalisation dépend de l'effectif en personnel disponible dans les établissements.

La qualité de l'accompagnement dans le cadre de l'aide médicale à la procréation a été peu travaillée. A l'inverse, de nombreuses actions, comme la formation aux nouvelles modalités de dépistage de la trisomie 21, et la coopération des acteurs intervenant dans le diagnostic prénatal ont permis d'augmenter la qualité dans cette prise en charge.

L'annonce « d'une maladie ou d'une malformation » en période périnatale n'a pas fait l'objet d'une formation régionale structurée.

La prise en charge et le suivi à long terme des nouveau-nés présentant un risque de handicap n'ont pas été travaillés de façon approfondie. Mais une filière de soins a été mise en place dans certaines pathologies (ex : centre de référence de la hernie diaphragmatique congénitale). Enfin, certains services de néonatalogie, notamment des centres de périnatalité IIB et III ont élaboré un travail de partenariat avec les CAMPS de proximité, afin de permettre un suivi précoce de ces nouveau-nés à risque.

- Mieux prendre en compte la consommation de substances psycho-actives chez la femme enceinte :

Un certain nombre d'actions, notamment des formations pluridisciplinaires et l'intervention d'équipes de liaison, ont été engagées (formations pluridisciplinaires/pluri-institutionnelles ayant touché 400 acteurs de la périnatalité, du champ social et des addictions/an en 2008 et 2009, ainsi que 70 professionnels en 2010). Ces actions restent toutefois difficiles à mettre en œuvre malgré les démarches engagées avec les réseaux de périnatalité.

- Structurer les filières de soins et le travail en réseau

L'organisation en la matière s'est globalement améliorée avec toutefois des disparités intra-régionales, notamment concernant la mise en place de réseaux de proximité.

Les objectifs du SROS III sont partiellement atteints.

Objectifs du volet actuel

En dehors des objectifs à poursuivre, un certain nombre d'objectifs prioritaires a été dégagé :

• Améliorer l'accès aux soins en s'appuyant sur l'ensemble des acteurs

- Assurer l'accès au suivi de la grossesse des femmes enceintes en situation de précarité
- Renforcer le lien entre les équipes de psychiatrie accueillant des femmes et couples en période périnatale, tant en hospitalisation qu'en prise en charge ambulatoire et alternative (HAD), et les acteurs de périnatalité - Faire le bilan des dyades mère enfant
- Améliorer les collaborations entre les établissements de soins, les praticiens libéraux, la PMI, la psychiatrie adulte et infanto-juvénile, les CAMSP mais aussi les CAF dans le cadre des réseaux de périnatalité

• Adapter l'offre de soins aux besoins de la population et à la possibilité de garantir une prise en charge sécurisée et de qualité

- Effectuer un bilan précis de la situation démographique des professionnels de la périnatalité à échéance de 5 ans
- Garantir la continuité et la permanence des soins au sein des maternités répondant aux normes et faire évoluer les maternités qui ne peuvent les assurer (restructurations dans le cadre de communautés hospitalières de territoires)
- Organiser l'accès et la prise en charge des urgences obstétricales (et notamment de l'hémorragie du postpartum en organisant un accès à l'embolisation) et des urgences gynécologiques
- Poursuivre la mise en œuvre des moyens de réduction de la mortalité maternelle (formations, travail en réseau sur les transferts in utero, respect des compétences de chaque niveau dans la gradation des soins)
- Encourager la démarche qualité de soins personnalisés au sein des maternités.
- Promouvoir les facteurs favorisant les relations d'attachement mère-enfant (allaitement, bientraitance, rapprochement parents/bébé...)
- Permettre aux équipes de mieux repérer les facteurs de risque tels que les consommations de substances psycho-actives, les violences faites aux femmes, les carences psychoaffectives chez la femme enceinte pour pouvoir mieux les orienter.

• Améliorer l'accès à l'assistance médicale à la procréation, au diagnostic prénatal et au diagnostic pré-implantatoire

- Améliorer la qualité et la répartition géographique des structures de diagnostic prénatal (DPN) avec notamment la création d'un deuxième CPDPN à Lens en lien avec celui du CHRU de Lille
- Améliorer la prise en charge génétique pré et postnatale, en augmentant les consultations décentralisées et le soutien psychologique (en mettant à disposition de l'équipe régionale de génétique du temps de psychologue pour ses consultations décentralisées)

- Améliorer la prise en charge en fœtopathologie, indispensable à la prévention des récives après une interruption médicale de grossesse pour malformation / syndrome poly-malformatif. Renforcer l'équipe de fœtopathologie et réfléchir aux moyens de faire transporter les corps sans que cela soit facturé aux couples.
- Améliorer l'annonce « d'une maladie ou d'une malformation » en période périnatale.

Améliorer la continuité de la prise en charge (filière de soins)

- Mieux impliquer les professionnels de première ligne (médecin généralistes, services d'urgences, laboratoires d'analyses biomédicales) dans la prise en charge des femmes enceintes
- Améliorer la cohérence du parcours de la femme enceinte entre la médecine de ville et l'hôpital
- Mieux structurer les consultations post-natales notamment pour les populations vulnérables (diminuer le risque d'IVG post-natal)
- Améliorer la prise en charge et le suivi à long terme des nouveaux nés en risque de développer un handicap, notamment en lien avec les structures médico-sociales
- Recentrer l'activité des réseaux de périnatalité sur une coordination des nouveaux nés vulnérables au sens de la définition de la circulaire « réseaux » de 2006 (Améliorer les collaborations entre les établissements de soins, les praticiens libéraux, la PMI, les CAMSP mais aussi la CAF dans le cadre des réseaux de périnatalité)

Améliorer l'efficience

- Diversifier les modes de prise en charge au sein des maternités de niveau 2 et 3 entre le suivi des grossesses à faible niveau de risque et le suivi des grossesses à risque (point qui mérite réflexion sur les niveaux de prise en charge en salle de naissance)
- Harmoniser les conditions de sortie anticipée ou précoce afin de garantir la sécurité des patientes
- Poursuivre la formation du personnel médical et paramédical afin d'adapter les messages aux populations vulnérables accueillies.

6.8. INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG)

Bilan du volet IVG du SROS III

- Garantir un accès à l'interruption volontaire de la grossesse sur l'ensemble de la région

La quasi-totalité des zones de proximité dispose d'un centre d'orthogénie. Toutefois les secteurs ruraux, notamment le sud de l'Avesnois (absence de centre sur la zone de proximité de Fourmies) et le secteur de St Pol, ont des difficultés d'accès à l'IVG.

La continuité de la prise en charge médicale est assurée au sein des établissements lorsque plusieurs médecins participent à l'activité d'IVG, qu'ils soient spécifiquement affectés à cette activité ou qu'ils soient affectés au sein du service de gynécologie obstétrique avec une participation à l'activité d'IVG formalisée.

- Garantir, au sein de chaque structure, un accès aux différentes techniques d'IVG

Dans la région, les IVG se répartissent pour moitié en IVG médicamenteuses et pour l'autre moitié en IVG instrumentales. Dans la moitié des structures, une méthode est presque exclusivement employée. Cette disparité des pourcentages de chaque méthode utilisée soulève la question de la prise en compte du choix des femmes. L'IVG instrumentale jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée est assurée sur l'ensemble des territoires, le plus souvent sous anesthésie générale.

L'équipement des centres d'orthogénie s'est amélioré, notamment en matériel nécessaire à l'entretien, à la consultation médicale et à l'examen clinique gynécologique des femmes. 19 structures disposent d'un échographe avec sonde endovaginale, suffisant pour réaliser une échographie de datation et vérifier une grossesse intra utérine. Un seul établissement ne dispose pas d'échographe dans les bureaux de consultations médicales (Lille).

- Garantir un accueil dans les meilleurs délais

La moitié des établissements répond aux recommandations de la haute Autorité de Santé (HAS), proposant un rendez-vous de consultation dans les 5 jours suivant l'appel. Le délai entre la prise de rendez-vous et la prise en charge varie de 1 jour à 3 semaines. Le délai de réflexion d'une semaine entre la consultation et la réalisation de l'IVG n'est pas respecté dans la totalité des structures. Le non respect des recommandations sur les délais de prise en charge est lié notamment à la difficulté de contacter par téléphone les centres d'orthogénie. Les femmes prennent de ce fait souvent l'initiative de se présenter directement en consultation pour prendre rendez-vous. L'accessibilité doit donc être améliorée.

- Garantir un accompagnement des patientes

Le soutien et l'accompagnement psychologique des femmes bénéficiant d'une IVG ne sont pas suffisamment organisés dans la moitié des structures. Un grand nombre de professionnels a bénéficié de la formation « de la loi à la pratique », ayant amélioré l'accueil et l'accompagnement des patientes. Il est proposé que cette formation perdure. L'accompagnement par une conseillère conjugale est jugé indispensable, notamment pendant les heures de présence des médecins (en consultation et en hospitalisation). A ce jour, les conseillères conjugales sont des professionnelles des centres de planification et non des centres d'orthogénie.

- Améliorer la formation médicale

Le nombre de médecins formés à l'IVG a progressé grâce à l'attestation organisée par la faculté de Lille. L'IVG demande effectivement un investissement de la part des médecins. Pour les médecins libéraux il est proposé de mettre en place une formation plus adaptée. Il est par conséquent proposé de mettre en place une formation plus adaptée à la pratique d'IVG médicamenteuse en ville.

- Intégrer dans la réflexion "périnatalité" du bassin de vie, la contraception, notamment dans le post-partum et dans les suites d'une interruption volontaire de grossesse

L'offre d'IVG a été intégrée dans la réflexion des réseaux de périnatalité grâce à des journées de réflexion associant l'ensemble des partenaires. De la même façon, le mouvement de planning familial a organisé des journées de formation délocalisées au niveau des territoires.

Objectifs du SROS-PRS

Ils s'articulent autour de deux axes:

FAVORISER UN ACCES A L'IVG PLUS PRECOCE SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE REGIONAL, EN RESPECTANT LE CHOIX DES FEMMES :

- Mieux structurer les centres d'orthogénie
 - Structurer au moins un centre d'orthogénie par zone de proximité
 - Intégrer dans la réflexion des maisons de santé l'accès à l'IVG
 - Mettre en place dans chaque centre d'orthogénie une ligne téléphonique dédiée, donnant des renseignements minimaux nécessaires
 - Equiper chaque centre d'orthogénie d'un échographe avec sonde endovaginale
 - Structurer un travail en réseau (de proximité) associant les professionnels impliqués dans la prise en charge de l'IVG et de la planification familiale (contraception)
- Améliorer l'accès à l'IVG, en respectant le choix de la femme, sur l'ensemble du territoire régional
 - Permettre à toutes les femmes s'interrogeant sur une IVG d'avoir accès dans les délais recommandés à une information satisfaisante
 - Améliorer l'information des femmes sur les différentes techniques (instrumentales, IVG médicamenteuse en établissement ou en ville), leur permettant ainsi un choix éclairé, et garantir, sur l'ensemble des zones de proximité, un réel choix
 - Prévoir une organisation pour l'accès à l'anesthésie générale par territoire de santé,
 - Promouvoir les alternatives à l'anesthésie générale, et notamment l'utilisation du MEOPA dans l'ensemble des centres
 - Favoriser l'implication des médecins libéraux et des centres de planification familiale dans la réalisation de l'IVG médicamenteuse
- Garantir, à toutes les femmes qui le souhaitent un accompagnement adapté
 - Assurer, au sein de chaque centre d'orthogénie, un accompagnement des femmes qui le souhaitent par un professionnel formé à l'écoute et à la planification familiale
 - Regrouper, au sein de chaque établissement de soins, les activités d'IVG dans un secteur défini ; assurer leur réalisation par du personnel formé

FAVORISER UNE PRISE EN CHARGE DE QUALITE SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE REGIONAL :

- Améliorer la formation à l'IVG et à la planification familiale des professionnels intervenant dans le champs de l'IVG et de la gynécologie-obstétrique
Poursuivre et élargir la formation des personnels médicaux et paramédicaux
Mettre en place une information des médecins généralistes, notamment en zone rurale, sur l'IVG, la contraception et la planification familiale (en lien avec l'URPS)
- Harmoniser les prises en charge au niveau régional
 - Elaborer un référentiel régional en s'appuyant en partie sur les recommandations HAS concernant l'IVG médicamenteuse
 - Organiser la diffusion des référentiels à l'ensemble des professionnels intervenant dans le cadre de l'activité IVG

6.9. PRISE EN CHARGE DES ENFANTS ET ADOLESCENTS

Bilan du SROS III

- Optimiser la prise en charge des enfants et des adolescents par les établissements de santé

Cette orientation se déclinait en 4 objectifs :

- garantir une offre de soins hospitalière pédiatrique graduée
- mieux organiser les prises en charge spécifiques
- développer les soins de suite et de réadaptation
- adapter les prises en charge aux spécificités des adolescents.

Concernant la meilleure organisation des prises en charge spécifiques, certaines sur-spécialités ont donné lieu à la création ou à la structuration d'un centre d'expertise régionale complété d'un réseau professionnel régional, ou à des formations pluri-institutionnelles de professionnels afin d'améliorer les prises en charge.

Concernant la prise en charge des enfants et adolescents en soins de suite et de réadaptation, il existe actuellement une implantation de SSR généralistes dans chaque territoire de santé, le Littoral en compte 3. En revanche, il n'existe qu'un seul centre lourd : le centre Marc Sautelet à Villeneuve d'Ascq.

Concernant, enfin, l'adaptation de la prise en charge aux spécificités des adolescents, 3 axes avaient été définis sans pour autant être formalisés dans un avenant au SROS :

- l'identification d'au moins une unité spécifique pour l'accueil des adolescents par territoire de santé n'a pas été réalisée
- il n'existe à ce jour que deux centres de crise dévolus spécifiquement à l'accueil des adolescents en crise : un sur la Métropole et sur le Littoral ; ailleurs les adolescents en crise sont généralement orientés vers les urgences ou la pédiatrie.
- Les formations multidisciplinaires et pluri-professionnelles ont, quant à elles, été instaurées et sont en cours de déploiement.

Mieux répondre à certaines situations particulières

Les travaux sur la prise en charge de la douleur, des soins palliatifs, des maladies chroniques, des enfants victimes de maltraitance ne sont pas finalisés. En revanche, la prise en charge des enfants souffrant d'obésité et de surpoids a été intégrée dans le volet ad hoc du SROS publié en avril 2009 et une organisation de celle-ci a été définie. Une démarche de labellisation des unités de prise en charge est en cours.

- Mieux coordonner les différents intervenants

Cette orientation visait à améliorer l'articulation entre le champ hospitalier et le champ ambulatoire, entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social. Cette démarche reste à poursuivre .

- Favoriser une approche globale de la santé des enfants et des adolescents

Cette orientation n'a pas été mise en œuvre.

En conclusion, si certains des objectifs ont été atteints, beaucoup reste à mettre en œuvre.

Les objectifs prioritaires pour le SROS PRS sont donc :

Orientations du SROS PRS

- Optimiser la prise en charge des enfants en structurant les filières de soins

- Améliorer l'offre pédiatrique de premier recours
- Garantir une offre de soins hospitalière pédiatrique graduée et articulée
- Prendre en compte, dans les prises en charges de l'enfant, les conséquences de la pathologie (douleur, recours aux soins palliatifs, souffrance psychique...)
- Structurer les filières de soins des maladies chroniques
- Améliorer la prise en charge des enfants en surpoids et obèses sur la base des recommandations nationales.

Améliorer la prise en charge des enfants victimes de maltraitance

Mieux repérer les enfants victimes de maltraitance

Organiser au niveau du territoire de santé des filières de diagnostic et de prise en charge notamment pour les violences sexuelles

- Améliorer la formation en pédiatrie des médecins généralistes
- Favoriser le dépistage le plus précoce possible du handicap
- Améliorer la prise en charge des enfants handicapés dans le système de soins, en articulant les actions avec celles des professionnels du secteur médico-social au cours des différentes étapes

6.10. MALADIES CHRONIQUES

En France, les maladies chroniques touchent 15 millions de personnes atteintes plus ou moins sévèrement, soit 20% de la population. Il s'agit à la fois des maladies transmissibles (hépatites chroniques, sida,...) et des maladies non transmissibles (maladies cardiovasculaires, diabète, obésité, asthme, cancers,...) responsables de 86% des décès et 77% de la charge de morbidité en Europe.

Pour la région Nord-Pas-de-Calais, la situation est d'autant plus préoccupante que l'incidence et la prévalence de certaines maladies non transmissibles est supérieure au niveau national : c'est le cas pour les maladies respiratoires, le diabète, les maladies cardiovasculaires, l'obésité et la plupart des cancers. De plus, la région a le triste record de la mortalité prématurée évitable (avant 65 ans) pour les deux sexes.

Le Plan Régional de Santé Publique 2007/2011 avait déjà permis de développer des actions autour de cinq axes :

- le risque cardiovasculaire,
- la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (prioritairement de broncho-pneumopathie chronique obstructive - BPCO et d'asthme),
- VIH – Sida – Hépatites,
- les cancers
- la santé mentale (et en particulier la dépression).

Le SROS III avait par ailleurs intégré plusieurs volets spécifiques (diabète, insuffisance rénale, obésité).

Tout en s'articulant avec les plans nationaux (plan cancer, plan Alzheimer et maladies apparentées, plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, plan national maladies rares, plan obésité, plan AVC, plans Hépatites et VIH...), la politique de santé régionale, définie au travers de son Projet Régional de Santé, aura pour objectif d'une part, de diagnostiquer au plus tôt les maladies pour une meilleure efficacité des traitements et d'autre part, de maintenir la qualité de vie des personnes au travers de différentes actions de prévention, d'organisation des parcours de soins et d'accompagnements médico-sociaux permettant la récupération ou la compensation des incapacités fonctionnelles.

Les programmes spécifiques consacrés à ces maladies chroniques et déclinés dans le cadre des priorités de santé du PRS gagneront également à reprendre cette dimension transversale du parcours de santé plaçant le patient au cœur du dispositif.

Ainsi, et comme cela a déjà été spécifié dans le Plan stratégique régional de santé, les leviers majeurs permettant d'améliorer l'efficacité et l'efficience des parcours de soins passent par une action concertée sur les déterminants de santé, la connaissance des facteurs de risque et des pathologies, leur repérage précoce ainsi qu'un découplage des secteurs (prévention, ambulatoire, hospitalier et médico-social) pour coordonner les parcours de santé.

Concernant plus spécifiquement le champ de l'organisation des soins, quatre axes d'intervention peuvent ainsi être décrits :

- Améliorer nos connaissances sur les pathologies chroniques, leurs déterminants et leur prise en charge
- Repérer les facteurs de risque et dépister les maladies chroniques
- Faciliter l'entrée des malades chroniques dans les soins de premier recours
- Créer les conditions d'un parcours de santé personnalisé, coordonné, pluridisciplinaire et s'inscrivant dans le long terme

Ceci se traduit par les orientations suivantes :

- Développer les connaissances épidémiologiques sur les maladies chroniques
- Développer un volet recherche sur les déterminants de santé et sur l'analyse des parcours de soins
- Renforcer les mesures de repérage précoce et de dépistage organisé
- Faciliter l'entrée précoce du patient dans des soins de premier recours coordonnés par le médecin traitant
- Informer les patients et les professionnels de santé sur les maladies et l'offre de soins par territoire
- Disposer d'une offre graduée d'éducation thérapeutique sur l'ensemble du territoire régional (cf. volet ETP du schéma)
- Structurer les coordinations territoriales de prise en charge (entre premier recours et recours spécialisé)
- Développer la formation pluridisciplinaire des professionnels de santé au diagnostic et au suivi des maladies chroniques
- Développer des expérimentations de dossier partagé et de télémédecine autour de la prise en charge patients atteints de maladies chroniques

Toutes ces orientations doivent s'inscrire dans un cadre éthique bien défini et dans le respect des droits de tous les usagers à un parcours de santé de qualité.

6.11. DIABETE

Selon le dernier rapport de la Société Française du Diabète, la prévalence du diabète en France a augmenté de 5,9% par an sur 12 ans, suivant l'exacte progression de l'obésité. Le nombre de diabétiques est passé, en moins de 10 ans, de 1,6 million à 2,9 millions de personnes. Le coût de leur prise en charge a doublé et approche les 14 milliards d'euros en 2009, soit 10% des dépenses d'assurance maladie (dont 40% liées à l'hospitalisation). Ce coût est estimé en moyenne à 5.300 € par an et par patient (de 3.600 € pour un diabétique de type 2 sous traitement médicamenteux à 65.000 € pour un patient dialysé).

La région Nord-Pas-de-Calais comptait, en 2007, plus de 160.000 personnes diabétiques. Le taux de prévalence y est de 3,8%, alors que le taux national est de 3,06%. Ce taux est en constante évolution ; la région devrait ainsi compter 210.000 diabétiques en 2025.

L'enjeu majeur de santé publique consiste donc à éviter les complications liées au diabète.

Bilan du SROS III

Les objectifs généraux du SROS III en diabétologie étaient, de manière synthétique :

- Éviter l'entrée des personnes dans la maladie
- Améliorer la prise en charge des personnes diabétiques sur la base des recommandations de bonnes pratiques.

Des objectifs opérationnels ont été déclinés à partir de ces deux objectifs généraux :

1. Diminuer la prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'adulte et chez l'enfant :
 - Améliorer le repérage des patients hospitalisés en surpoids présentant des facteurs de risque cardio-métaboliques ou obèses, par le recueil systématique de l'IMC des patients et des facteurs de risque cardio-métaboliques dans les dossiers médicaux.
 - Informer et orienter ces patients afin qu'ils bénéficient d'une prise en charge adaptée.
2. Disposer dans chaque territoire de proximité d'au moins un service hospitalier développant l'ensemble des activités de diabétologie de proximité :
 - hospitalisation conventionnelle (HC)
 - soin au pied diabétique
 - partenariat ville hôpital
 - éducation thérapeutique du patient
 - prise en charge des femmes présentant un diabète pré gestationnel.
Nota : Cet objectif a également été inscrit dans le contrat DHOS-ARH.
3. Offrir un traitement par pompe à insuline portable à tous les patients le nécessitant dans leur bassin de vie
 - Développer l'évaluation des pratiques et l'harmonisation du recueil des données
 - Favoriser les activités de recours régional et d'innovation

Le constat est actuellement le suivant :

1. Si l'offre de soins s'est structurée dans la plupart des établissements, elle reste inégalement répartie sur l'ensemble du territoire de la région Nord Pas de Calais.

Dans le bassin de vie de la Métropole, les établissements sont, en général, bien organisés sur les différents segments de prise en charge. La démographie médicale y est satisfaisante. Seul, le territoire d'Hazebrouck apparaît déficitaire mais le territoire est petit et Armentières est très proche.

Sur le Hainaut, le centre hospitalier de Valenciennes possède une organisation, un plateau technique et un nombre de praticiens satisfaisants.

A Cambrai, Fourmies et Maubeuge, les services se sont structurés mais les équipes restent fragiles.

Sur le Littoral, les établissements sont correctement organisés et pourvus en médecins endocrinologues à l'exception du CH de Calais qui ne parvient pas à répondre aux besoins de la population. Dans cet établissement, les objectifs d'activités de diabétologie de proximité ne sont pas atteints du fait de l'insuffisance de moyens humains. Ceci est d'autant plus préoccupant que l'établissement dispose d'une maternité de niveau III et que les parturientes ne peuvent bénéficier d'une prise en charge en endocrinologie suffisante. D'autre part, il n'existe pas de réseau de soins sur ce territoire.

Dans le bassin de vie de l'Artois, Arras, Béthune et Douai sont bien organisés et correctement pourvus en praticiens hospitaliers. Sur le territoire de Lens, l'activité en diabétologie est dispersée et le service de diabétologie du centre hospitalier de Lens est toujours en difficulté malgré l'appui des médecins du centre hospitalier de Béthune. Une convention sur l'organisation de l'offre de soins en endocrino-diabétologie a été signée entre les établissements hospitaliers d'Arras, Béthune, Lens et Hénin-Beaumont, ce qui peut permettre à terme de rééquilibrer l'offre de soins.

2. L'offre de soins apparaît très liée à la démographie médicale en particulier hospitalière. Si l'on constate une progression incontestable du nombre d'endocrinologues hospitaliers (+ 50%), celle-ci présente toujours une répartition inégale entre les territoires de santé.

C'est dans le Hainaut que cette répartition est la plus inégale et que le ratio population par praticien hospitalier est le plus élevé. C'est aussi dans ce territoire de santé que le ratio patients diabétiques traités par rapport à la population protégée est le plus élevé. Cette inégalité d'accès à un spécialiste en endocrinologie est encore accentuée par le fait que les spécialistes libéraux sont installés sur la métropole lilloise et dans les grandes villes en périphérie. Les villes de Maubeuge et Calais en particulier sont en grande difficulté car l'insuffisance en praticiens hospitaliers n'est pas compensée par la présence de libéraux installés en ville. Dans le bassin de vie de l'Artois, le secteur de Béthune concentre sur un même territoire un nombre élevé de praticiens hospitaliers et de praticiens libéraux au détriment du secteur de Lens. Enfin, certaines zones de proximité sont totalement dépourvues de médecins endocrinologues hospitaliers : il s'agit des secteurs Flandre Lys et Berck Montreuil.

En sus des questions de moyens, d'autres obstacles au développement de l'activité de diabétologie sont évoqués. Il s'agit en particulier de l'insuffisance de valorisation d'activités essentielles dans la prise en charge des personnes diabétiques comme la diététique ou la remise à l'activité physique, ce qui nuit à leur développement en ville et handicape les services qui les dispensent à l'hôpital.

L'autorisation et le financement éventuel des programmes d'éducation thérapeutique en ville et à l'hôpital est de nature à améliorer la prise en charge des patients.

3. L'élaboration et la parution d'un volet consacré au surpoids et à l'obésité ainsi que la démarche de labellisation mise en œuvre constituent un point fort de la réalisation des objectifs du SROS diabétologie.

Tous les bassins de vie développent la pose et le suivi des pompes à insuline ambulatoires et la prise en charge du diabète pré gestationnel. On remarque cependant une certaine dispersion des sites en ce qui concerne le diabète pré gestationnel.

En matière de prise en charge de l'urgence en diabétologie, il existe un accueil spécifique des urgences diabétologiques au CHRU et nulle part ailleurs. Des procédures écrites existent en revanche dans 10 établissements de santé sur 24.

Orientations du SROS PRS

- Poursuivre le renforcement des établissements ne remplissant pas les objectifs définis : développement de l'ensemble des activités de diabétologie de proximité
- Réfléchir au renforcement de la démographie médicale dans les zones déficitaires (voir programme)
- Développer la délégation de tâches vers les pédicures podologues pour la gradation du risque podologique, vers les infirmiers ou les orthoptistes pour l'utilisation des rétinographes non mydriatiques, vers les infirmières d'éducation hautement spécialisées pour le suivi des patients
- Créer ou dédier quelques lits d'HAD (3 à 5) dans chaque bassin de vie pour la prise en charge du pied diabétique
- Expérimenter l'idée d'équipes mobiles de diabétologie composées d'une infirmière et d'une diététicienne spécialement formées rattachées à une coordination régionale et qui interviendraient à la demande des services et des établissements non spécialisés voire dans les établissements médicosociaux.
- Renforcer la prévention primaire avec l'ensemble des acteurs concernés, renforcer le dépistage précoce.
- Prioriser l'accès aux soins des personnes les plus vulnérables
- Favoriser en particulier le dépistage du diabète gestationnel et le suivi des femmes (jusqu'à 18% des grossesses sont concernées)
- Développer et coordonner les actions d'éducation thérapeutique; bien différencier dans l'éducation thérapeutique, l'éducation technique du patient et son accompagnement dans le changement
- Renforcer la coordination des acteurs ville/hôpital pour la gestion des parcours de soins complexes: bien définir les missions de chacun entre ce qui doit revenir à la diabétologie hospitalière, à la diabétologie libérale, aux services de médecine non spécialisée et aux médecins traitants
- Mettre en place des programmes de suivi ambulatoire post-hospitalisation et des protocoles de prévention des hospitalisations évitables pour les personnes âgées fragilisées ou dépendantes
- Affiner les indicateurs de suivi
- Poursuivre la formation des professionnels de santé à l'éducation thérapeutique et l'évaluation des pratiques avec la mise en place d'un label de qualité
- Développer les techniques d'information médicale, la télémédecine et la télé expertise notamment dans la prévention de la rétinopathie diabétique ; développer l'exploitation du web pour le patient sur le plan diététique

6.12. OBESITE

Rappel des objectifs du SROSIII

Objectif général

- Contribuer à la réduction de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'adulte, et à l'interruption de la croissance de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'enfant

Objectifs opérationnels

- Améliorer la prise en charge des enfants et adolescents obèses
 - Offrir une prise en charge à l'hôpital conforme aux recommandations dans chaque zone de proximité
 - Offrir une prise en charge en SSR conforme aux recommandations dans chaque bassin de vie
- Améliorer la prise en charge des adultes en surpoids et obèses
 - Améliorer le repérage et les conditions d'hospitalisation dans les établissements de santé
 - Offrir une prise en charge à l'hôpital du patient obèse conforme aux recommandations dans chaque zone de proximité
 - Offrir une prise en charge en SSR du patient obèse conforme aux recommandations et dans chaque bassin de vie
 - Offrir une prise en charge en chirurgie bariatrique du patient obèse conforme aux recommandations dans chaque bassin de vie
- Disposer d'un centre régional de ressources et d'expertise pour le patient obèse

Bilan du SROS III

- La prévalence de l'obésité et du surpoids reste élevée dans la région (20,5% chez l'adulte contre 14,5% au niveau national). Chez l'enfant rentrant en CP, le pourcentage moyen d'obèses est de 4% (contre 3% au niveau national) et de 12,8% si on intègre les enfants en surpoids. Ces chiffres présentent de grandes disparités selon les zones de proximité.
- La coordination ambulatoire pluridisciplinaire a pu se développer via quelques réseaux mais, là aussi, avec une grande hétérogénéité territoriale.
- Le programme de labellisation des unités de prise en charge médicales, chirurgicales et SSR est en cours, afin de réaliser un maillage territorial cohérent et homogène.

Une première vague de labellisation a été réalisée en ce qui concerne les unités médicales enfants, les unités médicales adultes, les unités chirurgicales. Le bilan régional actuel des labellisations accordées est le suivant :

- 12 établissements labellisés
- 18 unités labellisées

Par territoire de santé, les labellisations se déclinent de la manière suivante :

- Artois : 6 unités labellisées dans 4 établissements : 1 unité médicale enfant, 3 unités médicales adulte, 2 unités chirurgicales

- Hainaut : 2 unités labellisées dans 1 établissement : 1 unité médicale adulte, 1 unité chirurgicale
- Littoral : 5 unités labellisées dans 3 établissements : 2 unités médicales enfant, 2 unités médicales adulte, 1 unité chirurgicale
- Métropole : 5 unités labellisées dans 4 établissements : 1 unité médicale enfant, 2 unités médicales adulte, 2 unités chirurgicales

Concernant les SSR, la procédure de labellisation interviendra à l'issue des visites de conformité consécutives à l'autorisation des nouvelles mentions prévues par les décrets de 2008.

- Le centre régional de ressources reste à labelliser.
- L'amélioration du repérage est à évaluer.

Orientations en matière d'organisation des soins

Ces mesures seront tout particulièrement axées vers les personnes fragiles souvent concernées par l'obésité : personnes en situation de vulnérabilité sociale et économique, personnes âgées, personnes en institution (handicap, psychiatrie), personnes atteintes de certaines maladies rares.

- Systématiser le repérage précoce chez l'enfant
- Organiser la prise en charge pluridisciplinaire de premier recours (dès le repérage et autour du médecin traitant)
- Disposer d'une offre graduée d'éducation thérapeutique pour les personnes obèses sur l'ensemble du territoire régional (cf volet ETP)
- Structurer les coordinations territoriales de la prise en charge de l'obésité (entre premier recours et recours spécialisé)
- Informer le grand public, les malades et les professionnels sur la maladie et sur l'offre de soins par territoire (proximité et accessibilité)
- Renforcer la formation des professionnels de santé (et notamment les médecins généralistes) à la prise en charge de l'obésité
- Identifier les centres spécialisés et intégrés pour la prise en charge de l'obésité sévère et l'organisation de la filière de soins dans les régions
- Assurer l'accès pour les patients atteints d'obésité sévère et/ou compliquée à des prises en charge adaptées en SSR
- Assurer le transport sanitaire bariatrique

6.13. SOINS AUX PERSONNES AGEES (DONT SOINS DE LONGUE DE DURÉE ET PLAN ALZHEIMER)

Bilan du SROS III

La gériatrie en court séjour

Le SROS III se basait sur la circulaire gériatrique de mars 2002. Or la circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007, relative à la filière de soins gériatriques, a beaucoup plus organisé et défini la filière, grâce notamment aux cahiers des charges qu'elle fournissait pour les courts séjours gériatriques (CSG), les hôpitaux de jour et consultations multidisciplinaires, les équipes mobiles de gériatrie (EMG), et la filière elle-même. Une procédure régionale de labellisation des filières de gériatrie a été mise en place par l'ARH Nord-Pas-de-Calais dès 2008 et a été poursuivie par l'ARS. Ce sont ainsi 7 labellisations qui sont intervenues sur 6 zones de proximité.

Les implantations du SROS III mêlaient, d'autre part, CSG et UMPG (unité de médecine polyvalente et gériatriques). En effet, vu le peu de développement existant en 2006 de la gériatrie, peu d'établissements étaient en capacité de respecter la base de la circulaire de 2002 qui voulait que le CSG «*dispose d'un savoir-faire gériatrique, permettant une prise en charge globale de la personne. Cette prise en charge est le fait d'une équipe pluridisciplinaire, volontaire et formée à la gérontologie ...et chaque établissement site d'urgences en possède un*». Désormais cette recommandation est respectée dans la plupart des établissements site d'urgences. Par ailleurs les CSG et hôpitaux de jour sont des unités soumises à déclaration individualisée d'activité au sein du PMSI. Il devient donc nécessaire de donner une reconnaissance, une labellisation, aux unités de CSG. En septembre 2011, ce sont 25 CSG qui sont déclarés par les établissements et 12 hôpitaux de jour gériatriques.

Enfin, les EMG ont été créées grâce aux financements MIGAC issus du plan urgences 2004-2008. Il en existe 18 qui œuvrent dans 12 zones de proximité. 3 zones de proximité n'en possèdent pas.

Pour le SROS PRS, il conviendra de prendre en compte le rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) de juin 2011, qui préconise que toute politique d'aide à l'autonomie des personnes âgées cherche à améliorer la continuité de leur parcours de santé en :

- adaptant le système de soins à la place grandissante de la chronicité des polyopathologies
 - organisant très strictement la succession des interventions cliniques et techniques pour les épisodes présentant les plus grands risques évitables de suites invalidantes.
-
- Les soins de suite et de réadaptation (SSR) « affections des personnes âgées poly pathologiques dépendantes ou à risque de dépendance »
Le plan « Solidarité grand âge » a permis le renforcement des équipes gériatriques des SSR. Suite à la publication des décrets de 2008 sur les SSR, et à la révision du volet correspondant du SROS III (octobre 2009), une première vague de reconnaissances d'unités spécialisées a eu lieu en 2010 puis en 2011. Ainsi, au 01/09/2011, ce sont 45 sites de SSR spécialisés qui ont été reconnus, permettant ainsi de répondre à des besoins de prise en charge de proximité. Un cahier des charges sur l'hôpital de jour gériatrique de SSR devrait par ailleurs être publié par la DGOS fin 2011.

Les unités de soins de longue durée (USLD)

Le SROS III prévoyait la réalisation d'un travail complémentaire car la réforme des USLD était annoncée mais son contenu n'était pas encore connu. Dans la région, la requalification juridique des USLD (détermination des capacités devant rester dans le champ sanitaire et des capacités devant basculer dans le champ médico-social sous forme de lits d'établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes) s'est terminée en 2010 : 29 sites sont restés USLD, pour une capacité totale de 1.640 lits. Un site supplémentaire devrait être individualisé en 2012, par un transfert de lits, et donc à capacité régionale constante.

Un décret fixant les nouvelles missions des USLD requalifiées est attendu en 2012, suite à une enquête nationale organisée sur la fin de l'année 2011 (coupe PATHOS et enquête sur les moins de 60 ans). Un avenant au SROS-PRS pourra alors être élaboré.

Les réseaux de santé gérontologiques

Ils sont au nombre de 8 et ne couvrent pas la moitié de la région.

Le plan Alzheimer 2008-2012

La circulaire de 2005 qui organisait les consultations mémoire n'a pas été prise en compte lors de l'élaboration du SROS III. Seul le centre mémoire de ressources et de recherche (CM2R) du CHRU était mentionné dans le SROS ; ce centre a été labellisé par le ministère de la santé, en 2009, concernant la recherche et la prise en charge des malades jeunes.

Cependant les financements MIGAC issus du plan Alzheimer 2003-2007, puis du 3^{ème} plan, ont permis l'augmentation du nombre de lieux de consultation et le renforcement des équipes. Il existe aujourd'hui 18 sites de consultation mémoire labellisés par l'ARS. Chaque zone de proximité est dotée d'au moins une consultation.

Une nouvelle circulaire sur les consultations mémoire et le CM2R est attendue pour fin 2011.

D'autre part, le plan Alzheimer 2008-2012 fixe de nouvelles structures à identifier dans les établissements de santé :

- des unités cognitivo-comportementales (UCC) en SSR, accueillent des patients Alzheimer à l'issue d'une hospitalisation en court séjour ou en cas de crise aigue à domicile : 10 sont reconnues en septembre 2011 dont 8 ouvertes (12 prévues à fin 2012).
- des unités d'hébergement renforcées (UHR) en USLD, pour les malades ayant des troubles sévères du comportement, sous forme de petites unités qui les accueillent nuit et jour, qui soient à la fois lieux d'hébergement et lieux d'activités et de soins : 12 sont reconnues en septembre 2011 sur un total de 16 possibilités dans la région à échéance de 2012

La création de ces unités est complétées par de nombreuses mesures médico-sociales dont la mise en œuvre doit se faire en lien avec le secteur sanitaire. Le plan Alzheimer doit ainsi être intégré au PRS et ses déclinaisons dans les schémas.

Orientations

1/ « Inscrire les filières de soins gériatriques dans une dynamique d'organisation territoriale négociée dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens sur la base de référentiels d'organisation des soins » (circulaire 2007) dans chaque zone de proximité, en plaçant le médecin traitant au cœur du dispositif, ces filières doivent être labellisées par l'ARS.

2/ Poursuivre le développement de la gériatrie hospitalière pour que toute zone de proximité dispose d'au moins un établissement support (ou un regroupement d'établissements) entraînant une dynamique interne (avec un temps d'IDE coordinateur, référent hospitalier des patients et familles, positionné dans chaque unité gériatrique). L'établissement ou le groupement d'établissements support doit offrir au moins les équipements suivants :

- Un court séjour gériatrique (CSG) labellisé par l'ARS ;
- Un hôpital de jour gériatrique et mémoire (HDJ) couplée à une consultation multidisciplinaire d'évaluation gériatrique, spécialisée ou non, pouvant être mutualisée entre plusieurs établissements de santé, labellisé par l'ARS ;
- Une équipe mobile gériatrique (EMG), pouvant être mutualisée entre plusieurs établissements de santé ;
- Un ou plusieurs services de soins de suite et de réadaptation appropriés aux besoins des personnes âgées poly pathologiques dépendantes ou à risque de dépendance (comportant un temps d'IDE coordinateur qui participe à la fluidité des parcours sur le territoire) ;
- Les USLD du secteur (dans l'attente d'un nouveau décret fixant leurs missions).

3/ Privilégier, chaque fois que possible, et en lien avec les médecins traitants, les entrées directes en services de médecine et de chirurgie (pas seulement en gériatrie), ou en SSR (sans passage par les urgences).

4/ Favoriser le développement des alternatives à l'hospitalisation (prise en charge des personnes âgées au sein d'hôpitaux de jour ; en HAD ; prise en charge des personnes âgées dépendantes dans les réseaux de santé) pour réduire les hospitalisations.

5/ Développer les prises en charge gériatriques dans le cadre de SSR spécialisés de proximité et les articuler avec les prises en charge en ambulatoire (libérales et des services) et les dispositifs et structures dédiés aux personnes atteintes de maladies d'Alzheimer et apparentées (en particulier les UCC)

6/ Reconnaître la place des EMG comme référents hospitaliers de secteur géographique pour les autres acteurs (libéraux, médico-sociaux, sociaux), avec un numéro de téléphone individualisé

7/ Développer la prévention et l'éducation du patient en établissement de santé à partir des plateaux de consultations et des hôpitaux de jour.

8/ Développer des partenariats spécialisés et/ou formations pour améliorer les prises en charge ; identifier pour cela des référents pour la filière gériatrique de secteur ; viser la formation des personnels des urgences, le renforcement des liens avec les dispositifs de santé mentale, le développement de la coopération avec les acteurs de l'oncologie, des soins palliatifs, de la douleur ; développer une expertise sur la prise en charge des soins somatiques chez les personnes handicapées vieillissantes ; prévenir le risque infectieux.

9/ Développer les partenariats avec le secteur médico-social (EHPAD/SSIAD/HAD) pour mieux organiser la prise en charge dans le cadre de parcours coordonnés.

10/ Inciter les établissements et services à participer au développement de l'aide aux aidants ; intégrer l'aidant dans les dispositifs d'annonce et développer ses compétences dans l'accompagnement ; organiser les actions de soutien individuel ou collectif.

11/ Soutenir et encourager la politique de formation gériatrique régionale (validation des acquis de l'expérience, développement de nouvelles compétences ou soutien à de nouvelles formations universitaires...) et valoriser les métiers en lien avec le Conseil régional

12/ Inscrire dans une démarche coordonnée et territoriale les prises en charge pour les malades Alzheimer ou de troubles apparentés et leurs familles, en lien avec le secteur médico-social (personnes âgées et personnes handicapées).

6.14. TRAITEMENT DU CANCER

Bilan du SROS III (volet récent adopté en 2008)

Le Plan Cancer I a conduit à une redéfinition de la stratégie d'action des régions en matière de cancérologie. Le volet cancer du SROS III s'appuie sur les décrets et l'arrêté de mars 2007 qui découlent du Plan Cancer. Ces textes réglementaires introduisent un régime d'autorisation pour les activités de soins de traitement des cancers (chimiothérapie, chirurgie des cancers, radiothérapie, curiethérapie et radiothérapie interne vectorisée) et définissent les conditions qualitatives et quantitatives qui sous-tendent les autorisations. Ils visent à harmoniser les pratiques, de manière à garantir des soins de qualité pour tous les patients atteints de cancer quelque soit leur lieu de prise en charge.

Il ressort du bilan de mise en œuvre du SROS III les principaux éléments qui suivent. Ce bilan sera complété ultérieurement par les conclusions issues de la réalisation des visites de conformité dans les établissements autorisés.

- La mise en place du Réseau Régional de Cancérologie

Le réseau, créé en 2004, a travaillé jusqu'en 2008 sur l'élaboration et la validation des référentiels régionaux et a réalisé un état des lieux de l'organisation des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP). Le réseau travaille actuellement à l'information des RCP, étape indispensable avant le déploiement du dossier communiquant en cancérologie (DCC) au niveau national.

- La création du Pôle régional de cancérologie

Le pôle repose sur la création d'un GCS formé par le CHRU de Lille et le Centre Oscar Lambret (COL) et dénommé « Centre de Référence Régional en Cancérologie ». Son objectif est d'améliorer la prise en charge des patients atteints de cancer en mettant en commun des compétences, notamment médicales, et en investissant dans des équipements innovants. Le C2RC a ainsi pu mettre en place, avec le soutien de l'INCa et du Conseil régional, plusieurs projets tels que :

- le développement de plateaux techniques communs : chirurgie mini-invasive par robot à l'hôpital Huriez ; radiothérapie intra cérébrale par gamma knife à l'hôpital Salengro ; radiothérapie robotisée par cyberknife au COL ; tumorotheque et biologie moléculaire ; urétéroscopie laser en coopération avec le centre hospitalier de Seclin.
- la mutualisation des compétences sur des sujets spécialisés : oncogériatrie, « os et cancer », prise en charge des sarcomes, ONCODIM 2, réseau régional des cancers.

- L'oncopédiatrie

La région Nord-Pas-de-Calais dispose de deux structures autorisées pour la prise en charge des cancers de l'enfant et de l'adolescent : le CHRU de Lille et le Centre Oscar Lambret. Elles se sont organisées avec les CHRU d'Amiens et de Rouen ainsi qu'avec le Centre Henri Becquerel (CLCC) pour le recours en oncologie pédiatrique pour la partie Nord Ouest de la France (Nord-Pas-de-Calais, Picardie et Haute Normandie). Cette organisation hospitalière interrégionale a été reconnue par l'INCA (ainsi que 6 autres organisations).

- L'oncogénétique

L'activité d'oncogénétique est répartie entre plusieurs équipes médicales appartenant au CHRU de Lille et au Centre Oscar Lambret. Des consultations avancées ont été mises en place sur chaque territoire, au centre hospitalier de Lens, au centre hospitalier de Valenciennes et, plus récemment, au centre hospitalier de Boulogne. Avec la montée en charge des consultations avancées, l'activité d'oncogénétique a augmenté : depuis 2004, le nombre de consultations effectuées par l'équipe de CHRU de Lille a plus que doublé.

- L'organisation de l'offre de soins

Les premières autorisations pour les activités de soins de traitement du cancer ont été délivrées en octobre 2009 sur la base des conditions réglementaires et des OQOS. Ceci a permis de maintenir une offre de soins sur l'ensemble des territoires pour les principales pathologies cancéreuses soumises à seuil. Force est de constater que les établissements de santé privés de la région ont anticipé la démarche d'autorisation en redistribuant leurs activités de manière à maintenir des volumes d'activité supérieurs au seuil requis. En revanche, la délivrance des autorisations a eu des impacts plus importants sur les établissements de santé publics. Le maintien de certaines autorisations est conditionné par le développement de coopération inter établissements.

- La sécurité et la qualité des soins

Les établissements autorisés doivent respecter des conditions de prise en charge qui participent à la qualité des soins telles que :

- la pluridisciplinarité, qui se traduit notamment par la mise en œuvre des RCP. Les RCP ont permis d'enregistrer, en 2010, 56.035 dossiers dont 38.589 ont été discutés (soit 79% de la totalité des dossiers présentés). Le réseau régional de cancérologie a dénombré 123 RCP dans la région. Elles sont organisées le plus fréquemment autour des pathologies digestive, urologique, pneumologique, gynécologique et sénologique. Il reste que certaines RCP ne fonctionnent pas de manière satisfaisante (quorum, fréquence des réunions, nombre de dossiers présentés). Une réduction du nombre de RCP est attendue en recourant davantage à la visioconférence.
- l'adhésion à un centre de coordination en cancérologie (3C) : les 3C ont une mission axée sur la démarche qualité au sein des établissements autorisés en cancérologie. Leur mise en place a été progressive et a été accompagnée par une enveloppe financière de plus de 980.000 €. Actuellement, tous les établissements autorisés adhèrent à l'un des 13 « 3C » de la région.
- l'accès aux soins de support : les soins de support englobent le dispositif d'annonce, la prise en charge psychologique, nutritionnelle,... Les visites de conformité permettront de faire le point sur les organisations mises en place au sein des établissements. Il convient de souligner le projet de repérage précoce et de prise en charge de la dénutrition chez les patients atteints d'un cancer digestif ou ORL financé par l'ARS ; 17 établissements regroupés autour de 9 3C participent à ce projet expérimental.

Des objectifs ne sont pas atteints :

- l'organisation de la radiothérapie interne vectorisée qui nécessite l'engagement d'une réflexion pour définir la place des centres de médecine nucléaire dans le dispositif de soins ;
- le développement de la chimiothérapie à domicile par l'intermédiaire notamment des HAD.

Objectifs du volet actuel

Les objectifs du SROS s'inscrivent dans la continuité du volet cancer du SROS III. Ils répondent à l'axe « Consolider l'offre de soins en cancérologie et garantir la qualité des prises en charge sur l'ensemble des territoires » du Programme régional cancers 2011-2015 (programme appréhendant la globalité de la cancérologie et élaboré en concertation avec le Conseil Régional).

Consolider l'organisation autour des établissements autorisés aux activités de traitement du cancer :

- Développer les coopérations hospitalières et favoriser les mutualisations des ressources notamment en ce qui concerne les personnels médicaux
- Veiller au respect des autorisations
- Assurer un suivi des recommandations formulées à l'issue des visites de conformité
- Mener des actions en faveur de la démographie des professions de santé : accueil des internes en oncologie dans les établissements autorisés en chimiothérapie, mise en œuvre de la procédure de validation des acquis dès finalisation au niveau national

Garantir une offre de soins territoriale accessible et cohérente :

- Veiller à maintenir une offre de soins de proximité pour les activités de chimiothérapie et de chirurgie des cancers pour les pathologies les plus fréquentes (mammaire, digestive, urologique et gynécologique)
- Veiller à maintenir une offre de soins territoriale pour la radiothérapie et la chirurgie carcinologique thoracique
- Veiller à organiser les filières de prise en charge, pour les pathologies les plus fréquentes, au sein des territoires de santé
- Procéder à une révision des implantations dans les deux ans : stabilisation du dispositif autorisé (recul de 4 ans par rapport à la délivrance des autorisations en octobre 2009 et cessation des activités de chirurgie des cancers non autorisée) ; prise en compte des modifications éventuelles des seuils nationaux
- Conforter l'organisation de l'oncogénétique
- Développer la chimiothérapie à domicile

Optimiser l'organisation des Réunions de Concertation Pluridisciplinaires en Cancérologie (RCP) :

- Préserver l'organisation des établissements de santé en inter-établissements
- Garantir des RCP répondant aux critères de qualité définis par l'INCa
- Favoriser le recours à la visioconférence

Renforcer les démarches qualité et promouvoir les bonnes pratiques :

- Poursuivre la mise en œuvre des 3C : coordination régionale sous l'égide du RRC, définition d'un plan d'action régional annuel, ...
- Définir un cahier des charges pour les établissements associés pour l'activité de chimiothérapie
- Mettre en place une unité de reconstitution des anticancéreux (URCC) dans l'ensemble des établissements autorisés pour la chimiothérapie

Veiller à la qualité des soins en radiothérapie (externe et interne vectorisée) :

- Faciliter la mise en commun des travaux conduits par l'Autorité de Sûreté Nucléaire et l'ARS
- Réorganiser l'offre de soins en médecine interne vectorisée sur le principe d'une structuration en deux niveaux de traitements (ouverture des services de médecine nucléaire à une activité de cancérologie définie)

Densifier et moderniser les plateaux techniques d'imagerie médicale, d'anatomopathologie et de biologie :

- Réaliser un état des lieux régional
- Favoriser une structuration en filière par pathologie d'organe et par territoire

Soutenir les innovations technologiques :

- Favoriser le financement des projets innovants intégrant notamment des programmes de recherche clinique

Favoriser la cohérence et la fluidité des parcours de santé :

- Favoriser la coordination des soins entre les établissements de santé et les médecins traitants
- Procéder à une analyse des délais de prise en charge
- Favoriser l'articulation des services de soins avec les dispositifs d'addictologie (tabac, alcool)

Déployer des systèmes d'information favorisant des prises en charge médicale efficiente et de qualité :

- Mettre en œuvre le Dossier Communiquant en Cancérologie après finalisation de la démarche par l'ASIP
- Développer la télésanté appliquée à l'expertise en cancérologie

6.15. SOINS PALLIATIFS

Bilan du SROS III

Les soins palliatifs ont fait l'objet de deux programmes nationaux successifs, l'un sur la période 2002-2005 et le dernier sur 2008-2012. Les objectifs du volet soins palliatifs du SROS se sont appuyés sur le 1^{er} programme. Il ressort du bilan :

- Une densité de l'offre de soins

Avec 230 lits dédiés répartis dans 22 unités de soins palliatifs (USP), 229 lits identifiés de soins palliatifs (LISP) et 22 équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP), le Nord-Pas-de-Calais figure parmi les régions les mieux dotées en offre de soins. Le taux minimal de 10 lits pour 100.000 habitants est atteint dans l'ensemble des zones à l'exception du Calais et du Sambre Avesnois. Le taux maximal de 15 lits pour 100.000 habitants est atteint ou dépassé dans l'Arrageois, le Cambrésis, l'Audomarois, la Flandre intérieure et Lille. Les USP sont réparties sur les territoires de santé avec des taux situés autour de 5 lits pour 100.000 habitants dans l'Artois-Douais, le Hainaut et le Littoral ; dans la Métropole-Flandre intérieure, le taux est de 6,90 lits pour 100.000 habitants.

- Des modalités d'organisation perfectibles

Une circulaire de 2008 redéfinit les modalités d'organisation et de fonctionnement des dispositifs de soins palliatifs. Au vu de cette circulaire, il apparaît que :

- Les USP répondent aux recommandations nationales pour ce qui concerne la pluridisciplinarité, le soutien et l'accompagnement psychosocial des patients et de leur entourage aussi les locaux ; par ailleurs, un groupe de travail émanant de la coordination régionale des soins palliatifs est en train d'élaborer un outil d'évaluation d'un patient en situation palliative appelé à être diffusé dans toutes les unités de la région ; il reste des améliorations à poursuivre en matière de formation des personnels soignants (formations diplômantes) et renforcement des ratios de personnels.
- L'organisation des LISP suscite des interrogations quant à leur plus-value sur la prise en charge des personnes en fin de vie : absence de formalisation de l'organisation des LISP à l'échelle des services, absence de référents formés aux soins palliatifs et absence de renforcement des personnels dans les services dotés de LISP, insuffisance de recours aux LISP reconnus en SSR. Pour faire face aux difficultés d'organisation des LISP, les établissements proposent leur regroupement en une USP.
- Les EMSP développent une activité essentiellement hospitalière. Leur intervention dans les établissements médico-sociaux (EHPAD, MAS ou FAM), bien que prévu dans leurs missions, reste limitée : 13 équipes interviennent en secteur médico-social en particulier dans les EHPAD ; parmi ces équipes, 5 interviennent dans des EHPAD non hospitaliers. Il convient d'ajouter que certaines équipes partagent leur activité entre soins palliatifs et prise en charge de la douleur chronique.
- La région dispose de 15 HAD qui présentent, en moyenne, une forte activité de soins palliatifs : taux de recours régional à 20 pour 100.000 habitants contre 15 en France métropolitaine. La région compte également 11 réseaux développant une activité palliative qui, pour deux d'entre eux ne font que du soin palliatif. Les HAD, comme les réseaux, interviennent dans les structures médico-sociales à côté des EMSP. Le rôle de chacun nécessiterait une clarification.

- L'organisation des soins palliatifs pédiatriques

Les équipes d'oncopédiatrie du CHRU de Lille et du Centre Oscar Lambret ont engagé depuis 2010 une réflexion visant à mettre en place un équipe ressource régionale. Cette équipe devrait être opérationnelle en 2012.

Objectifs du SROS PRS

- Favoriser la formation des professionnels de santé (formation initiale et formation continue) en mobilisant éventuellement le FMESPP (Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés)
- Intervenir dans le choix des thématiques prioritaires de développement des réseaux de santé, afin d'élargir la couverture régionale des réseaux de soins palliatifs
- Analyser le fonctionnement des LISP à partir, notamment, des éléments d'évaluation transmis par les établissements
- Réajuster le nombre et la répartition des LISP des lits de soins palliatifs en veillant à :
 - Limiter la capacité des USP à 10 lits
 - Maintenir les LISP qui respectent les recommandations nationales (cf objectif précédent)
 - Pivilégier la mise en œuvre de LISP en médecine et en SSR
 - Eviter la dispersion des LISP dans un établissement : recommandations d'un minimum de 2 LISP par service, pouvant aller jusqu'à un maximum de 4 LISP si justifié
- Favoriser le développement des soins palliatifs à domicile et dans les établissements médico-sociaux en veillant à :
 - Formaliser un cahier des charges définissant le rôle et les principes de coordination des intervenants en soins palliatifs potentiels.
 - Tirer les enseignements de l'expérimentation conduite dans les EHPAD sur la présence d'IDE la nuit
- Soutenir les EMSP qui interviennent dans les EHPAD et autres établissements médico-sociaux

6.16. DOULEUR

Bilan du SROS III

Les objectifs du SROS III visaient à mieux prendre en charge la douleur aiguë (douleur de courte durée et liée à une cause précise) et la douleur chronique (douleur persistante ou récurrente évoluant depuis plus de 3 mois, répondant mal au traitement habituel et accompagnée d'une altération du statut fonctionnel).

Les actions mises en œuvre dans la région ont essentiellement porté sur la formation et la sensibilisation des personnels soignants à la prise en charge de la douleur et sur le développement des Comités de Lutte contre la Douleur (CLUD).

En matière de prise en charge de la douleur chronique, il n'a pas été engagé de processus de reconnaissance de nouvelles structures spécifiques. Une récente circulaire datant du 19 mai 2011 redéfinit le cadre de la prise en charge de la douleur chronique en retenant désormais 2 types de structures, les consultations et les centres (structures dotées de lits d'hospitalisation). Chacune de ces structures doit se conformer à un cahier des charges annexé à la circulaire.

Par ailleurs une consultation douleur dédiée aux enfants a été mise en place au CHRU de Lille. Il est souhaité que cette consultation multidisciplinaire douleur enfant évolue vers un Centre d'Évaluation et de Traitement de la douleur de l'enfant (CETD). La volonté de l'équipe est de mettre en place une consultation douleur pédiatrique dans chaque territoire de santé. Une consultation est d'ores et déjà ouverte au CH Lens depuis novembre 2010 à raison d'une activité bimensuelle.

Objectifs du SROS PRS

Les objectifs du SROS sont axés sur :

- L'organisation du dispositif de prise en charge de la douleur chronique reposant sur les recommandations de la circulaire de mai 2011

- avec des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique respectant le cahier des charges national (une formalisation des modalités de fonctionnement, une formalisation de la filière de prise en charge, un recueil de données d'activité se rapportant spécifiquement à la douleur chronique sont attendus)
- basée sur la reconnaissance d'un centre et d'une ou plusieurs consultations par territoire dont une spécialisée pour les enfants

Une procédure d'identification des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique (SDC) en application de l'instruction du 6 mai 2011 sera engagée dans ce cadre fin 2011.

- Le développement progressif du dispositif de prise en charge de la douleur chronique à partir

- des besoins identifiés à travers les données d'activité remontées par les SDC
- d'une priorisation territoriale
- des possibilités de financement

Schéma Régional d'Organisation des Soins

- La poursuite de la formation et de la sensibilisation des professionnels exerçant en établissements et des professionnels libéraux
 - en soutenant le développement des CLUD dans les établissements de soins qui n'en sont pas encore dotés et dans les EHPAD
 - en développant la formation continue sur ce thème
- La mise en place d'une coordination
 - à l'échelle territoriale : organisation de réunions périodiques entre le centre, les consultations et associant les CLUD
 - à l'échelle régionale : organisation d'une journée d'échanges et de pratiques avec l'appui des représentants régionaux de la SFETD ouverte à l'ensemble des structures et acteurs impliqués dans la prise en charge de la douleur

6.17. SOINS DE SUITE ET READAPTATION (SSR)

Bilan du SROS III

Les orientations du SROS III portaient sur :

En rééducation et réadaptation fonctionnelles

- Privilégier le renforcement des plateaux techniques de médecine physique et de réadaptation.
- Renforcer les services de rééducation et de réadaptation neurologique.
- Améliorer la couverture régionale de réadaptation des insuffisants respiratoires et développer les programmes de réhabilitation respiratoire.
- Proposer une prise en charge rééducative de l'enfant dans l'Artois, sous la forme d'alternative à l'hospitalisation.
- Promouvoir la collaboration entre les établissements de rééducation fonctionnelle et les acteurs libéraux.
- Poursuivre le développement des alternatives à l'hospitalisation complète.
- Développer la filière d'aval pour les patients les plus lourdement handicapés.
- Créer un réseau de réadaptation avec identification d'unités de coordination.

En RRF cardiaque

- Renforcer et développer les « centres lourds de réadaptation », définis comme des centres spécialisés en réadaptation cardiaque en capacité d'accueillir des patients post chirurgicaux dès la phase précoce.
- Doubler l'effectif des patients bénéficiant d'une rééducation post-infarctus en 5 ans.
- Assurer une continuité dans les soins en favorisant de nouvelles modalités de prises en charge rééducatives « hors hospitalisation ».
- Mettre en œuvre l'éducation du patient cardiaque dès la phase aiguë.

En soins de suite

- Améliorer la filière d'amont avec les services du court séjour.
- Améliorer la visibilité de l'offre disponible et du suivi des demandes d'admission.
- Identifier pour certaines thématiques spécifiques (maladie d'Alzheimer, soins palliatifs, soins de suite lourds, insuffisants respiratoires,...) des services référents par zone de proximité et pour l'insuffisance rénale chronique, au moins un service référent au niveau régional.
- Améliorer la filière d'aval par un renforcement des liens avec la ville et avec le secteur médico-social.
- Formaliser des conventions de collaboration entre services ou établissements de SSR et EHPAD.
- Promouvoir et organiser une concertation des acteurs SSR par territoire de santé.
- Approfondir l'évaluation des besoins en SSR pour les enfants.

Les nouvelles orientations retenues lors de la révision du volet en octobre 2009 tiennent compte des décrets relatifs à l'activité de SSR, publiés le 17 avril 2008. Elles sont classées en cinq catégories :

Orientations générales ;

Orientations relatives aux SSR adultes non spécialisés ;
Orientations relatives à la prise en charge des enfants et des adolescents ;
Orientations propres aux mentions de SSR spécialisés ;
Orientations relatives aux prises en charge spécialisées non réglementées (par exemple, la prise en charge des affections cancérologiques des voies aéro-digestives supérieures).

Toutes les actions définies dans les orientations sont en cours de mise en œuvre.

Suite à la publication des décrets de 2008, une fenêtre exceptionnelle de dépôt de demandes d'autorisation à l'activité de soins de suite et de réadaptation a été ouverte du 1^{er} décembre 2009 au 28 février 2010. Tous les établissements détenteurs d'une autorisation de soins de suite ou de rééducation fonctionnelle antérieurement à la publication des décrets, et les établissements souhaitant obtenir une nouvelle autorisation, ont été amenés à déposer une demande d'autorisation dans ce cadre. L'ouverture d'une fenêtre « toutes activités » du 1^{er} décembre 2010 au 31 janvier 2011 a permis de compléter le dispositif.

Au 28 juillet 2011, la quasi-totalité des objectifs d'implantations par mention sont atteints.

Orientations du SROS PRS

- Achever et réussir la nouvelle planification de l'offre de SSR selon la structuration demandée par les décrets d'avril 2008 (notamment concernant les soins de suite spécialisés)

Il n'est pas prévu d'augmenter le nombre d'implantations existantes. En revanche, il convient de poursuivre la spécialisation des sites en fonction des besoins identifiés, en favorisant une prise en charge de proximité.

- Optimiser l'accès et la qualité de l'orientation des personnes vers l'offre de soins de suite et de réadaptation
 - Inciter, dans chaque territoire de santé, les acteurs hospitaliers à maintenir ou à mettre en place des filières organisées de soins par type de mention spécialisée ;
 - Offrir aux services demandeurs et aux patients, une réponse adaptée à leurs besoins et correctement articulée et coordonnée grâce à la poursuite de la mise en place du dispositif régional de coordination au niveau des territoires de santé ;
 - Améliorer et stabiliser le système d'information en SSR ;
- Considérer le SSR sous un jour nouveau, non plus uniquement comme une activité de soins réglementée « hospitalière », mais comme une activité partagée entre acteurs de santé de l'hôpital, de la ville et du médico-social, visant à garantir les meilleures « rééducation-réadaptation-réinsertion » (3R) aux personnes dont l'état de santé le requiert.
 - Mettre en œuvre dans ce sens, une organisation transversale des acteurs concernés par territoire, en prévoyant d'intégrer les acteurs libéraux et les acteurs du médico-social dans les coordinations territoriales de SSR (voir le cahier des charges des coordinations territoriales dans l'annexe 2 de la circulaire 2008-305 du 3 octobre 2008). ;

Schéma Régional d'Organisation des Soins

- Assurer une meilleure coordination des acteurs sanitaires et médico-sociaux, conduisant à éviter des ruptures lors du parcours de santé des personnes âgées et handicapées ;
- Préciser la place des services de SSR dans le dispositif d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient précisé par le décret n° 2010-904 du 2 août 2010.

6.18. ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX (AVC)

Bilan du SROS III

Le schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération (SROS III), arrêté le 29 mars 2006, comportait un volet obligatoire dédié à la prise en charge des patients cérébrolésés et des traumatisés médullaires.

Ce volet se décomposait en trois parties distinctes :

- les traumatismes crâniens ;
- les traumatismes médullaires ;
- les accidents vasculaires cérébraux (AVC).

Des orientations stratégiques en matière d'accidents vasculaires cérébraux avaient été fixées dans le SROS III :

- Inscrire la prise en charge des AVC dans une filière de soins structurée qui débute au domicile du patient ;
- Créer des unités neurovasculaires (UNV) : Le SROS prévoyait la mise en place d'une UNV par territoire de santé dès le début du SROS, pour atteindre un nombre de trois UNV par territoire à son échéance. Une UNV de référence était prévue au niveau régional.
- Engager une démarche qualité spécifique à la filière de prise en charge des AVC : il était préconisé la mise en place d'une section multidisciplinaire du Comité régional de lutte contre les maladies cardiovasculaires, dédiée aux AVC, avec les missions suivantes :
 - impulser la structuration de la filière de soins des patients AVC ;
 - évaluer les structures, les procédures et les résultats ;
 - contribuer à l'élaboration et au suivi du volet AVC du SROS ;
 - s'appuyer sur les orientations définies au niveau national.
- Garantir la permanence et la continuité des soins ;
- Développer la prévention ;
- Améliorer la coordination des différents acteurs.

Conformément aux orientations du SROS III, une commission régionale dédiée à la prise en charge des AVC a été créée par décision du Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) du Nord-Pas-de-Calais le 5 octobre 2006 et mise en place le 7 décembre 2006.

L'objectif étant de permettre à un nombre croissant de patients d'être pris en charge dans une filière spécialisée, les membres de la commission ont élaboré trois cahiers des charges correspondant à l'amont des UNV, à l'organisation de la prise en charge intra hospitalière et à l'aval de l'hospitalisation en UNV.

L'UNV est la tête de pont de cette filière, du fait de sa place essentielle dans la prise en charge précoce et globale des patients.

La commission exécutive de l'ARH reconnaissait le 27 mars 2007 les premiers lits de soins intensifs destinés à la prise en charge des AVC dans des établissements de santé de la région. Cette reconnaissance permettait la création de sept UNV dès l'année 2007. Actuellement, dix UNV existent dans la région. Une onzième devrait l'être d'ici la fin de l'année 2011 sur le site du C.H. de Tourcoing.

Le nombre de thrombolyses intraveineuses pour des AVC est passé de 128 en 2007 à 481 en 2010.

Dans la région, les filières de prise en charge ne sont pas, le plus souvent, formalisées ou sont incomplètement formalisées, à partir des UNV. La filière la plus structurée est celle de Flandre Lys, décrite dans le rapport national de juin 2009 sur la prévention et la prise en charge des AVC (pages 97 à 99). Le Plan AVC prévoit une montée en charge progressive de la structuration des filières, par la création de postes d'animateurs sur deux ans.

Dans le but de couvrir les zones de proximité ne disposant pas d'une offre en UNV et conformément aux orientations du SROS III qui prévoyait des « antennes » sur les établissements sièges de service d'accueil des urgences, un projet de Télé AVC a été élaboré entre les sites de Lens, Valenciennes et Maubeuge. La première garde de Télé-AVC a eu lieu le 15 juin 2011, assurée par un médecin neurologue de l'UNV de Lens. La deuxième phase du projet, (extension du dispositif à des établissements de santé ne disposant pas d'UNV), va maintenant pouvoir être lancée.

Orientations du SROS PRS

Le **plan national AVC 2010-2014** demande de « *placer l'AVC comme priorité du projet régional de santé ; la mettre en œuvre à travers les schémas régionaux de prévention, d'organisation des soins (volets hospitalier et ambulatoire) et d'organisation médico-sociale* ». Cette priorité nationale doit donc se retrouver dans le Projet régional de santé et ses déclinaisons.

L'**objectif principal** figure dans le rapport annexé à la loi relative à la politique de santé publique : « **réduire la fréquence et la gravité des séquelles liées aux AVC** » (objectif n°72).

Objectifs spécifiques :

- prendre en charge tout patient victime ou suspect d'AVC dans une filière organisée et territorialement définie ;
- réduire les délais entre les premiers symptômes d'AVC et la prise en charge adaptée, reposant sur un diagnostic positif documenté ;
- augmenter le taux de thrombolyse chez les patients éligibles ;
- mieux coordonner l'intervention des professionnels aux interfaces entre établissements de soins et ville, domicile ou secteur médico-social ;
- définir une organisation spécifique pour la prise en charge des AVC de l'enfant ;
- améliorer les pratiques professionnelles, l'information et la formation des professionnels en matière d'AVC ;
- augmenter les efforts de recherche sur l'AVC à la hauteur de son poids social.

Le SROS-PRS reprend en région les objectifs du Plan AVC, qui comprend un programme d'actions opérationnelles composé de quatre axes dont les objectifs généraux sont les suivants :

- Axe 1 : améliorer la prévention et l'information de la population avant, pendant et après l'AVC.
- Axe 2 : mettre en œuvre des filières de prise en charge et les systèmes d'information adaptés.
- Axe 3 : assurer l'information, la formation et la réflexion des professionnels.
- Axe 4 : promouvoir la recherche et veiller aux équilibres démographiques.

Ces actions font dès à présent l'objet d'un suivi régulier par la commission régionale AVC de l'ARS.

6.19. ADDICTOLOGIE

Bilan du SROS III :

Les objectifs du SROS III consistaient à :

- Permettre à chaque personne présentant une pratique addictive ou un usage nocif de substance psycho-active un recours à des soins précoces et adaptés (organisation du repérage, d'un parcours de soins, d'une prise en charge coordonnée en intra et extra-hospitalier)
- Assurer la qualité des soins pour les personnes présentant un usage nocif de substance psycho-active ou une dépendance :
 - Organiser au moins un niveau de recours pour 500 000 habitants avec soins hospitaliers complets pour l'éventuel sevrage, la prise en charge des comorbidités, l'accompagnement thérapeutique
 - Garantir la prévention, le dépistage, la réduction des risques, la prise en charge des addictions et des comorbidités dans tous les établissements de santé
 - Adapter les cadres d'intervention aux spécificités du public jeune (une unité spécifique dans chaque territoire de santé, avec si possible association de l'entourage aux soins)
 - Mieux prendre en charge les femmes consommatrices de substances en période de périnatalité
 - Réduire les facteurs de risque de reproduction familiale des addictions (développer le soutien aux conjoints concernés, aux enfants, en articulant les interventions avec l'ensemble des acteurs concernés)
 - Offrir une plate-forme de compétences en addictologie pour la formation des acteurs
- Développer les compétences des acteurs de l'addictologie

Le bilan est le suivant :

- Sur la structuration de la gradation des soins en 3 niveaux
 - le niveau de proximité : les consultations hospitalières externes de tabacologie et d'addictologie ont été développées (création de 9 consultations) et l'ensemble (100%) des structures d'urgence est désormais couvert par une équipe hospitalière de liaison en addictologie.
 - le niveau de recours : 10 services de médecine en addictologie ont été reconnus niveau de recours de manière contractuelle : 2 à 3 par territoire de santé. Ces services comportent tous les équipements du niveau de proximité et sont en capacité de développer une activité de sevrage et de soins résidentiels complexes. Par ailleurs, le volet SSR du SROS III a été révisé en 2009 au regard des décrets du 17 avril 2008. Suite à cette révision, 10 sites ont obtenu une autorisation pour une spécialisation en addictologie : 1 à 3 par territoire de santé. Enfin, parmi les établissements ayant une activité de psychiatrie, 4 sont porteurs de services spécialisés en addictologie ou d'intersecteur d'alcoologie-addictologie

- le niveau hospitalo-universitaire : Le service d'addictologie du CHRU a obtenu cette reconnaissance ; celle-ci est essentiellement basée sur le développement d'activité de formation.

- Sur l'augmentation de la capacité d'hospitalisation

La capacité autorisée d'hospitalisation est passée de 469 lits et places en 2006 (319 pour le Nord et 150 pour le Pas-de-Calais) à 577 en 2011 (400 pour le Nord et 177 pour le Pas-de-Calais) **passant de 11,7 à 14,3/10⁵hab**, soit une augmentation de 23% de la capacité (+108 lits et surtout places). Les taux d'équipement sont désormais les suivants : Littoral = 13 lits pour 100.000 hab, Hainaut = 14,5 lits pour 100.000 hab, Métropole et Artois = 15 lits pour 100.000 hab.

- Sur la prise en compte des spécificités des jeunes

Le service d'addictologie du CHRU et le GHICL (St Vincent) ont engagé les travaux sur ce thème et notamment sur les troubles graves des comportements alimentaires. Un réseau régional, un secteur spécifique d'hospitalisation complète et de jour au CHRU et de consultations spécialisées ont été mises en place. Des conventions ont été passées pour l'hospitalisation des jeunes toxicomanes.

- Actions concernant la périnatalité et la prise en charge des enfants

Ces actions restent difficiles malgré les démarches engagées avec les réseaux de périnatalité. Néanmoins les professionnels de santé sont demandeurs et des outils ont été conçus pour permettre l'abord des questions d'addictions avec les femmes enceintes.

- Mise en place de formations et actions de sensibilisation au repérage précoce intervention brève (RPIB)

Plus de 200 médecins généralistes ou de santé au travail ont été formés.

Orientations du SROS PRS

- Développer les coopérations avec les professionnels de santé de premier recours dont les maisons de santé pluri professionnelles (Identification de temps dédiés aux consultations addictologiques).
- Développer les programmes de réduction des risques infectieux et d'échange de seringues en partenariat avec les pharmaciens d'officine et les CAARUD.
- Faire connaître les dispositifs de soin en addictologie par la diffusion de l'information sur tous supports adaptés dans les divers lieux d'accueil et de consultations, chez les professionnels de santé libéraux.
- Aider l'utilisateur addict à s'inscrire dans un parcours de soins coordonné (ouverture des droits sociaux, déclaration du médecin traitant).
- Structurer l'offre en ETP concernant les patients porteurs de VIH, d'hépatites B ou C.
- Développer un système de veille et d'alerte en lien avec l'ensemble des acteurs de l'addictologie et du dispositif d'urgences, et l'évaluer.

Schéma Régional d'Organisation des Soins

- Poursuivre la reconnaissance contractuelle des niveaux de proximité et de recours en addictologie.
- Labelliser les filières hospitalières de soins en addictologie dans chaque territoire de santé en fonction de la palette de soins proposés, tant addictologiques que de prévention et prise en charge des comorbidités (recommandations HAS) .
- Installer une consultation d'addictologie hebdomadaire dans chaque UCSA.
- Renforcer les maraudes pour aller vers les usagers consommateurs de substances psycho-actives et les accompagner vers le soin.
- Sensibiliser les professionnels au repérage précoce des cancers des voies aéro-digestives supérieures et œsophage.
- Former les professionnels de santé dont 200 médecins au Repérage Précoce Intervention Brève (RPIB).
- Développer la formation continue en privilégiant la pluri professionnalité et la transversalité dans le domaine des addictions en y associant des représentants des usagers.
- Diversifier les pratiques professionnelles pour obtenir une prise en charge addictologique généraliste.
- Encadrer les prescriptions hors AMM des praticiens hospitaliers en addictologie dans des protocoles de recherche.
- Développer les articulations entre les réseaux de périnatalité et les acteurs de l'addictologie.
- Développer le programme d'accompagnement de sevrage des boissons alcoolisées (PASBA) sur les quatre territoires de santé.
- Accompagner les médecins de ville dans leurs pratiques de prescription de traitement de substitution aux opiacés
- Renforcer les alternatives à l'hospitalisation complète dans le domaine de l'addictologie.
- Développer les consultations hospitalières externes d'addictologie à orientation tabacologique.
- Formaliser les complémentarités d'intervention entre services hospitaliers et CSAPA par des conventions de coopération, et définir la répartition des compétences.

6.20. PSYCHIATRIE

Constats

Dans la région Nord-Pas-de-Calais, la mortalité prématurée par suicide représente 9% de la mortalité prématurée évitable régionale, touchant avec une particulière intensité les zones de proximité du Montreuillois, de l'Audomarois et du Cambrésis (le taux comparatif de mortalité prématurée par suicide est supérieur de 38,9 % chez les hommes et de 24,3 % chez les femmes par rapport à la France métropolitaine sur la période 2006 – 2008).

Selon l'enquête santé mentale en population générale de la région Nord-Pas-de-Calais, menée par la méthode des quotas sur 14 sites régionaux de 2005 à 2008 :

- 35,9% des personnes présentent au moins un trouble de santé mentale dans la région ;
- 15,1% des personnes présentent une anxiété généralisée (sur les 6 derniers mois) ;
- 6,3% des personnes présentent un trouble dépressif récurrent ;
- 4,2 % des personnes présentent une phobie sociale ;
- 2,3% des personnes présentent un trouble d'allure psychotique.

Selon l'OMS, les personnes avec troubles psychotiques ont une espérance de vie inférieure de 10 ans à la moyenne dans les pays nord européens (jusqu'à 30 ans ailleurs).

La pénurie de médecins psychiatres a conduit à augmenter le nombre de postes d'internes de cette spécialité. 40 internes sont à présent formés chaque année, dont un peu plus de la moitié restent dans la région Nord Pas-de-Calais. Sont inscrits à l'Ordre des Médecins au 1^{er} janvier 2010 : 25 psychiatres de l'enfant et de l'adolescent et 505 psychiatres (contre 22 psychiatres de l'enfant et de l'adolescent et 444 psychiatres l'année précédente). Les effectifs de médecins hospitaliers en psychiatrie (PH et contractuels ou assistants) étaient de 354 ETP en 2008 et de 365 ETP en mai 2011, avec 71 ETP théoriques non pourvus. La répartition des moyens médicaux et non-médicaux, très hétérogène selon les territoires de santé en 1999, s'est lissée depuis, tout en maintenant une prééminence des moyens médicaux sur la Métropole.

Le taux standardisé de recours aux soins (taux redressé de l'âge et du sexe pour rapprocher la structure de la population régionale de celle de la population nationale) de la population régionale est, en 2009, plus faible qu'en moyenne nationale (20% en psychiatrie générale et -50% en psychiatrie infanto-juvénile). Il est également à noter le nombre important d'hospitalisations sous contrainte : en 2009, hors détenus, le département du Nord a enregistré 2.995 hospitalisations à la demande d'un tiers (HDT) et 337 hospitalisations d'office (HO) ; celui du Pas-de-Calais a dénombré 1.296 HDT et 136 HO. Le taux d'hospitalisation complète en situation d'inadéquation dans les services de psychiatrie était de 15,1 % au 01/01/2010.

Bilan du SROS III

Les orientations du SROS III portaient sur :

- le développement de la recherche et de la formation
- l'amélioration de l'offre de soins (renforcer les prises en charge ambulatoires au sein des CMP, rapprocher les lieux d'hospitalisation du domicile des patients et améliorer les conditions d'hébergement, poursuivre le développement des alternatives à l'hospitalisation, parfaire la participation des équipes psychiatriques aux urgences, développer les actions de psychiatrie de liaison, améliorer les rapports entre la médecine de ville et les équipes de secteurs, veiller au respect des droits des patients et des malades)
- l'amélioration de la réponse à des besoins spécifiques de la population (adapter les possibilités de prise en charge en psychiatrie infanto-juvénile -dyades mère-enfant, améliorer la prise en charge des adolescents, prendre en compte la souffrance psychologique des femmes enceintes, trouver une solution adaptée aux patients chroniques hospitalisés au long cours dans les services de psychiatrie active, prendre en compte la santé mentale des populations précaires, prendre en charge la santé mentale des détenus, tenir compte des malades difficiles dans l'organisation des soins, développer la prise en charge de la dépression, du suicide et un meilleur repérage, améliorer la prise en charge de la souffrance psychique des personnes âgées)

Le bilan en est le suivant :

- Dynamisation de la fédération de recherche en santé mentale
- Priorisation de la psychiatrie infanto-juvénile (développement et renforcement d'alternatives à St Amand, Maubeuge, Arras ; création d'un centre d'accueil et de crise à Camiers ; renforcement du centre de ressources pour l'autisme, projet d'un centre éducatif et de soins pour adolescents dans la métropole lilloise, en lien avec le Conseil général du Nord et la protection judiciaire de la jeunesse du Nord) ; ce secteur reste néanmoins fragile.
- En psychiatrie générale : renforcement des alternatives à Cambrai, Maubeuge, Jeumont, Bruay-sur-Escout ; création d'une structure alternative d'accueil spécialisé (SAAS) à Camiers (la SAAS est un concept innovant développé dans le Nord-Pas-de-Calais, financé sur le budget sanitaire ; il s'agit d'une structure ayant vocation à prendre en charge des personnes présentant des troubles stabilisés mais qui ne sont ni ré-insérables ni susceptibles d'être prises en charge dans le secteur médico-social, compte tenu de leur état de santé) ; création de 3 centres d'accueil et de crise à Valenciennes, Douai et Arras ; création de 3 équipes mobiles (psychiatrie-précarité à Douai, psycho-gériatrie à Lille, prise en charge des suicidants à Roubaix) ; la restructuration de la psychiatrie générale lilloise reste en cours.
- Renforcement des postes de psychologues en mission locale (Boulogne, Calais, Montreuil, Tourcoing, Weppes, Béthune)

Bilan du plan régional d'investissement en santé mentale (PRISM) : 22 opérations inscrites au plan réparties sur 20 établissements ; montant total du plan = 105 millions d'€ ; à ce jour, 11 opérations ont été livrées ou sont en voie d'achèvement.

Orientations du SROS PRS

- Prévenir et prendre en charge la souffrance psychique, notamment des populations spécifiques (personnes âgées ; personnes handicapées psychique ; milieu du travail ; enfants, jeunes, adolescents et leur entourage, milieu carcéral)
- Repérer et prendre en charge l'autisme, les troubles envahissants du développement et les troubles des apprentissages, avec ou sans hyperactivité
- Organiser la prise en charge psychiatrique des adolescents
- Accéder aux soins lors d'une demande de soins psychiatriques
- Organiser un parcours de soins en intersectoriel, supra sectoriel et régional
- Mieux articuler l'action sanitaire, médico-sociale et sociale en psychiatrie
- Réduire la mortalité des personnes présentant des troubles psychiques et la mortalité par suicide

6.21. HOSPITALISATION A DOMICILE (HAD)

Bilan du SROS III

Le développement de l'hospitalisation à domicile a longtemps relevé du champ conventionnel. C'est seulement à partir de 1992 que la réglementation est venue soutenir de manière opérationnelle le développement de l'HAD et donner un cadre à celui-ci. Enfin, l'ordonnance du 4 septembre 2003 a donné un réel coup d'accélérateur au développement de l'HAD, en sortant celle-ci du champ de la carte sanitaire et en supprimant la notion de taux de change (autorisation uniquement sur la base de la transformation de places d'hospitalisation complète).

L'Agence Régionale de l'Hospitalisation Nord-Pas-de-Calais a souhaité développer l'HAD dès que la réglementation l'a permis. La déclinaison régionale de l'objectif national de création de 8.000 places en 2 ans aboutissait à ce que la région Nord-Pas-de-Calais crée au moins 480 places supplémentaires dans le même laps de temps, pour parvenir à un ratio de 12 à 15 places pour 100.000 habitants.

Dans ce cadre, les objectifs du SROS III consistaient essentiellement à :

- assurer la couverture géographique de la région en places d'HAD
- accompagner et évaluer la montée en charge quantitative et qualitative des places autorisées
- définir les besoins en terme de prises en charge spécifiques (pédiatrie et périnatalité).

Le bilan des autorisations accordées faisait apparaître, en 2006, un nombre de places autorisées de 651, soit 16 places pour 100.000 habitants. L'objectif initial était donc rempli. Le volet SROS prévoyait également la réalisation d'une évaluation quantitative et qualitative du fonctionnement des services qui pourrait donner lieu, si nécessaire, à une augmentation de l'offre de soins. Celle-ci a été réalisée en 2008. Actuellement, 15 structures d'HAD sont autorisées pour une totalité de 671 places (soit 16,67 places pour 100.000 hab.). Ces structures sont réparties sur l'ensemble de la région et toutes les zones de proximité sont couvertes. Ceci signifie que toute personne qui le souhaite, et dont l'état de santé le justifie, peut bénéficier d'une hospitalisation à domicile.

Sur le plan qualitatif, les structures d'HAD de la région Nord-Pas-de-Calais respectent globalement les conditions techniques de fonctionnement en terme de prise en charge et de continuité des soins. Leur activité a fortement progressé et les durées de séjours ont tendance à augmenter (de 52 à 79 jours). La prise en charge respecte le caractère pluridisciplinaire, la densité et la complexité des soins, tels que définis par la réglementation. Mais des différences nettes existent entre les structures étudiées en ce qui concerne le contenu, l'implication des différents intervenants, et l'intensité de la prise en charge. 20% des patients étaient inadéquats à la structure le jour de l'évaluation. On notait également de nombreuses anomalies dans le codage T2A et une insuffisance de traçabilité dans le dossier de soins et de qualité du dossier médical.

Orientations du SROS PRS

- Elaborer un contrat d'objectif spécifique pour chaque HAD, y compris celles qui sont rattachées à un établissement.
- Evaluer les activités spécialisées dans les services polyvalents : pédiatrie, périnatalité
- Inscrire et évaluer la rééducation en HAD dans le cadre d'une expérimentation
- Développer la prise en charge des chimiothérapies en HAD en lien avec les structures autorisées en cancérologie (travail avec l'INCA en cours)
- Etablir et faire appliquer des conventions de partenariat avec les pharmaciens d'officine, les infirmiers libéraux, médecins de ville et les kinésithérapeutes (il s'agit, dans le respect du libre choix du patient quant aux professionnels libéraux et à l'officine de pharmacie, de mieux encadrer les relations entre ces professionnels et les HAD, de manière à ce que ceux-ci intègrent la démarche qualité et de traçabilité qui incombe aux HAD en tant qu'établissements de santé)
- Organiser les relations avec les structures de régulation de la PDS (étude en cours)
- Favoriser les liens avec les structures d'hospitalisation MCO et SSR dans le cadre des parcours de soins en intégrant notamment les structures HAD dans l'outil Trajectoire
- Poursuivre le développement de l'implication des structures HAD dans la prise en charge des soins palliatifs
- Rédiger une convention-type avec les SSIAD
- Favoriser l'intervention des HAD dans les EHPAD dans le respect de la réglementation en cours
- Réfléchir à l'intervention des HAD dans les établissements pour personnes lourdement handicapées (MAS et FAM)
- Intégrer la télémédecine et les systèmes d'information déportés au lit du patient comme outil de surveillance et de suivi

6.22. TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE (IRC)

Ce volet sera traité en 2012.

Dans l'attente, les cibles d'implantation définies dans le SROS III restent en vigueur.

6.23. MEDECINE

L'objectif de non-augmentation du nombre de sites de médecine, sous forme d'hospitalisation complète et/ou d'alternatives hors HAD, affiché dans le SROS III reste en vigueur.

Territoire de santé	Implantations actuelles	Implantations cible
Artois	19	17 à 19
Hainaut	18	15 à 18
Littoral	16	13 à 16
Métropole	25	22 à 25

6.24. TRANSFUSION SANGUINE

Cadre juridique : Le Schéma d'organisation de la transfusion sanguine (SOTS) est élaboré par l'Etablissement Français du Sang (EFS). L'avis du Directeur général de l'ARS est requis ; la cohérence avec le SROS est à assurer.

L'objectif du SOTS est d'assurer un maillage des sites transfusionnels et des dépôts gérés par les établissements de santé, permettant la mise à disposition de produits sanguins labiles dans des délais satisfaisants à la sécurité des patients, dans des conditions de conservation réglementaires, en induisant un taux minimal de destruction et une immobilisation limitée des produits non utilisés.

Etat des lieux : L'EFS Nord de France comprend, dans la région Nord-Pas-de-Calais, 4 sites de distribution/délivrance, dont au moins un pour chacun des deux départements (cf. circulaire DGS/DH/AFS 99/99 du 17/02/1999) : Lille, Valenciennes, Lens, Dunkerque.

La densité de population et d'établissements de soins de la région explique le nombre important d'établissements de santé disposant d'une autorisation d'activité de dépôt répartis de la façon suivante :

- 15 « délivrance »
- 21 « urgences-relais »
- 11 « urgence »
- 3 « relais »

A ce jour, ces 50 établissements disposent d'une autorisation délivrée par le Directeur de l'ARH ou, pour les plus récentes, par le Directeur de l'ARS. Le nombre important de dépôts de délivrance dans la région est en rapport avec le nombre restreint de sites de distribution EFS ; le ratio (nombre de sites EFS + nombre de dépôts de délivrance en établissements de santé) / population est toutefois conforme à la moyenne nationale.

La moyenne de délivrance propre au dépôt est de 2.805 CGR/an en 2010 (de 853 à 4.908).

Orientations

- Concernant les sites de distribution/délivrance

Les 4 sites sont maintenus.

D'autre part, l'immuno-hématologie doit être considérée comme indissociable de la délivrance des produits sanguins labiles, selon les recommandations récentes du groupes de travail réunissant la DGOS, la DGS et l'EFS. En conséquence :

- il est préconiser que le site transfusionnel de Dunkerque mette en œuvre cette activité ;
- le site de Lille (actuellement Eurasanté) se délocalisera, en 2013, sur le site du CHRU, regroupant ainsi les activités de distribution/délivrance et d'immuno-hématologie.

- Concernant les dépôts

Aucun changement d'implantation n'est demandé. Cependant, l'implantation ou le type de dépôts pourra être modifié en fonction de l'évolution des activités des établissements et de leurs éventuels regroupements.

7. Evolution des OQOS

L'évolution du nombre d'implantations reprend les opérations de restructuration déjà en cours sur le terrain. Sa détermination s'est faite en concertation avec les professionnels présents dans les groupes de travail et comités thématiques.

ACTIVITE	CONSTATS PRINCIPES REGIONAUX > MESURES	ARTOIS DOUAISIS	HAINAUT	LITTORAL	METROPOLE FLANDRE INTERIEURE
Permanence des Soins en établissement de santé PDSES	Enquête en cours auprès des établissements Principe régional : optimiser l'organisation de la PDSES pour garantir l'accès aux soins, sécuriser les parcours de soins non programmés, et optimiser la ressource médicale. >Elaboration du schéma de la PDSE en 2012				
URGENCES	Une partie des patients pris en charge par les urgences aurait pu l'être par la médecine de ville. Causes d'engorgement des urgences multiples. Difficultés de certains services à stabiliser leur effectif médical. Activité réduite de certains sites en nuit profonde. Principe régional : assurer la bonne gradation des soins en améliorant l'articulation entre médecine de ville et urgences ; réfléchir à une implantation des sites d'urgences qui optimise et garantisse leur bon fonctionnement, tout en préservant l'accessibilité des patients >Installer une maison médicale de garde à proximité de chaque site d'urgences hospitalières >Engager la réflexion sur le nombre d'implantations cible (travaux à mener en cohérence avec ceux sur la PDSES et la PDSA).	Maintien des implantations actuelles dans l'attente des conclusions du groupe de travail	Maintien des implantations actuelles dans l'attente des conclusions du groupe de travail	Maintien des implantations actuelles dans l'attente des conclusions du groupe de travail	Maintien des implantations actuelles dans l'attente des conclusions du groupe de travail

ACTIVITE	CONSTATS PRINCIPES REGIONAUX >MESURES	ARTOIS DOUAISIS	HAINAUT	LITTORAL	METROPOLE FLANDRE INTERIEURE
MEDECINE	<p>Nombre d'implantations suffisant.</p> <p>Principe régional : axer l'action sur la qualité, et notamment sur la labellisation des services ou des filières (gériatrie, obésité, ...)</p> <p>>Maintien des implantations actuelles</p>	Maintien des implantations actuelles	Maintien des implantations actuelles	Maintien des implantations actuelles	Maintien des implantations actuelles
CHIRURGIE	<p>Problème de démographie médicale .</p> <p>L'accès aux soins n'est pas toujours garanti à l'intérieur d'un territoire de santé (ex : chirurgie infantile sur le Littoral) et la continuité des soins est parfois mise à mal (ex : chirurgie vasculaire dans l'Artois et sur le Littoral).</p> <p>Principe régional : adapter l'offre aux besoins de la population et aux possibilités de garantir une prise en charge sécurisée et de qualité.</p> <p>>Regroupements liés à l'optimisation des plateaux techniques</p>	maintien	maintien	maintien	maintien
REANIMATION	<p>Principe régional : adapter l'offre aux besoins de la population et aux possibilités de garantir une prise en charge sécurisée dans chaque service</p> <p>>Réfléchir à l'optimisation de la ressource médicale</p> <p>>Ne pas créer de nouveaux services ni d'extension de capacité, tant que les effectifs médicaux ne sont pas stabilisés, au niveau de l'établissement et du territoire</p> <p>>Envisager des regroupements de services en cas de crise démographique majeure et installée dans la durée, au travers par exemple, des travaux des Communautés Hospitalières de Territoire</p> <p>>Chercher à maintenir la capacité régionale totale</p>	maintien	maintien	maintien	maintien

ACTIVITE	CONSTATS PRINCIPES REGIONAUX >MESURES	ARTOIS DOUAISIS	HAINAUT	LITTORAL	METROPOLE FLANDRE INTERIEURE
CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE	<p>Caractère récent des autorisations et reconnaissances. Evolution de la démographie médicale à surveiller. >Maintien des implantations de cardiologie interventionnelle telles que définies dans le SROS III, dans l'attente de la montée en charge des derniers centres autorisés et de l'évaluation de leur impact sur l'offre et la consommation de soins. >Prise en compte de l'évolution démographique pour l'adaptation du nombre de lits d'USIC par territoire de santé Principe régional : sécuriser la prise en charge, assurer la continuité des soins, fluidifier la filière de soins</p>	<p>Pas de cible supplémentaire en rythmologie. Augmentation mesurée sur ablations et défibrillateurs. Stabilisation des actes de groupe 3. Augmentation marginale du nombre de lits d'USIC.</p>	<p>Pas de cible supplémentaire en rythmologie. Augmentation mesurée sur ablations et défibrillateurs. Stabilisation des actes de groupe 3. Pas d'augmentation du nombre de lits d'USIC.</p>	<p>Pas de cible supplémentaire en rythmologie. Augmentation mesurée sur ablations et défibrillateurs. Stabilisation des actes de groupe 3. Augmentation marginale du nombre de lits d'USIC.</p>	<p>Pas de cible supplémentaire en rythmologie. Augmentation mesurée sur ablations et défibrillateurs. Stabilisation des actes de groupe 3. Augmentation marginale du nombre de lits d'USIC.</p>
PERINATALITE	<p>Réalisation de l'activité de néonatalogie par des centres qui n'en ont pas l'autorisation, pour répondre aux besoins. Relative mise aux normes des centres de périnatalité au regard des effectifs médicaux et paramédicaux . Situation économique et démographique (médicale) qui reste à surveiller. >Maintien des niveaux de prise en charge autorisés - Réévaluation du niveau de prise en charge limitée à 2 territoires sur la néonatalogie >Maintien du nombre des maternités sauf éventuellement sur l'Artois Principe régional : adapter l'offre de soins aux besoins de la population et à la possibilité de garantir une prise en charge sécurisée et de qualité.</p>	<p>0 à -1 maternité</p>	<p>maintien</p>	<p>Reconnaissance éventuelle d'1 niveau 2A supplémentaire</p>	<p>Reconnaissance éventuelle d'un niveau 2A supplémentaire</p>

ACTIVITE	CONSTATS PRINCIPES REGIONAUX >MESURES	ARTOIS DOUAISIS	HAINAUT	LITTORAL	METROPOL E FLANDRE INTERIEURE
AMP	Maintien des sites d'implantations actuels				
DPN	Augmentation du nombre de sites d'implantation	+1 CPDPN	+ 1 en analyses de biochimie y compris marqueurs sériques maternels	néant	+ 1 en génétique moléculaire
IVG	Existence d'un centre d'orthogénie dans la quasi-totalité des zones de proximité, mais difficulté d'accès dans le sud de l'Avesnois et le secteur de Saint Pol. Délais parfois trop importants avant l'accès à une consultation. Principe régional : améliorer l'accès à l'IVG, en respectant le choix de la femme, sur l'ensemble du territoire régional. >Structurer au moins 1 centre d'orthogénie par zone de proximité		+ 1		

ACTIVITE	CONSTATS PRINCIPES REGIONAUX >MESURES	ARTOIS DOUAISIS	HAINAUT	LITTORAL	METROPOLE FLANDRE INTERIEURE
RADIO THERAPIE	<p>Existence de seuils réglementaires d'activité : les centres qui fonctionnent atteignent le seuil des 600 patients. Absence d'organisation lisible de la radiothérapie métabolique.</p> <p>Principe régional : consolider l'offre de soins en oncologie et garantir la qualité des prises en charge sur l'ensemble des territoires.</p> <p>>Pas de changement dans le nombre d'implantations en radiothérapie externe ; intégrer le gamma-knife situé au CHRU dans les implantations. >Organisation de la radiothérapie métabolique</p>	maintien	maintien	maintien	maintien
CHIMIO THERAPIE	<p>Existence de seuils réglementaires. Nécessité d'une unité de reconstitution des anticancéreux.</p> <p>Principe régional : consolider l'offre de soins en oncologie et garantir la qualité des prises en charge sur l'ensemble des territoires.</p> <p>>Détermination d'une fourchette d'implantations prenant en compte le nombre d'établissements autorisés, le niveau d'activité 2010 au regard des seuils requis, l'existence d'une URCC et les perspectives de réorganisation des établissements.</p>	0 à -2	0 à -1	0 à -1	0 à -2

ACTIVITE	CONSTATS PRINCIPES REGIONAUX >MESURES	ARTOIS DOUAISIS	HAINAUT	LITTORAL	METROPOLE FLANDRE INTERIEURE
CHIRURGIE DES CANCERS					
mammaire	Autorisations récentes (octobre 2009); visites de conformité en cours.	0 à -1	0 à -1	0 à -1	0 à -1
digestif	Existence de seuils d'activité réglementaires.	0 à -2	0 à -2	0 à -1	0 à -1
urologique	Principe régional : consolider l'offre de soins en cancérologie et garantir la qualité des prises en charge sur l'ensemble des territoires.	0 à -1	0 à -1	0 à -1	0 à -1
gynécologique		0 à -1	0 à -1	0 à -1	0 à -1
ORL		0 à -1	0 à -1	0 à -1	0 à -1
thoracique	>Détermination d'une fourchette d'implantations prenant en compte le nombre d'établissements autorisés, le niveau d'activité 2010 au regard des seuils requis et les perspectives de réorganisation des établissements.	0 à -1	maintien	0 à -1	0 à -1

ACTIVITE	CONSTATS PRINCIPES REGIONAUX >MESURES	ARTOIS DOUAISIS	HAINAUT	LITTORAL	METROPOLE FLANDRE INTERIEURE
IMAGERIE	Les chiffres reprennent le niveau maximum de la proposition.				
IRM	<p>Forte augmentation du nombre d'équipements au cours du SROS III : le taux d'équipement régional est parmi les meilleurs au niveau national</p> <p>Développement d'une logique de substitution des examens par imagerie en coupe aux examens conventionnels.</p> <p>Objectif de réduction des délais d'accès : 3 jours en hospitalisation et 10 jours en consultation externe à échéance de 2015.</p> <p>Principes régionaux: permettre à l'ensemble de la population régionale d'accéder à une offre de qualité en imagerie, dans un contexte d'évolution rapide des techniques et de spécialisation des professionnels par pathologie d'organe. Favoriser les actions visant à dépister précocement les pathologies, notamment en cancérologie.</p> <p>>Cible d'implantation de 19 appareils supplémentaires (73 au total) d'ici 2015.</p> <p>>Détermination d'une cible de répartition des IRM en fonction de leur nature : 70% IRM polyvalentes et 30% IRM dédiées</p> <p>>Possibilité d'implantations supplémentaires</p>	+4 appareils	+2 implantations +3 appareils	+2 implantations + 3 appareils	+2 implantations +9 appareils

ACTIVITE	CONSTATS PRINCIPES REGIONAUX >MESURES	ARTOIS DOUAISIS	HAINAUT	LITTORAL	METROPOLE FLANDRE INTERIEURE
TEP	<p>Forte augmentation du nombre d'équipements au cours du SROS III : le taux d'équipement régional est parmi les meilleurs au niveau national</p> <p>Principes régionaux: permettre à l'ensemble de la population régionale d'accéder à une offre de qualité en imagerie, dans un contexte d'évolution rapide des techniques et de spécialisation des professionnels par pathologie d'organe. Favoriser les actions visant à dépister précocement les pathologies, notamment en cancérologie.</p> <p>>Possibilité d'implantations et d'appareils supplémentaires</p>	+1 implantation +1 appareil	+1 implantation +1 appareil	+1 implantation +1 appareil éventuellement	+1 implantation +2 appareils
caméras à scintillation	<p>Forte augmentation du nombre d'équipements au cours du SROS III : le taux d'équipement régional est parmi les meilleurs au niveau national</p> <p>Principes régionaux: permettre à l'ensemble de la population régionale d'accéder à une offre de qualité en imagerie, dans un contexte d'évolution rapide des techniques et de spécialisation des professionnels par pathologie d'organe. Favoriser les actions visant à dépister précocement les pathologies, notamment en cancérologie.</p> <p>>Maintien du nombre d'implantations ; augmentation du nombre d'appareils sur implantations existantes</p>	+1 appareil	0	+1 appareil	+1 appareil

ACTIVITE	CONSTATS PRINCIPES REGIONAUX >MESURES	ARTOIS DOUAISIS	HAINAUT	LITTORAL	METROPOLE FLANDRE INTERIEURE
scanners	<p>Forte augmentation du nombre d'équipements au cours du SROS III : le taux d'équipement régional est parmi les meilleurs au niveau national</p> <p>Objectif de réduction des délais d'accès : 3 jours en hospitalisation et 10 jours en consultation, à échéance 2015.</p> <p>>Augmentation du nombre d'appareils ; >Possibilité des nouvelles implantations</p>	+1 appareil sur implantation existante	+1 implantation +2 appareils	+2 implantations +2 appareils	+4 appareils sur implantations existantes

ACTIVITE	CONSTATS PRINCIPES REGIONAUX >MESURES	ARTOIS	HAINAUT	LITTORAL	METROPOLE FLANDRE INTERIEURE
SSR	<p>Mentions accordées récemment suite à la publication des décrets du 17 avril 2008 ; visites de conformité à venir. Objectifs du SROS III révisé atteints.</p> <p>Principe régional : optimiser l'accès et la qualité de l'orientation des personnes vers l'offre de soins de suite et de réadaptation, en fonction des besoins des patients et des spécialités des services.</p> <p>>Maintien du nombre d'implantations >Evolution des mentions au regard des besoins.</p>	<p>-1 mention « locomoteur » - 1 mention « cardiovasculaire » - 2 mentions « personnes âgées dépendantes »</p>	<p>+1 mention « locomoteur »</p>		<p>Implantations : opération à somme nulle (-1 + 1) Mentions : +1 mention « locomoteur » +1 mention « addictologie »</p>
USLD	<p>Requalification juridique des USLD achevée, dans la région, en 2010 : 29 sites sont restés USLD, pour une capacité totale de 1.640 lits.</p> <p>Nouveau décret d'organisation attendu en 2012, sur la base notamment de coupes Pathos à réaliser fin 2011.</p> <p>Principe régional : organiser la prise en charge des personnes âgées de manière coordonnée.</p> <p>>Dans l'attente, maintien des implantations existantes >création d'une implantation supplémentaire par transfert de lits ; capacité régionale totale inchangée.</p>			<p>+ 1 implantation</p>	

ACTIVITE	CONSTATS PRINCIPES REGIONAUX >MESURES	ARTOIS	HAINAUT	LITTORAL	METROPOLE FLANDRE INTERIEURE
IRC	volet à traiter sur 2012 - dans l'attente maintenir les objectifs du SROS III Principe régional : permettre une prise en charge de proximité, adaptée, dans ses modalités, aux besoins du patient.	pas de demande recevable	pas de demande recevable	ZP Berck-Montreuil en UDM, UAD et domicile	pas de demande recevable – affiner le besoin (file active, type de PEC) d'un site supplémentaire en Flandre intérieure
HAD	Taux d'équipement de la région élevé : 16,67 places pour 100.000 habitants (contre un objectif national de 12 à 15 places pour 100.000 habitants) ; 15 structures autorisées pour un total de 671 places. Couverture de l'ensemble des zones de proximité. Principe régional : au regard du taux de couverture satisfaisant, axer les efforts sur l'amélioration du fonctionnement des HAD et leur inscription dans l'environnement sanitaire. >Maintien du nombre d'implantations actuelles	maintien	maintien	maintien	maintien

ACTIVITE	CONSTATS PRINCIPES REGIONAUX >MESURES	ARTOIS	HAINAUT	LITTORAL	METROPOLE FLANDRE INTERIEURE
PSYCHIATRIE*	Développement des alternatives à l'hospitalisation complète Principe régional : assurer une prise en charge de qualité et de proximité >Maintien des objectifs non atteints du SROS III	Psy générale HC 0 à +2 HJ 0 à +3 HN 0 PFT 0 AT 0 à +9 CC 0 CPC 0	Psy générale HC 0 HJ 0 à +2 HN 0 à +2 PFT 0 à +2 AT 0 à +9 CC 0 à +1 CPC 0	Psy générale HC 0 HJ 0 à +1 HN 0 à +3 PFT 0 à +1 AT 0 à +7 CC 0 à +2 CPC 0	Psy générale HC 0 à +1 HJ 0 à +2 HN 0 à +6 PFT 0 à +2 AT 0 à +2 CC 0 à +1 CPC 0
		Psy infanto juvénile HC 0 à +1 HJ 0 à +5 HN 0 PFT 0 à +3 CC 0 à +1	Psy infanto juvénile HC 0 à +2 HJ 0 à +5 HN 0 à +1 PFT 0 à +2 CC 0	Psy infanto juvénile HC 0 à +1 HJ 0 à +5 HN 0 PFT 0 CC 0	Psy infanto juvénile HC 0 HJ 0 à +8 HN 0 à +3 PFT 0 à +3 CC 0 à +1

* Le volet psychiatrie : Ice volet est transitoire, dans l'attente du futur plan national sur la psychiatrie.



Décision portant création du Comité de Pilotage du Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) du Nord Pas-de-Calais

LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE DU NORD PAS-DE-CALAIS

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

Vu le Code de la santé publique, en particulier ses articles L.1434-1 à -12 et R.1434-1 à -8 ;

Vu le décret n°2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé ;

Vu le décret du 1^{er} avril 2010 portant nomination de M. Daniel LENOIR en qualité de Directeur général de l'Agence Régionale de Santé du Nord Pas-de-Calais ;

Sur proposition du Directeur général délégué de l'Offre de Soins et du Directeur de la Stratégie, des Etudes et de l'Evaluation ;

Après avis du comité exécutif de l'ARS en date du 9 mai 2011 ;

DECIDE

Article 1 – Il est créé un comité de pilotage du Schéma Régional d'Organisation des Soins, chargé d'assurer le suivi général des travaux d'élaboration et de valider les résultats des principales étapes.

Article 2 - Ce comité de pilotage est présidé par :

- M. Jean-Pierre ROBELET, *Directeur général délégué chargé de l'Offre de Soins de l'ARS*

et co-présidé par :

- Mme Marie-Christine PAUL, *Présidente de la Commission Spécialisée de l'Offre de Soins de la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie*

- M. le Docteur Philippe CHAZELLE, *Président de l'URPS*

Article 3 - Sont également membres de ce comité :

- M. Jean ARNOULT, *Président du Conseil de l'Ordre des Pharmaciens du Nord-Pas-de-Calais*
- Mme Cécile BOURDON, *Vice Présidente du Conseil Régional du Nord-Pas-de-Calais*
- M. André BOUVET, *Directeur de la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS)*
- M. Bruno DELAVAL, *Directeur de l'URIOPSS du Nord-Pas-de-Calais*
- M. le Docteur Bruno DELFORGE, *Coordonnateur régional de l'Assurance Maladie*
- M. Gérard DESCHRYVER, *Vice-Président de l'URIOPSS du Nord-Pas-de-Calais*
- M. le Docteur Alain DESTEE, *Président de la CME du CHRU de Lille*