Volets médicaux

I.RÉANIMATION / SOINS INTENSIFS / SURVEILLANCE CONTINUE....7

INTRODUCTION.... 7
1.LE BILAN DE L'OFFRE DE SOINS DANS LA REGION NORD-PAS DE CALAIS EN 2010....7
1.1.Réanimation non spécialisée.... 8
1.2.Réanimations spécialisées :.... 13
1.3.Les soins intensifs (hors unités des soins intensifs cardiologiques, hématologiques et neurovasculaires) :....15
1.4.La surveillance continue :.... 16
1.5.Les autres activités reconnues :.... 17
2.ORIENTATIONS....22
3.DECLINAISON DES OQOS EN IMPLANTATIONS....24
II.CHIRURGIE....26

INTRODUCTION.... 26
1.DIAGNOSTIC....27
2.ORIENTATIONS....33
2.1.Optimiser l'organisation de la prise en charge chirurgicale.... 33
2.2.Maintenir ou renforcer une dynamique de développement et de structuration des coopérations....34
2.3.Recomposition de l'offre de soins par territoire : permanence et continuité des soins 34
3.LES ORIENTATIONS SPECIFIQUES....35
3.1.Chirurgie orthopédie traumatologie 35
3.2.Chirurgie pédiatrique.... 36
3.3.Chirurgie thoracique.... 40
3.4.Chirurgie urologique 41
3.5.Chirurgie vasculaire 41
3.6.Chirurgie gynécologique 41
3.7.Chirurgie plastique....42
3.8.Chirurgie ophtalmologique....42
3.9.Chirurgie ORL, maxillofaciale et stomatologie 43
3.10.Chirurgie de l'obésité....43
3.11.Chirurgie endocrinienne et métabolique....43
4.EVOLUTION DES PRATIQUES....43
5.DECLINAISON DES OQOS EN IMPLANTATIONS D'ACTIVITE DE CHIRURGIE....45
III.IMAGERIE MEDICALE....46
1.ETAT DES LIEUX....46
1.1.Bilan qualitatif....46
1.2.Bilan quantitatif....47

2.CONTEXTE ET ENJEUX....48
3.ORIENTATIONS....49
4.DECLINAISON DES OQOS EN IMPLANTATIONS ET EN NOMBRE D'EQUIPEMENTS....49
5.CHIFFRAGE....55
IV.TECHNIQUES INTERVENTIONNELLES UTILISANT L'IMAGERIE MEDICALE EN CARDIOLOGIE....56

INTRODUCTION....56
1.ETAT DES LIEUX....68
1.1.Sur les Unités de Soins Intensifs en Cardiologie (USIC)....68
1.2.Sur les activités utilisant des techniques interventionnelles en cardiologie....71
2.ORIENTATIONS....74
2.1.Sécuriser la prise en charge et la continuité des soins pour l'ensemble des actes :....74
3.DECLINAISON DES OQOS EN IMPLANTATIONS....76
V.PERINATALITE / AMP / DPN....81
1.ETAT DES LIEUX....81
1.1.Rappel des objectifs du SROS III....81
1.2.Bilan quantitatif....87
2.ORIENTATIONS....90
2.1.Adapter l'offre de soins aux besoins de la population et à la possibilité de garantir une prise en charge sécurisée et de qualité....90
2.2.Améliorer la continuité de la prise en charge (filière de soins)....91
2.3.Améliorer l'accès à l'assistance médicale à la procréation, au diagnostic prénatal et au diagnostic préimplantatoire....91
2.4.Améliorer l'accès aux soins en s'appuyant sur l'ensemble des acteurs....91
2.5.Améliorer l'efficience....91
3.DECLINAISON DES OQOS EN IMPLANTATIONS ET EN NOMBRE D'EQUIPEMENTS....91
VI.INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG)....96
1.ETAT DES LIEUX....96
1.1.Le SROS III : Rappel des objectifs et bilan....96
2.ORIENTATIONS....97
2.1.Mieux structurer les centres d'orthogénie....97
2.2.Mieux respecter le choix de la femme entre les différentes techniques....98
2.3.Garantir, à toutes les femmes qui le souhaitent un accompagnement adapté....98
2.4.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....98
2.5.Harmoniser les prises en charge au niveau régional....98
VII.PRISE EN CHARGE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS....99
1.ETAT DES LIEUX : BILAN DU SROS III....99
2.ORIENTATIONS DU SROS PRS....103

VIII.OBESITE.....105

INTRODUCTION.....105
1.ETAT DES LIEUX 106
1.1.Bilan qualitatif.....106
1.2.Bilan quantitatif.....106
2.CONTEXTE.....107
2.1.Une nouvelle donne 107
3.ORIENTATIONS.....107
IX.LES SOINS AUX PERSONNES AGEES.....108
1.RAPPEL DES OBJECTIFS DU SROS III 108
2.MISE EN ŒUVRE DES OBJECTIFS DU SROS III 109
3.BILAN QUANTITATIF 113
4.ORIENTATIONS 120
4.1.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 » dans chaque zone de proximité, en plaçant le médecin traitant au cœur du dispositif : 121
4.2.Poursuivre le développement de la gériatrie hospitalière.....122
4.3.Développer les entrées directes en lien avec les médecins traitants :.....123
4.4.Favoriser le développement des alternatives à l'hospitalisation :.....123
4.5.Développer et articuler les prises en charge gériatriques dans le cadre de SSR spécialisés de proximité : 124
4.7.Développer la prévention et l'éducation du patient en établissements de santé par :.....125
4.8.Développer des partenariats spécialisés et/ou formations pour améliorer les prises en charge avec des référents pour la filière gérontologique de secteur :.....125
4.9.Développer les partenariats avec le secteur médico-social 126
4.10.Inciter les établissements et services à participer au développement de l'aide aux aidants :.....127
4.11.Soutenir et encourager la politique de formation gériatrique régionale.....128
5.DECLINAISON DES IMPLANTATIONS EN USLD.....129
X.PRISE EN CHARGE DES CANCERS.....130
1.Rappel des objectifs du SROS III 130
1.1.Indicateurs utilisés.....131
2.ORIENTATIONS.....135
2.1.Consolider l'organisation autour des établissements autorisés aux activités de traitement du cancer :.....135
2.2.Garantir une offre de soins territoriale accessible et cohérente :.....135
2.3.Optimiser l'organisation des Réunions de Concertation Pluridisciplinaires en Cancérologie (RCP) :.....136
2.4.Renforcer les démarches qualité et promouvoir les bonnes pratiques :.....136
2.5.Veiller à la qualité des soins en radiothérapie (externe et interne vectorisée) :.....136
2.6.Densifier et moderniser les plateaux techniques d'imagerie médicale, d'anatomopathologie et de biologie :.....136
2.7.Soutenir les innovations technologiques :.....136

2.8.Favoriser la cohérence et la fluidité des parcours de santé : 136
2.9.Déployer des systèmes d'information favorisant des prises en charge médicale efficiente et de qualité : 136
3.DECLINAISON DES IMPLANTATIONS 137
XI.SOINS PALLIATIFS 139
1.Rappel des objectifs du SROS III 139
2.Bilan du volet (2006-2011) 139
2.1.Les soins palliatifs en établissements de santé 139
2.2.Les soins palliatifs au domicile et dans les établissements médico-sociaux 141
2.CONTEXTE 147
3.ORIENTATIONS 147
XII.SOINS DE SUITE ET READAPTATION (SSR) 149
1.ETAT DES LIEUX 149
1.1.Rappel des objectifs du SROS III 149
2.ORIENTATIONS 152
3.DECLINAISON DES IMPLANTATIONS 152
3.1.Nombre d'implantations d'activité de soins de suite et de réadaptation 152
3.2.Nombre d'implantations pour la prise en charge des enfants ou des adolescents 153
3.3.Nombre d'implantations d'activités de soins de suite et de réadaptation spécialisés 153
XIII.ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX (AVC) 157
1.ETAT DES LIEUX 157
2.CONTEXTE 157
3.ORIENTATIONS 158
XIV.ADDICTOLOGIE 160
1.ETAT DES LIEUX 160
1.1.Bilan qualitatif 160
1.2.Bilan quantitatif 162
2.CONTEXTE ET ENJEUX 163
3.ORIENTATIONS 165
XV.PSYCHIATRIE 166
1.ETAT DES LIEUX 166
1.1.Bilan qualitatif 166
1.2.Bilan quantitatif 167
2.CONTEXTE ET ENJEUX 168
3.ORIENTATIONS 169
4.DECLINAISON DES IMPLANTATIONS 170

XVI.TRANSFUSION SANGUINE....171

INTRODUCTION.... 171
1.DEFINITIONS....171
2.ETAT DES LIEUX....171
3.ORIENTATIONS....172
XVII.GROUPES DE TRAVAIL....173
1. RÉANIMATION / SOINS INTENSIFS / SURVEILLANCE CONTINUE.... 173
2.CHIRURGIE.... 174
3.IMAGERIE MEDICALE.... 175
4.TECHNIQUES INTERVENTIONNELLES UTILISANT L'IMAGERIE MEDICALE EN CARDIOLOGIE.... 176
5.PERINATALITE / AMP / DPN.... 179
6.INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG).... 182
7.PEDIATRIE.... 185
8.OBESITE.... 188
10.CANCER.... 190
11.SOINS PALLIATIFS.... 191
12.SOINS DE SUITE ET READAPTATION (SSR).... 192
13.ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX (AVC).... 193
14.ADDICTOLOGIE.... 194
15.PSYCHIATRIE.... 197
16.TRANSFUSION SANGUINE.... 199

I. RÉANIMATION / SOINS INTENSIFS / SURVEILLANCE CONTINUE

INTRODUCTION

Le volet "réanimation, soins intensifs, surveillance continue" du SROS-PRS s'inscrit dans la continuité du SROS III.

Le présent document aborde un bilan succinct du SROS III. Trois études régionales concernant l'activité des services concernés et les ressources humaines, sont en cours de recueil qui viendront compléter celui-ci.

- **Rappel des définitions :**

Les décrets de 2002 avaient donné une définition des activités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue ;

- **Réanimation** : " Les soins de réanimation sont destinés à des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance…Cette activité est exercée dans des établissements de santé…pouvant assurer la mise en œuvre prolongée de techniques spécifiques, l'utilisation de dispositifs médicaux spécialisés ainsi qu'une permanence médicale et paramédicale à la disposition exclusive de l'unité. "

- **Soins intensifs (SI)** : " Les soins intensifs sont pratiqués dans les établissements de santé comprenant une ou plusieurs unités organisées pour prendre en charge des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une défaillance aiguë de l'organe concerné par la spécialité au titre de laquelle ils sont traités mettant directement en jeu à court terme leur pronostic vital et impliquant le recours à une méthode de suppléance. "

- **Surveillance continue (SC)** : " La surveillance continue consiste en la prise en charge de malades pour une observation clinique et biologique répétée et méthodique et pour un monitorage, en raison du niveau de gravité de leur état ou du traitement qui leur est appliqué, avec la crainte de la survenue d'une ou plusieurs défaillances vitales ou qui ne leur permettent pas un retour dans une unité d'hospitalisation classique. Elle constitue un niveau intermédiaire entre les unités de réanimation et les unités de soins conventionnelles….Les unités de surveillance continue ne peuvent en aucun cas prendre en charge de façon prolongée des patients traités par assistance ventilatoire ".

1. LE BILAN DE L'OFFRE DE SOINS DANS LA REGION NORD-PAS DE CALAIS EN 2010

1.1. Réanimation non spécialisée

Le dispositif de réanimation non spécialisée dans la région s'organise autour de 19 services, dans 17 établissements, le CHRU en comptant trois, pour un total de 258 lits installés au 15 mai 2011.

Tableau 1 : Lits installés et taux d'occupation par établissement et par territoire de santé

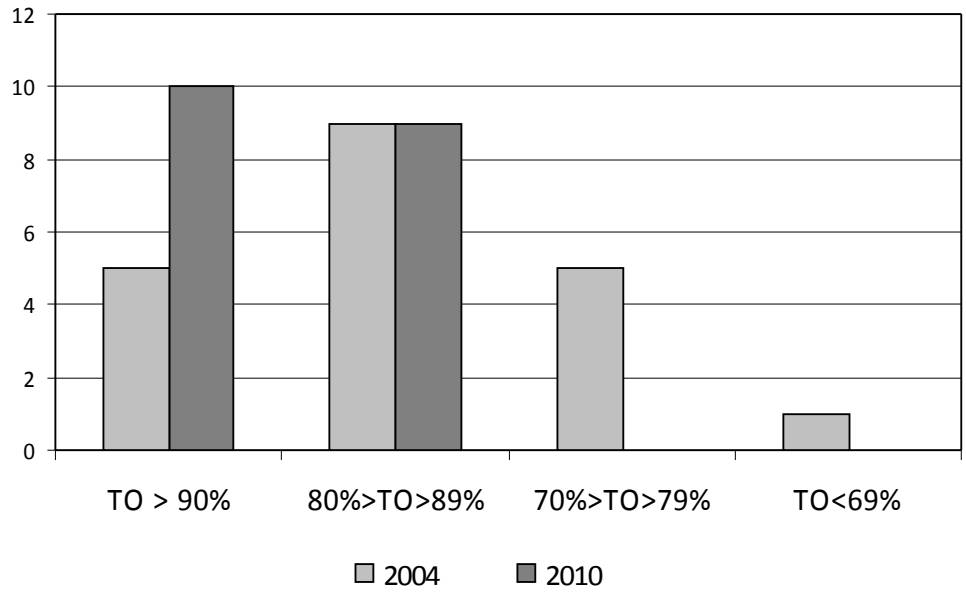
Services de réanimation autorisés	Nb habitants (RP 2008)	Nb de lits autorisés et installés au 15 mai 2011	Capacité par million d'habitants en 2011	Capacité par million d'habitants en 2004	Moyenne 2008 – 2010 du taux d'occupation en %
CH Calais	159778	10	62,58	66,22	92
CH Saint Omer	118253	8	67,65		82,2
CH Dunkerque	255081	13	50,96	49,43	87,42
CH Boulogne	162766	10	61,43	66,35	80
CHAM	112612	8	71,04		100
sous-total Littoral	808490	**49**	**60,6**	**60,78**	**88,32**
CH Lens	369489	15	40,59	39,9	92,48
CH Douai	247626	10	40,38	31,53	93,16
CH Arras	244511	10	40,89	42,59	91,3
CH Béthune	292122	9	30,8	34,04	92,5
sous-total Artois	1153748	**44**	**38,13**	**37,21**	**92,36**
CH Cambrai	159562	8	50,13	48,95	86,4
CH Valenciennes	349097	22	63,01	55,9	88,03
CH Maubeuge	234131	10	42,71	37,94	91,1
sous-total Hainaut	742790	**40**	**53,85**	**49,34**	**88,51**
Saint Philibert		12			90,57
CH Tourcoing		16			83,03

CH Roubaix		25			81,85
CHRU - URRM		34			93,04
CHRU – réa poly		16			89,33
CHRU - réa chirurgicale		14			98,75
CH Armentières		8			87,23
sous-total Métropole	1319462	**125**	**94,73**	**92,5**	**89,11**
Total Région	**4024490**	**258**	**64,1**	**62,3**	**89,57**

Source : enquête régionale ARS NPDC 2011

Outre la répartition des lits, ce tableau fait figurer les taux d'occupation (TO) des services, pour constater que 53% d'entre eux ont plus de 90% de TO (contre 25% fin 2004) et 47% entre 80 et 89% (contre 33% fin 2004). Le taux d'occupation moyen régional est passé de 84,40% en 2004 à 89,57% en 2010.

Figure 1 : Comparaison 2004-2010 du nombre de services de réanimation en fonction de leur taux de d'occupation



Par ailleurs, figure dans le tableau précédent le ratio d'équipement en lits par million d'habitants, qui met en évidence d'importantes différences entre les territoires de santé : la Métropole est le territoire le mieux équipé de la région, avec un ratio de 94 lits par million d'habitants et l'Artois le moins bien avec 38 lits par million d'habitants, pour une moyenne régionale de 64 lits par million d'habitants.
Ces données peuvent être analysées au regard des données de la Statistique d'Activité des Établissements 2009 (SAE), qui dans son questionnaire Q14 recense le nombre de lits de réanimation déclarés par les établissements.

Tableau 2 : Comparaison du nombre de lits par million d'habitants en France et dans le NPDC

	Région NPdC	France sauf NPdC
Nombre de lits		
2002	252	5355
2009	258	4769 (synthèse DHOS 2009)
Population RP INSEE 2001 RP INSEE 2008	 4013637 4024490	 59038459 63962000
Nombre de lits par million d'h		
2002	62,78	97,32
2009	64,1	74,55

Source : SAE 2002-2009 – Q14 et Recensement population de 2001-2008

Cette comparaison met en évidence que la région Nord Pas de Calais, qui représente 6,3% de la population, dispose de 5,64% de la capacité de réanimation nationale, pour y réaliser 3,74% des admissions[1] (différentiel lié aux durées de séjour plus longues) et 5,40% des journées[2].

L'activité des réanimations est importante : les taux d'occupation sont élevés, les durées moyennes de séjour (DMS) sont longues, l'index de gravité simplifié (IGS 2) est élevé.

Les données régionales des années antérieures à 2010 comparées entres elles ainsi qu'aux données nationales ou disponibles dans d'autres régions (cf. tableau 4), montrent que :

- la durée moyenne de séjour est plus longue dans le Nord-Pas de Calais ;
- les scores de gravité sont plus élevés ;
- les taux de patients ventilés et ventilés plus de 48 heures sont plus importants de 25%[3].

Les données de la région Nord-Pas-de-Calais sont cohérentes au fil des enquêtes et vont parfois en s'aggravant comme l'IGS 2 moyen relevé en 2007 à plus de 47 versus 45,6 en 2004 et 40 en 2002.

[1] SAE 2009 : 19 5462 admissions en France, 7309 en région Nord Pas-de-Calais

[2] SAE 2009 : 1446440 journées en France 78041 en Nord Pas-de-Calais

[3] Il est entres autres de 25,3% dans la SAE 2009 France entière contre près de 60% pour la région en 2007

Tableau 3 : activité des services de réanimation de la région Nord- Pas de Calais

Services de réanimation autorisés	Nb de journées d'hospitalisation		Nb d'entrées		DMS		IGS 2 moyen	
	2004	2007	2004	2007	2004	2007	2004	2007
sous-total Littoral	13 945	12649	1 610	1263	8,97	9,62	44,08	46,6
sous-total Artois	12 738	12995	1 204	1208	10,81	11,37	45,43	47
sous-total Hainaut	10 577	12127	1 062	1061	10,19	10,92	48,03	49,1
sous-total Métropole	31 342	35696	3 838	3433	10,38	11,01	44,92	46,8
Total	**68 602**	**73467**	**7714**	**6965**	**10,09**	**10,73**	**45,61**	**47,37**

Source : enquête COTER 2004 – actualisation ARH 2007

Tableau 4 : Réanimation : Comparaison des principaux indicateurs d'activité régionaux avec 2 enquêtes françaises

	Bdd CUBREA[4] 2000	Enquête réa NPdC 2001 (données 2000)	Enquête réa NPdC 2003 (données 2002)	Enquête réa NPdC 2008 (données 2007)	Rapport de Benchmark pilote ANAP – 2010
	35 services de réa d'Ile de France	19 services de réa de la région NPDC	19 services de réa de la région NPDC	19 services de réa de la région NPDC	18 services de réa français (mini - maxi)
Age moyen	56		60,2	61,47	
Age médiane	57	60,7	63,4		
IGS II moyen	37,1		41,5	47,4	Mini 25,2 Maxi 51,9
%de patients ventilés	41,5	65,1	69,6	72,6	
%de patients ventilés > 48 h	22	50,3	47,2	59,8	Mini 11 Maxi 91
Taux de mortalité en réanimation	17,3	22,1	25,3	26,7	Mini 3 Maxi 35
Taux de mortalité	21,2	30,9			

[4] CUBREA : Collège des utilisateurs des bases de données en Réanimation. Site www.paris-ouest.univ-paris5.fr/hebergement/cubrea

hospitalière Durée moyenne de séjour			9,81	10,73	Mini 3,5 Maxi 17

Les données comparant la domiciliation des malades à leur lieu d'hospitalisation sont en cours de recueil.

Lors des enquêtes précédentes (2002 et 2007), les taux de patients hospitalisés en dehors de leur territoire, bien qu'y résidant, étaient beaucoup plus importants dans les territoires de santé de l'Artois et du Hainaut qu'en Métropole et sur le Littoral. Ce constat était le corollaire du ratio d'équipement par million d'habitants, précédemment vu et toujours d'actualité, ainsi que des taux d'occupation élevés et des durées moyennes de séjour très élevées, à plus de 11 jours de moyenne pour trois des quatre établissements concernés.

Le territoire de santé du Littoral semblait globalement autonome, peu "exportateur" de malades vers les autres bassins, nonobstant le CHRU, avec toutefois, un taux d'occupation global de près de 85%.

Le territoire de santé de la Métropole semblait autonome, plus "importateur" qu'exportateur, et présentait une offre de soins se rapprochant de la moyenne nationale. Toutefois, certains services présentaient un taux d'occupation élevé. Ce dernier a par ailleurs nettement augmenté entre 2002 et 2007 (80,7% puis 87,6%).

En conclusion, il résulte de cet état des lieux du dispositif de réanimation dans la Région du Nord Pas de Calais :

- une offre de soins inégalement répartie entre les territoires de santé, avec des ratios d'équipement par million d'habitants variant du simple à plus du double ;
- une activité dense voire intensive dans la quasi totalité des services, avec la moitié d'entre eux à plus de 90% de taux d'occupation en 2010 ;
- une durée moyenne de séjour élevée en 2002 et 2007, liée à la prévalence de l'insuffisance respiratoire chronique et qui reste globalement autour des 10 jours dans l'analyse des 1ers résultats de l'enquête 2010
- des mouvements des malades entre zones de proximité ou territoires de santé nombreux, à inscrire en corollaire du taux d'occupation ;
- une lourdeur de prise en charge des malades tendant à s'aggraver (IGS II, les taux de patients ventilés et ventilés plus de 48 heures, âge moyen, taux de patients de plus de 75 ans)

1.2. Réanimations spécialisées :

Hormis la réanimation pédiatrique, ces activités sont, depuis la publication du Schéma inter régional de l'offre de soins (SIOS) en février 2008, liées à des autorisations ; le SIOS faisait suite à la publication des décrets précisant les conditions d'implantation et de fonctionnement des spécialités de neurochirurgie et chirurgie cardio-vasculaire.

L'avenant au SROS III publié en septembre 2008, définit les cibles en terme d'implantations et de capacités des réanimations correspondantes devenues soumises à autorisation.
Les autorisations ont été délivrées aux établissements courant 2009.

Tableau 5 : Réanimation neurochirurgicale : nombre de lits installés au 15 mai 2011

réanimation neurochirurgicale	Nb de lits installés au 15 mai 2011
CHRU	18
CH valenciennes	7
Polyclinique du Bois	2[5]
Total lits réanimation neurochirurgicale	27

Tableau 6 : Réanimation de chirurgie cardio-vasculaire : nombre de lits installés au 15 mai 2011

réanimation de chirurgie cardio-vasculaire	Nb de lits installés au 15 mai 2011
CHRU - Hôpital cardiologique	14
GIE de chirurgie cardiaque de Lens	6
Polyclinique du Bois - Lille	8
Total lits réanimation CCV	28

Tableau 7 : Réanimation pédiatrique spécialisée : nombre de lits installés au 15 mai 2011

Lits de réanimation pédiatrique	Nb de lits installés au 15 mai 2011
CHRU - Hôpital Jeanne de Flandre	16

Sont considérés comme relevant de la réanimation pédiatrique
- tous les enfants de plus de 28 jours, non admis par transfert/mutation d'une maternité

[5]La Polyclinique du Bois a été autorisée et a installé une réanimation spécialisée de 10 lits dont 8 post chirurgie cardio-vasculaire et 2 post chirurgie neurologique

- tous les enfants de moins de 28 jours :
  * soit hospitalisés pour une affection chirurgicale quel que soit le mode d'entrée
  * soit non admis par transfert/mutation d'une maternité quel que soit le motif d'hospitalisation.

1.3. Les soins intensifs (hors unités des soins intensifs cardiologiques, hématologiques et neurovasculaires) :

Depuis la rédaction du SROS III, 14 implantations de soins intensifs ont été reconnues pour une cible de 11 à 19 (auparavant, aucune reconnaissance opérée).

Tableau 8 : Soins intensifs : nombre d'implantations reconnues au 15 mai 2011

Soins intensifs (hors USIC)	Implantations reconnues au 15/05/2011	Implantations prévues à l'issue du SROS III	Possibilité d'implantations supplémentaires
Littoral	2		
Artois	3		
Hainaut	1		
Métropole	7		
Région	**13**	**11 ≤ ≥ 19**	**0 ≤ ≥ 6**

151 lits de soins intensifs ont été reconnus dans la région, parmi lesquels, 133 installés et bénéficiant d'une visite de contrôle positive au 15 mai 2011. Ils se répartissent de la manière suivante :

Tableau 9 : Soins intensifs : nombre de lits reconnus au 15 mai 2011

Territoire de santé	Nombre de lits reconnus	Nombre de lits installés
Littoral	**18**	**18**
Artois	**18**	**18**
Hainaut	**10**	**10**
Métropole	**105**	**87**

Total	**151**	**133**

Hormis deux sites (1 sur le Littoral et l'autre sur la Métropole) qui relèvent de spécialités d'organe, il s'agit de soins intensifs « polyvalents » à orientation chirurgicale ou médicale.

1.4. La surveillance continue :

Lors du SROS de deuxième génération, 204 lits de Médecine à orientation SC avaient été attribués (en 2004 et 2005). Au total, depuis la rédaction du SROS III, 52 implantations de surveillance continue ont été reconnues pour une cible maximale de 56.

Tableau 10 : Surveillance continue adulte : nombre d'implantations reconnues au 15 mai 2011

Littoral	**12**	**5 ≤ ≥ 12**	**0**
Pour mémoire, 97 lits reconnus pour une cible prévue de 105			
Artois	**13**	**4 ≤ ≥ 14**	**1**
Pour mémoire, 126 lits reconnus pour une cible prévue de 145			
Hainaut	**12**	**3 ≤ ≥ 14**	**2**
Pour mémoire, 94 lits reconnus pour une cible de 100			
Métropole	**15**	**6 ≤ ≥ 16**	**1**
Pour mémoire, 184 lits reconnus pour une cible prévue de 200			
Total	**52**	**18 ≤ ≥ 56**	**4**

Tableau 11 : Surveillance continue adulte : nombre de lits reconnus au 15 mai 2011

Territoire de santé	Nombre de lits	Lits installés et avis favorable de la visite de contrôle
Littoral	**97**	**60**
Artois	**126**	**98**
Hainaut	**94**	**76**
Métropole	**188**	**105**
TOTAL	**505**	**339**

1.5. Les autres activités reconnues :

Il s'agit des reconnaissances de surveillance continue pédiatrique, des unités de soins intensifs neurovasculaires et hématologiques qui sont en partie reprises dans les volets du SROS-PRS correspondants et ne seront pas développées dans ce document.

Tableau 12 : Surveillance continue pédiatrique : nombre de lits reconnus au 15 mai 2011

Territoires	Implantations reconnues au 15/05/2011	Implantations prévues à l'issue du SROS III	Possibilité d'implantations supplémentaires
Littoral	**2**	**3**	**+ 1**
Artois	**2**	**3**	**+ 1**
Hainaut	**3**	**3**	**0**
Métropole	**2**	**3**	**+ 1**
Total	**9**	**12**	**3**

Tableau 13 : Unités de soins intensifs neurovasculaires : nombre de lits reconnus au 15 mai 2011

Territoire	Nombre d'implantations reconnues	Nombre de lits reconnus	Nombre de lits installés

Littoral	**3**	**18**	**18**
Artois	**2**	**13**	**13**
Hainaut	**2**	**11**	**7**
Métropole	**3**	**22**	**20**
Total	**10**	**64**	**58**

Tableau 14 : Unités de soins intensifs hématologiques : nombre de lits reconnus au 15 mai 2011

Territoire	Implantations	Nombre de lits déclarés
Littoral	**2**	**9**
Artois	**1**	**4**
Hainaut	**1**	**6**
Métropole	**3**	**31**
Total	**7**	**49**

Etat des lieux :

Le SROS III comportait un volet réanimation, soins intensifs et surveillance continue.
Les unités de soins intensifs cardiologiques (USIC) sont dorénavant rattachées au volet « techniques interventionnelles utilisant l'imagerie par voie endovasculaire en cardiologie ».

Le SROS III avait centré ses objectifs sur la territorialisation de l'offre de soins :
Le niveau d'autonomie retenu pour les réanimations non spécialisées était le territoire de santé ; il s'agissait de renforcer quantitativement l'offre de soins régionale, sans créer de nouveau service de réanimation.

Par ailleurs, la capacité des services existants dans les bassins de vie de l'Artois et du Hainaut, les plus déficitaires au regard de la population desservie, devait être augmentée.
Hors CHRU, les activités de réanimation de chaque établissement devaient également être regroupées dans un seul service et dans une unité de lieu.

Aucun nouveau service n'a été créé durant la période du SROS précédent ; les réanimations du CH de Roubaix ont été fusionnées.

Le renforcement des capacités existantes visait :
- l'Artois (cible : 65 lits) ; les services de Douai et d'Arras ont été redimensionnés conformément aux cibles du SROS III ; le service d'Arras exploite 10 lits sur 15 prévus. Le service de Béthune est en cours de restructuration (nouveau service).
Le service de réanimation de Lens reste le seul à ne pas avoir encore engagé ses travaux.
Au total, 44 lits sont actuellement exploités contre 49 installés.
- le Hainaut (cible : 43 lits) : les services de Valenciennes et Cambrai sont neufs ; le service de réanimation de Maubeuge est dans la même situation que celui de Lens. Le service de Valenciennes a été étendu à 29 lits dont 22 de réanimation non spécialisée et 7 de réanimation neurochirurgicale.
Au total, 40 lits sont actuellement installés et exploités .
- le Littoral (cible : 56 lits) : aucune augmentation de capacité n'a été réalisée sur ce territoire qui garde 49 lits installés.

Pour la Métropole , le SROS prévoyait un maintien de la capacité de 120 lits installés ; 125 lits sont actuellement autorisés pour 120 exploités.

Pour les soins intensifs polyvalents et spécialisés hors USIC, le niveau de prise en charge retenu était la région ; l'objectif était d'installer les soins intensifs hors USIC en reconnaissant une capacité régionale comprise entre 140 et 170 lits.

151 lits de soins intensifs ont été reconnus dans la région et 133 sont d'ores et déjà installés. (cf. tableau 9)

Le niveau d'autonomie retenu pour les unités de surveillance continue était le territoire de santé comme pour les réanimations. L'objectif était d'installer ces unités en reconnaissant une capacité régionale maximale de 550 lits de surveillance continue polyvalente adulte, chaque territoire de santé devant disposer d'un nombre de lits tenant compte des capacités de réanimations non spécialisées installées et des besoins de la population.

505 lits de surveillance continue ont été reconnus dans la région dans les établissements publics, privés et ESPIC[6] et 339 sont installés. (cf. tableau 11)
80% des lits reconnus sont installés dans le Hainaut contre 55% en Métropole (48% au CHRU).

Parmi les établissements autorisés pour la réanimation non spécialisée et devant disposer d'une surveillance continue de capacité au moins égale à la moitié du nombre de lits de réanimation, 4 ne l'ont pas encore installée : il s'agit des CH de Dunkerque, Boulogne, du CHRU et du GHICL.

Concernant la pédiatrie, les lits d'USC médicale du CHRU de Lille n'ont pas été installés.

[6]Ancien établissement « psph » (participant au service public hospitalier)

Le second objectif que s'était fixé le SROS III était l'organisation graduée du dispositif :

- individualiser les unités de réanimation partageant des locaux et des ressources avec des activités de soins intensifs cardiologiques, des activités de surveillance continue, ou d'autres activités ;
- établir les filières de soins des patients entre réanimation, soins intensifs et surveillance continue en formalisant une charte de fonctionnement entre les services de réanimation, soins intensifs et surveillance continue, respectant les critères des décrets et des cahiers des charges
- clarifier et faciliter la filière des malades de réanimation en formalisant une charte de fonctionnement entre le service de réanimation et les services d'amont et d'aval habituels ;
- constituer un réseau régional des réanimations de la région Nord Pas-de-Calais pour organiser l'évaluation de la morbidité à long terme des personnes prises en charge en réanimation et mieux cerner le besoin de SSR post-réanimation, standardiser le codage PMSI des réanimations de la région, développer la protocolisation et l'harmonisation des bonnes pratiques ;
- organiser une concertation entre les établissements disposant de réanimation au niveau des territoires de santé afin de mieux planifier les fermetures estivales des lits ou la prise en charge de l'afflux hivernal dans chaque territoire ;
- prendre en compte la prévention et la réinsertion / réadaptation au delà des soins en structurant l'activité de SSR de sevrage post – réanimation ;
- mettre aux normes les locaux

Les unités de réanimation sont toutes individualisées.

Les chartes de fonctionnement entre les 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 tel ; cependant, une partie des missions de ce réseau a été mise en œuvre par les membres de l'ex Comité Technique Régional de réanimation. Celui-ci a par exemple produit une convention de coopération type entre établissements disposant d'une réanimation et ceux n'en disposant pas mais titulaires d'unités devant réglementairement passer un accord partenarial avec d'autres établissements pour la prise en charge de patients en réanimation.
Le réseau pédiatrique entre USC et réanimation pédiatrique du CHRU fonctionne depuis 2008.

La concertation des planifications de fermeture de lits estivales a été initiée en 2010 et reconduite en 2011 où elle a fait l'objet courant mai d'une rencontre entre principaux établissements sièges de réanimation, urgences et SAMU dans chaque territoire de santé.
Les fermetures programmées de lits en réanimations spécialisées ou non, adultes et enfants, surveillance continue, soins intensifs, USIC et unités neurovasculaires ont été recensées puis présentées, ainsi que les principaux dispositifs de surveillance et d'alerte mis en place au niveau national et en région pour anticiper et alerter sur les risques de tensions hospitalières.
Ce type de recensement sera reconduit pour la période hivernale et les rencontres réitérées pour la période estivale dans les années concernées par le SROS-PRS.

L'activité de SSR a été structurée de par le volet du SROS revu en 2009 et la délivrance d'autorisation qui a suivi. Par contre, l'activité de SSR de sevrage post-réanimation n'est pas prévue dans les mentions de SSR spécialisé.
Les patients sortant de réanimation et nécessitant une prise en charge rééducative relèvent désormais de services de SSR bien identifiées : ceux avec mention spécialisée (pneumologie, cardiologie, locomoteur, neurologie...) ou ceux non spécialisés (polyvalents).

Le réaménagement des locaux a concerné plusieurs établissements : certains ont reconstruit (CH de Douai, Arras, Valenciennes, Cambrai) d'autres sont en cours de restructuration (CHRU, Béthune, Calais) ou l'ont programmée (Maubeuge, Lens, Roubaix).
Le territoire de santé de l'Artois qui, dans son ensemble, était le moins doté a été prioritaire pour la remise à niveau, tout comme le Hainaut, également mal doté.
Les restructurations prioritaires concernent désormais les CH de Lens et de Maubeuge qui disposent de services de réanimation présentant une obsolescence globale du bâti.

Le troisième objectif était de garantir la qualité et la sécurité des soins, notamment par le confortement des équipes médicales :

Il avait été notamment préconisé de travailler sur l'ouverture des postes de chefs de clinique assistants ; le démographie médicale se dégrade et les futurs diplômés sortants ne pourront compenser les seuls départs à la retraite, nombreux dans les dix années à venir.
Si le déficit se fera sentir sur l'ensemble du territoire national, il sera d'autant plus patent dans une région qui déjà, dispose d'une densité de médecins spécialistes très inférieure à la moyenne française.

Le SROS III avait également recommandé le développement du prélèvement d'organes avec :

- l'organisation du réseau de prélèvement et des liens avec les coordinations hospitalières en incitant l'inscription de tout établissement de santé disposant d'un service de réanimation ou de surveillance continue ou susceptible de prendre en charge des « comas graves » dans un des réseaux de prélèvement mis en place par l'Agence de la biomédecine ;
- le signalement sans délai de tout sujet en état de mort encéphalique clinique de 0 à 80 ans aux équipes de coordination hospitalière ;
- la participation d'une infirmière de chaque unité de réanimation à l'activité de la coordination ;
- l'organisation de l'information des personnels des unités de réanimation ;
- l'information des personnels des unités de réanimation par le biais de l'Agence de la biomédecine dans sa composante régionale et la Coordination Hospitalière de prélèvement.

Le bilan est assez positif :
- quelques établissements (principalement ceux dont les réanimations ont été reconstruites) ont installé une chambre dédiée pour l'accueil en réanimation des personnes en état de mort encéphalique, en attente de prélèvement
- tous les établissements déclarent être inscrits dans le réseau régional de prélèvement (territorial dans l'Artois)

- l'activité de PMO et de tissus est peu développée même lorsqu'elle est rattachée au même pôle que celui de la réanimation, ou que ce service en est le coordonnateur
- le personnel soignant et médical reste impliqué dans tous les cas, que ce soit dans le recensement des « pré-comas » et/ou des personnes en état de mort encéphalique, dans les liens avec la coordination régionale, dans les activités de sensibilisation et de formation internes à l'établissement.

Le dernier objectif du SROS III portait sur la lutte contre les infections nosocomiales,
conformément aux orientations issues du programme national 2005-2008 de lutte contre les infections nosocomiales, qui concernait tout particulièrement les unités de réanimation :
- développer l'articulation entre l'équipe de réanimation et l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière
- mettre en place une politique de bon usage des antibiotiques au sein des services de réanimation, notamment par la concertation avec les praticiens référents
- renforcer la prévention de la transmission des bactéries multirésistantes aux antibiotiques
- renforcer l'évaluation des pratiques concernant l'utilisation des dispositifs invasifs.

Les établissements de la région prennent en charge des patients graves, dans le contexte d'un population à l'état de santé plus dégradé qu'au niveau national, mais également dans la perspective d'une diminution des personnels médicaux spécialisés.
Les établissements devront engager une optimisation de leurs organisations, voire des coopérations destinées à accompagner d'éventuelles restructurations.

2. ORIENTATIONS

Une réflexion devra être menée avec l'ensemble des acteurs institutionnels et professionnels sur la meilleure organisation possible de l'offre de soins sur le territoire. Elle pourra conduire à une modification du schéma sous forme d'avenant.

Une restructuration/consolidation de l'offre ne peut être envisagée 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 (interdépendance avec les autres autorisations de soins), mais aussi de la zone de proximité et du territoire (besoins réels, identification des hôpitaux pivots à consolider, projet de CHT).

EN REANIMATION SPECIALISEE ET NON SPECIALISEE :

2.1 – Adapter l'offre de soins aux besoins de la population en garantissant la qualité et la sécurité des prises en charges

- Privilégier le renforcement des services existants à la création ex nihilo

- Engager une réflexion sur les éventuels regroupements dans une vision anticipatrice de la diminution future des personnels médicaux et soignants

2.2 – Mettre en œuvre 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

- Réorganiser la continuité médicale en surveillance continue pour libérer du temps de réanimateur pour les services de réanimation dans les établissements publics ;
- Réaliser annuellement le bilan et les perspectives en matière de démographie médicale des réanimateurs dans la région ; l'étendre éventuellement aux spécialités « connexes » (anesthésistes, urgentistes...), en lien avec le groupe de travail qui élaborera le programme sur la démographie des professions de santé.
- Identifier la filière de réanimation pour les internes et agir en conséquence sur la détermination du nombre d'internes dans chaque spécialité
- Anticiper les situations à risque locales pour être prêts à faire face aux départs en retraite ;
- Mener une réflexion sur des équipes médicales territoriales.

2.4 – Définir des stratégies communes et individuelles pour diminuer les risques de tensions hospitalières saisonnières et faire partager la connaissance des activités de chaque service

- Prévoir une ou plusieurs rencontres annuelles entre professionnels médicaux (urgentistes, réanimateurs...) et représentants des établissements ayant à faire face aux situations de tensions hospitalières pour anticiper les situations de crise ;
- Mettre en place une concertation sur la fermeture des lits lors des périodes estivales et des fêtes de fin d'année.
- Tenir à jour un registre de refus d'admission dans chaque service de réanimation ;
- Mettre en place une réflexion sur l'outil le plus approprié pour permettre la diffusion du nombre de lits disponibles en réanimation en temps "réel" aux acteurs qui en ont l'utilité ;
- Harmoniser et mettre à jour les indicateurs de suivi d'activité et de lourdeur de prise en charge des patients dans les services de réanimation.

EN SOINS INTENSIFS ET SURVEILLANCE CONTINUE :

2.5 - Se mettre en conformité vis à vis de la réglementation en matière de surveillance continue en installant les lits réglementaires dans les établissements sièges de réanimation ;

2.6 – Évaluer la gravité des patients pris en charge dans les services de soins intensifs

- Mettre en place de manière systématique des indicateurs de suivi de prise en charge de la lourdeur des patients dans chaque service ;
- Evaluer l'impact potentiel sur le nombre de lits de réanimation (et de soins intensifs) nécessaires en région.

2.7 – Organiser les transports inter hospitaliers (en lien avec le SROS-PRS urgences) dans le cadre du recours à un établissement disposant d'une autorisation répondant à la gravité du patient pris en charge.

EN MATIERE DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES

2.8. Développer la politique de gestion du risque infectieux avec l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière, le laboratoire de microbiologie de son établissement et le référent local pour la prescription des anti-infectieux.

2.9. Renforcer la formation des personnels et l'utilisation des protocoles en hygiène (voir le programme de prévention des infections liés aux soins).

2.10. Promouvoir l'hygiène des mains : généraliser l'utilisation des Solutés Hydro-Alcooliques (SHA) et réaliser un suivi de leur consommation avec rétro information aux équipes de soins

2.11. Diminuer le risque infectieux lié à l'organisation architecturale et aux locaux.

- Compte tenu des risques infectieux particuliers en réanimation, obtenir l'avis formel du CLIN et/ou de l'équipe opérationnelle d'hygiène pour tous travaux ou aménagements dans un service, susceptibles d'interférer avec ce risque ;
- Faire en sorte que l'organisation architecturale du service permette l'isolement des patients et que l'organisation des soins permette, en cas de situation à risque épidémique, le cohortage du personnel.

Voir programme régional de prévention des infections liées aux soins

3. DECLINAISON DES OQOS EN IMPLANTATIONS

Objectifs en réanimation non spécialisée :

Le niveau d'autonomie déterminé pour la réanimation non spécialisée est le territoire de santé.

Territoire de santé	Nombre d'implantations actuelles	Nombre d'implantations cibles
Artois	4	4
Hainaut	3	3
Littoral	5	5
Métropole	5	5

Le maintien des implantations actuelles n'obère pas le fait que l'agence sera appelée à retirer une autorisation d'implantation dès lors que la démographie médicale ne permettra plus d'assurer la continuité et la permanence des soins de réanimation.

Objectifs en réanimation spécialisée :
Le niveau d'autonomie déterminé pour la réanimation spécialisée est la région.

Réanimation neurochirurgicale :

Territoire de santé	Nombre d'implantations actuelles	Nombre d'implantations cible
Artois	0	0
Hainaut	1	1
Littoral	0	0
Métropole	2	2

Réanimation de chirurgie cardio-vasculaire :

Territoire de santé	Nombre d'implantations actuelles	Nombre d'implantations cible
Artois	1	1
Hainaut	0	0
Littoral	0	0
Métropole	2	2

Réanimation pédiatrique et réanimation pédiatrique spécialisée :

Territoire de santé	Nombre d'implantations actuelles	Nombre d'implantations cible
Région	1	1

Objectifs en soins intensifs (hors USIC, UNV, chambres stériles hématologiques) :

Le niveau d'autonomie déterminé pour les soins intensifs est la région.
Le nombre d'implantations retenu (pour la région) est compris entre 11 et 19.

Objectifs en surveillance continue adulte :

Le niveau d'autonomie retenu dans le SROS III pour la surveillance continue est le territoire de santé. Compte tenu de l'impératif quantitatif pour les établissements disposant de réanimation de disposer de lits de surveillance continue à hauteur d'au moins la moitié de la capacité de réanimation, le nombre d'implantations retenu, avec une borne haute et une borne basse, est le suivant :

Territoire de santé	Nombre d'implantations actuelles	Nombre d'implantations cible
Artois	13	4 < > 14
Hainaut	12	3 < > 14
Littoral	12	5 < > 12
Métropole	15	6 < > 16
Total	**52**	**18< > 56**

Objectifs en surveillance continue enfant :

Le niveau d'autonomie retenu dans le SROS III pour la surveillance continue est le territoire de santé.

Territoire de santé	Nombre d'implantations actuelles	Nombre d'implantations cible
Artois	3	3
Hainaut	3	3
Littoral	2	3
Métropole	2	3
Total	**10**	**12**

II. CHIRURGIE

AVERTISSEMENT
Le volet proposé ici est transitoire dans l'attente d'instructions nationales.
Il fera l'objet d'une révision en 2012.

INTRODUCTION

Ce volet traite de la chirurgie et de l'anesthésie globalement. Les orientations relatives à la chirurgie cardiaque et à la neurochirurgie, le traitement des grands brûlés et les activités de greffes relèvent du schéma interrégional d'organisation sanitaire qui sera revu ultérieurement.

Rappel des objectifs du SROS III.

- Optimiser l'organisation de la prise en charge chirurgicale et assurer la permanence des soins à l'échelle d'un territoire ;
- Développer la chirurgie ambulatoire ;
- Organiser la chirurgie infantile sur la région ;
- Promouvoir la qualité et la sécurité des soins.

1. DIAGNOSTIC

- **Généralités**

Pour la chirurgie viscérale et la chirurgie orthopédique, l'objectif d'une offre de soins de proximité est atteint pour la région.
L'objectif d'une autonomie par territoire pour la chirurgie spécialisée est partiellement atteint (notamment en ce qui concerne la chirurgie pédiatrique) ;
Le nombre de chirurgiens vasculaires demeure insuffisant ; l'accès à la chirurgie gynécologique en secteur public est difficile et les délais sont longs pour la reconstruction dans le domaine des cancers (sein).

- **Chirurgie infantile**

Pour l'activité générale de chirurgie infantile (à l'exclusion de la chirurgie néonatale), le SROS proposait une autonomie totale dans chaque bassin de vie, ce qui ne peut être atteint sur le Littoral en raison notamment de la démographie médicale.
L'activité de chirurgie spécialisée du rachis, de chirurgie orthopédique complexe ainsi que la chirurgie néonatale demeurent au niveau régional.

- **Chirurgie thoracique**:
  - La chirurgie thoracique représente 18 000 actes par an en France ;
  - 30 000 nouveaux cas de cancer broncho-pulmonaire par an, dont 15% sont opérables et seulement 10% opérés ;
  - L'offre de soins est couverte dans la région, les fuites hors région sont faibles.

- **Chirurgie urologique**

Le niveau d'autonomie est le territoire.
L'aspect démographique reste central dans certains territoires où l'on constate des fluctuations d'activités selon les effectifs d'urologues présents.
Il n'y a pas dans la région de difficulté majeure d'accès aux soins ou de permanence des soins (offre équilibrée entre le secteur public et le secteur privé).
Les patients ne semblent pas recourir trop tardivement aux soins. Concernant la chirurgie de recours, l'offre de soins est suffisante.

Toutefois, il existe des problèmes d'accès à des structures d'aval de rééducation et de réadaptation et ce, d'autant plus que le patient nécessite des soins spécialisés.

- **Chirurgie vasculaire**

Le niveau d'autonomie requis est le territoire.
L'organisation à ce niveau, comprend :

- Des sites de chirurgie vasculaire avec présence d'un chirurgien vasculaire (compétences reconnues) ;
- Au moins 1 centre référent par territoire et comprenant 2 chirurgiens vasculaires exclusifs ou exerçant principalement dans ce secteur ;
- Des réunion de concertation pluridisciplinaires (neurologues, cardiologues, radiologues interventionnels et angiologues).

Le nombre de chirurgiens vasculaires dans la région Nord-Pas de Calais est insuffisant (avec des départs prévisibles).
La continuité des soins en chirurgie vasculaire n'est pas assurée sur l'Artois et sur le Littoral.

- **Chirurgie gynécologique**

On observe une tendance nette au développement du secteur privé.
En ce qui concerne la chirurgie cancérologique, il existe une inégalité dans la prise en charge des cancers du sein et une dégradation de la prise en charge en périphérie.

- **Chirurgie ambulatoire**

La chirurgie ambulatoire a évolué favorablement depuis 2008 et le taux de chirurgie ambulatoire sur la région est dans la moyenne nationale , avec une disparité forte entre secteur privé où elle est très développée et secteur public.

- **Chirurgie ophtalmologique**

La couverture de la région par les spécialistes en Ophtalmologie n'est plus assurée : dans l'Est de la région et près du littoral, existent des zones où les patients n'ont plus accès à cette discipline.

Une centralisation des soins s'effectue au sein des grandes villes de notre région (Lille, Boulogne …).
Les perspectives à court terme n'apparaissent pas favorables :

- La pyramide des âges en Ophtalmologie est supérieure à 55 ans
- Malgré la formation de 8 à 10 internes par an, une majorité (40 à 45 %) quitte la région pour s'installer dans des zones plus attractives.

- **Chirurgie maxillo-faciale**

La traumatologie maxillo-faciale montre une insuffisance de prise en charge au niveau régional.
Aucune région de France ne dispose de si peu de capacité d'hospitalisation si l'on intègre la population à couvrir.
Il est fréquent que des malades soient transférés vers d'autres régions pour ce type de traumatologie.

- **Coopération transfrontalière**

L'intégration d'une Zone Organisée d'Accès aux Soins Transfrontaliers (ZOAST) vise à la prise en charge des patients domiciliés sur le territoire transfrontalier, dans les centres hospitaliers situés dans cette zone, de part et d'autre de la frontière, sans autorisation préalable (ophtalmologie, imagerie médicale).

Pour ce qui concerne l'anesthésie, discipline clef au sein des blocs opératoires, les effectifs de médecins anesthésistes présentent des disparités importantes en intra régional, entre les territoires et entre établissements.

Objectifs en termes d'implantations

Territoire de santé	Objectifs du SROS III	Objectifs atteints en 2011
Artois	12 à 15	15
Hainaut	12 à 15	14
Littoral	12 à 15	13
Métropole	18 à 21	21

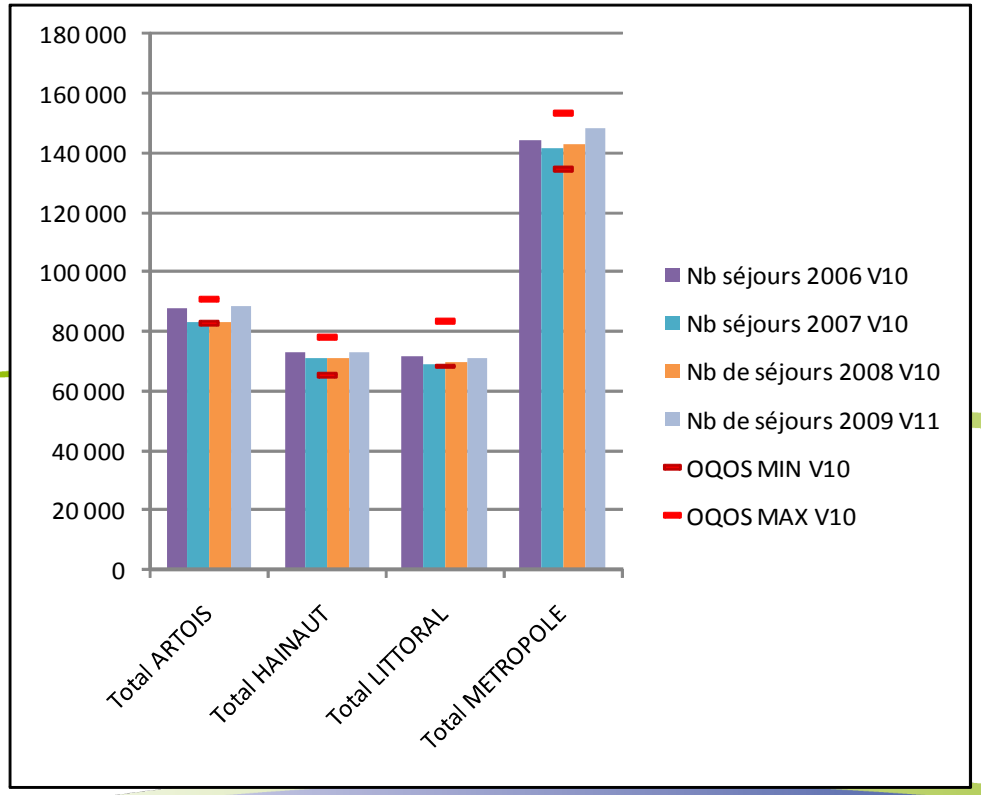
Le SROS n'intègre aucune création d'implantation de chirurgie dès le seuil minimal atteint en dehors :

- Des opérations de regroupement sans création d'implantation supplémentaire ;
- Des opérations de relocalisations sans création d'implantation supplémentaire.

La gradation du dispositif :
Le **niveau de proximité** (infra territorial) correspond à un niveau structuré autour de la chirurgie polyvalente.
Le **niveau de territoire de santé**, niveau de recours, niveau de soins spécialisés, correspond au territoire tel qu'arrêté par le Directeur de l'ARS.
Le **niveau de recours régional** est le niveau de prestations spécialisées (non retrouvé dans les autres niveaux).

Bilan des OQOS en volume

- OQOS Maximum régional contractualisé: 405 462 séjours
- Volume régional 2009: 380 906 séjours
- Volumes disponibles: 2866 séjours

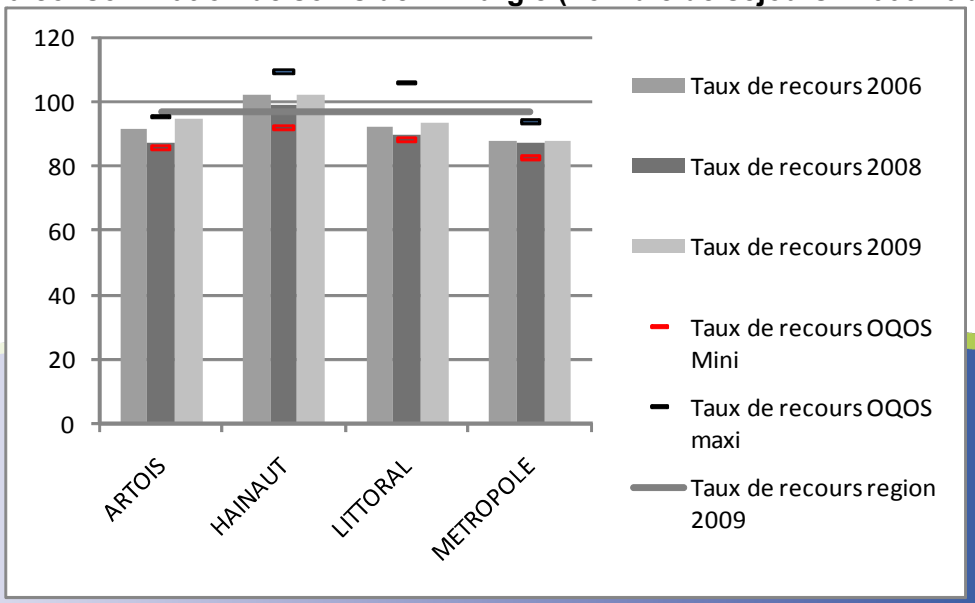


On ne constate aucun dépassement de la borne maximum des OQOS ou de la borne minimum au niveau des territoires de santé.
Les OQOS de production de soins ont donc été respectés pendant la période du SROS III.
Le volume produit par les établissements des territoires de santé est assez stable avec une légère augmentation en 2009.

Bdv	OQOS MIN V10	OQOS MAX V10	Nb séjours 2006 V10	Nb séjours 2007 V10	Nb de séjours 2008 V10	Nb de séjours 2009 V11
ARTOIS	**82 517**	**90 909**	87 941	82 778	82 881	88 127
HAINAUT	**65 020**	**78 077**	73 045	70 725	70 783	73 235
LITTORAL	**68 331**	**83 297**	71 635	69 019	69 683	71 293
METROPOLE	**134 622**	**153 179**	144 005	141 355	143 049	148 251
Total général	**350490**	**405462**	376626	363877	366396	380906

(Bilan OQOS ARS mai 2011)

IMPACT ATTENDU DES OQOS SUR L'ACCES AUX SOINS DES POPULATIONS DES TERRITOIRES
(Impact sur la consommation de soins de Chirurgie (nombre de séjours / 1000 habitants))



(Bilan OQOS ARS mai 2011)

Tous les territoires se situent entre l'OQOS de consommation mini et maxi.

La production de soins de la Métropole a augmenté alors que la consommation a stagné pour ce territoire. L'hypothèse d'une augmentation de l'attractivité est la plus probable.
Pour les autres territoires, la consommation a le même profil que la production. Les populations de l'Artois, du Littoral et du Hainaut ont donc augmenté leur consommation de soins.

Etat des lieux de la chirurgie ambulatoire :
(ARS avril 2011)

- **Taux de recours de la chirurgie ambulatoire de la population domiciliée**

= séjours en chirurgie réalisés en 0 jour, standardisés sur l'âge et le sexe : neutralisation des variables âge et sexe pour permettre les comparaisons interrégionales et territoriales (méthodologie et source ATIH).

Les français ont un recours à la chirurgie ambulatoire de **28,8 ‰.**
En Nord/Pas-de-Calais ce taux est de **30,9 ‰.**

Territoire	2006		2007		2008		2009	
	Taux brut	Taux stand.	Taux brut	Taux stand.	Taux brut	Taux stand.	Taux brut	Taux stand.
France	25,9	25,9	25,2	25,2	26,4	26,4	28,8	**28,8**

Territoire	2006		2007		2008		2009	
	Taux brut	Taux stand.	Taux brut	Taux stand.	Taux brut	Taux stand.	Taux brut	Taux stand.
Nord/Pas-de-Calais	27,0	27,4	26,1	26,6	25,9	26,4	30,1	**30,9**

Territoire	2006		2007		2008		2009	
	Taux brut	Taux stand.	Taux brut	Taux stand.	Taux brut	Taux stand.	Taux brut	Taux stand.
Artois - Douaisis	25,8	25,8	25,7	25,7	23,7	23,9	31,4	**31,6**
Hainaut-Cambrésis	31,0	31,0	29,0	29,0	28,9	29,0	31,2	**31,3**
Littoral	24,5	24,9	23,5	24,1	24,5	25,1	28,3	**29,0**
Métropole Flandre intérieure	27,2	28,4	26,4	27,6	26,8	28,1	29,5	**31,2**

2. ORIENTATIONS

2.1. Optimiser l'organisation de la prise en charge chirurgicale

Fonctionnement du bloc opératoire :

L'optimisation du bloc opératoire passe par :

la gestion et tenue du conseil de bloc opératoire, la mise en œuvre d'une charte type du bloc, la mutualisation des salles selon les spécialités, le regroupement des blocs opératoires, l'informatisation et l'utilisation d'outils de pilotage, la formalisation de procédures pour l'organisation interindividuelle, l'utilisation d'une check-list selon recommandations de la HAS.

Il est nécessaire d'engager une démarche active : de surveillance des infections de site opératoire (ISO) pour la quasi-totalité des disciplines chirurgicales et de mettre en œuvre des discussions multidisciplinaires autour de dossiers « ISO » (revue de morbi-mortalité).
Les projets d'investissement intègrent de plus en plus les salles de blocs opératoires et les salles dites « interventionnelles ». L'imagerie per opératoire a vocation à se développer.

Diminution du risque anesthésique

- Il est possible d'améliorer la formation du pilotage de l'anesthésie au moyen d'un simulateur ;
- Le monitorage continu non invasif du débit cardiaque permet, en diminuant les risques de complications d'organes, de limiter la mortalité et la morbidité.

Prise en compte de la douleur

- Il y a de réels enjeux à une prise en charge optimale de la douleur en péri-opératoire par l'équipe d'anesthésie réanimation (améliorer le confort du patient, éviter le risque de chronicisation de la douleur) ;
- Il est nécessaire de limiter au maximum les morphiniques (monitorage de la douleur, de la profondeur d'anesthésie, analgésie multimodale).

2.2. Maintenir ou renforcer une dynamique de développement et de structuration des coopérations

Une dynamique autour des coopérations concerne :

- Les établissements de santé (publics, privés, privés d'intérêt collectif) ;
- Les autres acteurs de santé de la région et de la ville ;
- Le monde associatif ;
- Le secteur médico-social ;

et

- La fluidification des circuits d'orientation des patients vers des structures d'aval (identifier les modalités de sorties adéquates et diminuer les DMS).

2.3. Recomposition de l'offre de soins par territoire : permanence et continuité des soins

Gradation des soins par territoire :

L'activité se répartit de manière graduée selon trois niveaux de recours à la chirurgie selon les territoires :

- Le niveau de proximité correspond à la chirurgie polyvalente pouvant assurer la prise en charge des urgences de chirurgie viscérale et orthopédique, de l'imagerie.
- Le niveau de territoire correspondant aux établissements retenus et assurant le recours pour la prise en charge des soins spécialisés.
- Le niveau de recours régional correspondant à l'organisation régionale comprenant les prestations spécialisées non retrouvées dans les autres niveaux (hors prises en charge interrégionales).

Recomposition de l'offre de chirurgie et d'imagerie :

Le maintien d'un niveau d'activité chirurgicale annuelle suffisante et des équipes étoffées sont indispensables.

Les regroupements des activités sur des sites communs (CHT, GCS) sont à envisager.

Les mises en commun de blocs opératoires, de plateaux techniques, les mutualisations d'activités médico-techniques (biologie, pharmacie, stérilisation, imagerie) seront recherchées.

Il est nécessaire de réunir des équipes entraînées de chirurgiens, d'anesthésistes, d'imageurs, en nombre suffisant.

La permanence chirurgicale des soins doit être renforcée dans les établissements disposant d'une structure d'urgence autorisée et susceptibles de réaliser des interventions chirurgicales 24h/24, notamment en nuit profonde (selon les niveaux de recours définis ci-dessus, pour la chirurgie viscérale générale, la chirurgie traumatologique, la chirurgie spécialisée notamment gynécologique).

Au plan régional, la permanence des soins est effective, 24h/24, organisée autour de plusieurs plateaux techniques de recours du CHRU de Lille notamment pour les activités de chirurgie du polytraumatisé, de chirurgie néonatale en urgence, de chirurgie pédiatrique en urgence, de chirurgie vasculaire lourde.

Sur le plan de l'urgence, il apparaît nécessaire de :

- Mutualiser les fonctionnements en filière prenant compte les prises en charge de l'urgence chirurgicale ;
- Structurer la filière des urgences au sein des bassins de vie.

Chirurgie ambulatoire :
Les leviers et propositions :

- Incitations des professionnels de santé libéraux à pratiquer la chirurgie ambulatoire (au-delà de la tarification des GHS) ;
- Communication vers les établissements afin de promouvoir la chirurgie ambulatoire ;

= organisation d'une journée régionale, avec témoignages des équipes déjà organisées et performantes.

- Communication vers les médecins traitants ;
- Communication vers le grand public ;
- Formations à organiser ;
- Créations d'un réseau des unités ambulatoires, d'un listing des référents/experts régionaux (et nationaux) de la chirurgie ambulatoire ;
- Création d'un site internet dédié à la chirurgie ambulatoire
- Evaluation à mettre en place.

Les objectifs visent à promouvoir la chirurgie ambulatoire en incitant toutes les disciplines à la développer ainsi que l'ambulatoire « lourd » (CHU), en agissant sur l'organisation (gestion multidisciplinaire des protocoles, parcours de soins, structures hôtelières internes de relais, évaluations, formations).

Hospitalisation à domicile :
L'HAD pédiatrique, périnatale et polyvalente, apporte une réponse à l'évolution des modalités de prises en charge en favorisant une continuité de soins (en amont et aval de l'hospitalisation), dans le cadre de partenariats, en raccourcissant les séjours hospitaliers classiques.

3. LES ORIENTATIONS SPECIFIQUES

3.1. Chirurgie orthopédie traumatologie

Les points de développements sont les suivants :

- Améliorer les déclarations d'infections de site opératoire ;
- Généraliser les RCP adulte/enfant pour les infections ostéo-articulaires ;
- Promouvoir des actions de prévention ;
- prendre en compte la douleur postopératoire.

La prise en charge des personnes âgées :
Une filière de l'Appareil locomoteur est à envisager associant le service de Traumatologie, le service de Rhumatologie, le service de Gérontologie et le service de l'Urgence, l'activité de prise en charge du traumatisme chez le sujet âgé.
L'offre de soins associe une prise en charge en phase « chaude » (Urgences, chirurgicale rapide) et en phase « froide » (rhumatologique telle que le traitement de l'ostéoporose, gériatrique telle que le dépistage des troubles cognitifs).

3.2. Chirurgie pédiatrique

Organisation régionale de la chirurgie infantile
La pathologie chirurgicale infantile nécessite une compétence et une expérience chirurgicale et anesthésique reconnues pour les enfants d'âge inférieur à trois ans et un accès aux examens d'imagerie de qualité.

L'activité chirurgicale infantile est organisée selon une gradation à trois niveaux dans trois types d'établissements :

Niveau I : Etablissements ne disposant pas d'unité de chirurgie infantile

Les enfants de 1 à 3 ans
Les centres de proximité peuvent réaliser chez les enfants de 1 à 3 ans certains actes de chirurgie programmée, notamment les actes pouvant être pris en charge en ambulatoire, pratiqués par un chirurgien généraliste ou un chirurgien ORL, pouvant participer à un réseau de chirurgie pédiatrique, à la condition d'avoir tous deux une activité pédiatrique hebdomadaire.
Les interventions chirurgicales devant être réalisées en urgence, la traumatologie simple, les urgences chirurgicales simples, relèvent d'équipes disposant des compétences nécessaires en chirurgie infantile et en anesthésie pédiatrique mobilisables 24H/24.
Dans les établissements ne disposant pas de ces compétences, le médecin « sénior » (chirurgien, « urgentiste » ou pédiatre) pose l'indication chirurgicale en urgence, la confirme après un échange avec le chirurgien infantile d'astreinte de l'établissement pédiatrique spécialisé ou de l'établissement régional référent et organise le transfert de l'enfant pour l'intervention.
La chirurgie non programmée et hors reprises opératoires, des enfants de 1 à 3 ans, les pathologies spécifiques et notamment la traumatologie complexe relèvent des centres spécialisés.

Les enfants de plus de 3 ans
Les établissements de proximité prennent en charge l'activité programmée et non programmée (dès lors que l'établissement a adapté son organisation à ce titre), des enfants de plus de trois ans, soit la traumatologie simple, la chirurgie, ainsi que les actes diagnostiques réalisés sous anesthésie générale.

Niveau II : Etablissements disposant d'une unité de chirurgie infantile

Ces établissements disposent d'une équipe médicale chirurgicale et anesthésique spécialisée et spécifique, permettant l'accueil et la prise en charge 24H/24, des enfants présentant une pathologie chirurgicale infantile.

Des unités peuvent se constituer entre plusieurs établissements en partenariat formalisé ; la majorité des actes chirurgicaux pédiatriques du nourrisson et de l'enfant est réalisée à ce niveau, en dehors de ceux nécessitant la présence de plusieurs spécialistes pédiatres différents et/ou d'une réanimation pédiatrique.

Niveau III : Etablissement de recours régional

Le niveau III assure les missions d'un centre spécialisé dans son propre bassin de population mais permet également la prise en charge de pathologies chirurgicales pédiatriques très spécifiques (polymalformés, chirurgie périnatale, oncologie pédiatrique, transplantations et grands brûlés).
Le CHU de Lille a un rôle d'organisation du réseau régional de chirurgie infantile et une mission de coordination de la formation continue au sein du réseau.
Le projet médical de territoire explicite les pathologies et les actes relevant de chacun des trois niveaux, les modalités de recours et le maillage prévus au sein du réseau de chirurgie infantile. Il formalisera ces orientations en fonction de la compétence chirurgicale et anesthésique des équipes pour garantir la meilleure sécurité et la prise en charge la plus adaptée aux enfants. Les établissements pratiquant la chirurgie pédiatrique adhèrent au réseau de chirurgie infantile.
Les structures sont complémentaires et reliées de façon continue entre elles par des modalités formalisées de recours et de transfert s'appuyant sur des conventions.

Cette unité de chirurgie infantile comprend :

- un chirurgien spécialiste référent en orthopédie ;
- un chirurgien spécialiste référent en viscéral ;
- un médecin anesthésiste référent identifié, compétent, responsable de sa formation ;
- un hébergement spécifique.

La continuité des soins est assurée 24H/24 tant pour l'accueil que pour le suivi postopératoire. Une contractualisation de filières entre chirurgie infantile de niveau I et niveau II pour les deux versants, orthopédique et viscéral, sera mise en œuvre, de même une contractualisation de filière pour les établissements de niveau I ou II et le CHRU de Lille établissement de recours régional pour les différentes disciplines de chirurgie pédiatrique (orthopédie, urologie, chirurgie digestive, thoracique et plastique cervico-faciale, neurochirurgie, ORL, traumatologie, stomatologie, ophtalmologie,…). Le centre de recours régional a un rôle dans l'organisation du réseau de chirurgie infantile par le renforcement des collaborations entre les spécialistes pour constituer une filière de soins spécifique de chirurgie infantile, par la formalisation de ces conventions entre les établissements des différents niveaux ainsi que la définition de protocoles de prise en charge et de transports.

Le réseau de périnatalité associe l'ensemble des structures et acteurs impliqués sur le territoire de santé. L'organisation du dépistage anténatal ou post-natal immédiat des anomalies chirurgicalement curables est réalisé dans toutes les maternités. En cas de diagnostic d'une anomalie nécessitant un niveau III de prise en charge, le transfert in utéro ou des nouveaux-nés sera réalisé vers le centre régional du CHRU de Lille.

L'organisation de l'accueil des urgences chirurgicales pédiatriques implique systématiquement la collaboration entre chirurgiens, pédiatres, anesthésistes, médecins urgentistes, imagerie pédiatrique de qualité, réanimation pédiatrique, et une construction à l'échelle du territoire.

Les interventions chirurgicales urgentes de l'enfant de moins de 1 an sont réalisées dans les établissements pédiatriques spécialisés (niveaux II et III).
Le développement de la filière infantile doit être centré sur l'enfant et renforcer les liens avec :

- L'entourage familial en veillant à la qualité de la communication entre parents et l'équipe médicale ;
- Les services de protection maternelle et infantile ;
- Les services de santé scolaire et ceux de l'enfance inadaptée ;
- La rééducation pédiatrique ;
- Les consultations avancées de chirurgie pédiatrique dans certains établissements : notamment en orthopédie (l'ADAPT à Cambrai, Marc Sautelet à Villeneuve d'Ascq, CH. de Zuydcoote, CH de Calais, CH de Roubaix…), pour les patients brûlés de moins de trois ans (Marc Sautelet), en viscéral (l'ADAPT et Marc Sautelet, CH d'Arras, CH de Calais…)
- Les centres 15 et les services d'urgences pour l'accès à des équipes compétentes 24H/24.

Recommandations en matière de chirurgie pédiatrique

Il existe une insuffisance en effectifs d'anesthésistes réanimateurs formés à la pédiatrie.
Le fonctionnement des blocs opératoires doit être optimisé : en disposant de blocs opératoires regroupés, en évitant les dispersions de personnels notamment en situation de pénurie d'anesthésiste réanimateurs.

Zones dédiées aux enfants

Pour les trois niveaux de chirurgie pédiatrique, il est nécessaire de disposer de : locaux, moyens et personnels dédiés aux enfants.
Le plateau technique dédié à l'enfant comprend :

- Des personnels compétents (chirurgiens, anesthésistes, personnel paramédical) ;
- Des moyens en imagerie en coupe chez les tous petits, notamment de scanner à acquisition rapide ;
- Des liens avec le centre de prise en charge des maladies rares.

Partenariats et création d'une fédération régionale de chirurgie pédiatrique

La création d'une fédération régionale de chirurgie pédiatrique, permettra de gérer les ressources médicales au niveau régional et de permettre la mobilité de chirurgiens au sein de la région pour le suivi de leurs patients (staffs régionaux) dans les filières de soins définies dans le SROS.
Le développement d'un partenariat CHR et CH Généraux est à envisager de façon à permettre aux chirurgiens une activité partagée entre le CHR à 40 % et les CHG à 60 %.
Pour faire face aux difficultés démographiques il est nécessaire d'envisager des fonctionnements en GCS, en CHT, des coopérations, de travailler en filières.
Il est nécessaire de créer des cohésions synergiques : fédération de moyens, articulation forte et implication au niveau régional.
Les décisions sont collégiales.
Le CHRU Lille est centre de référence pour la chirurgie néo-natale, les tumeurs osseuses, rachis, oncologie, thorax.
Dans les différents territoires, il est nécessaire de mettre en œuvre : des consultations spécialisées avancées, la chirurgie ambulatoire, la chirurgie programmée (Littoral, Hainaut ou valenciennois, Artois, Métropole-Flandre Intérieure).

Spécificités de la région

Il faut :

- Renforcer la continuité des soins (difficultés en chirurgie viscérale et en chirurgie orthopédique).
- Former des anesthésistes réanimateurs à la chirurgie infantile (âge inférieur à 3 ans)
- Pour l'urgence, structurer la prise en charge des urgences de chirurgie pédiatrique au niveau des territoires de santé selon les niveaux définis, avec comme recours le CHRU, mutualiser l'astreinte et arrêt de la chirurgie en nuit profonde en périphérie avec création d'une garde sur place au CHRU pour assurer les prises en charge de l'urgence viscérale et de l'urgence traumatique .

L'urgence de chirurgie pédiatrique nécessite :

- La permanence des soins au CHR de Lille 24h/24,
- Des sites de niveau II : le jour

En dehors du CHRU, il n'y a pas d'acte de chirurgie pédiatrique pratiqué dans la région après minuit :
→ doubler une garde par une astreinte complémentaire opposée (chirurgie viscérale et chirurgie orthopédie-traumatologique), nécessité de centraliser l'urgence chirurgicale pédiatrique, avec bloc pédiatrique, anesthésiste et IBODE formés à la pédiatrie.

Il est nécessaire de développer l'activité de chirurgie pédiatrique programmée et ambulatoire.
Selon le bassin de vie, par site ou niveau II de chirurgie pédiatrique, il faut envisager 4 chirurgiens pédiatriques pour assurer la permanence des soins pour toute la chirurgie pédiatrique. Il est nécessaire de prévoir 2 chirurgiens en viscéral et 2 chirurgiens en orthopédie-traumatologie.

Niveau III CHR de Lille : Créer un Centre Régional Médico-Chirurgical et d'Imagerie dédié à l'enfant

La répartition de la prise en charge des enfants sur les 4 territoires de santé est la suivante :

- Sur la métropole un versant Nord, un versant sud et une mutualisation public-privé notamment pour la prise en charge des urgences ; en ce qui concerne l'urgence (à distinguer de l'activité programmée), il est préférable d'avoir un seul site d'accueil de chirurgie pédiatrique et d'envisager de mutualiser les compétences entre les établissements publics, ESPIC et participants aux astreintes (chirurgiens pédiatriques, anesthésistes formés à la chirurgie pédiatrique) ;
- Sur le territoire de l'Artois-Douaisis création d'un GCS , CHRU -Territoire de l'Artois-Douaisis ;
- Sur le territoire du Hainaut-Cambraisis, accords CHRU -Territoire du Hainaut-Cambraisis (CH Valenciennes –Métropole) ;
- Sur le territoire du Littoral mutualisation des moyens d'un territoire éclaté et organisation, accords CHRU – Territoire du Littoral, identifications de filière.

Agir sur les déterminants de santé en pédiatrie

Il faut mener des actions d'éducation thérapeutique pour la prise en charge de l'enfant à mettre en place en associant les chirurgiens et les pédiatres.
Sont à mettre en œuvre le dépistage de la surdité dans les maternités de la région et le développement de l'activité d'implantologie cochléaire.

3.3. Chirurgie thoracique

La chirurgie thoracique lourde doit être réalisée dans des centres spécialisés, disposant d'équipes formées, entraînées et répondant aux critères de qualité et de sécurité des soins (disponibilité d'un pneumologue, d'un anesthésiste, prise en charge quotidienne par un kinésithérapeute, surveillance continue postopératoire, proximité d'une unité de réanimation, accès à l'imagerie notamment échographie trans-oesophagienne et scanner).

Offre de soins :

L'offre de soins régionale est suffisante pour couvrir la demande. Cette offre de soins, pour être de qualité, dépend de l'implication des pneumologues / onco-pneumologues, des chirurgiens et des anesthésistes, formés et entraînés.

Dans le domaine des cancers, les seuils d'activité minimale nécessaires ont permis de disposer d'un accès à la chirurgie thoracique, sur chaque territoire.

Recommandations

- Les pathologies relevant d'une activité de recours et devant faire l'objet d'une discussion dans le cadre d'une « RCP de recours », sont : le m*ésothéliome malin de la plèvre*. (incidence la plus importante de France pour la région Nord Pas- de- Calais) ; le s*yndrome de Pancoast-Tobias (*nécessité de disposer, à proximité, de compétences de neurochirurgie et de radiothérapie) ; la c*hirurgie sous circulation extra corporelle ; le cancer primitif des bronches avec une prise en charge multimodale ; les tumeurs médiastinales rares **

Les centres de recours doivent posséder l'expérience dans ces pathologies et disposer d'un plateau technique leur permettant d'associer : la circulation extra corporelle, la chirurgie vasculaire, la neurochirurgie, la radiothérapie. Le CHRU et la clinique du Bois répondent actuellement à ces exigences.

- Identifier les centres compétents pour assurer l'activité de chirurgie thoracique .

Pour être autorisé, l'établissement doit : réaliser une activité suffisante au regard des seuils en nombre d'interventions par an et par chirurgiens, disposer d'au moins 2 chirurgiens thoraciques, disposer d'une équipe d'anesthésie et de réanimation formée et entraînée.

- « RCP de recours », poser un diagnostic précoce et fluidifier les filières de prise en charge

Afin d'améliorer le diagnostic, au regard des données et des indications actuelles (rapport bénéfice/risque), la mise en place des « RCP de recours » permettra d'organiser une discussion médico-chirurgicale précoce (onco- pneumologues, chirurgiens, radiothérapeutes,…) et de poser un diagnostic précoce. Tout patient présentant une des pathologies qui relève d'une activité de recours (liste ci-dessus *) doit systématiquement être présenté en « RCP de recours ».

Les patients, doivent être orientés au plus vite, vers une prise en charge adaptée à leur situation.

- Le maillage de l'offre de soins dans la région doit tenir compte de l'équilibre entre les structures publiques et privées. Des coopérations peuvent se mettre en place entre les centres compétents autorisés et les centres de recours afin de s'assurer que les patients nécessitant une intervention de chirurgie thoracique, pour une pathologie de recours, soient opérés dans le centre recours pour cette activité.

Le développement des pratiques de thoraco-scopie (cancers de stade débutant) seront mises en œuvre.

3.4. Chirurgie urologique

Innovations

Des développements apparaissent nécessaires : chirurgie per-endoscopique (coopérations type GCS à mettre en œuvre), robot chirurgical (coopération public-privé CHRU- Centre Oscar Lambret dans le cadre du CRRC, établissement privé avec la clinique de la Louvière), chirurgie ambulatoire pour atteindre le quota d'activité ambulatoire.

Prévention

Des actions de dépistage et de prévention sont à poursuivre dans la région (travaux en lien avec le registre des cancers et la médecine du travail).

3.5. Chirurgie vasculaire

En pratique la majorité de la chirurgie vasculaire aortique est transférée au CHRU de Lille. Cette activité nécessite des plateaux techniques comportant la CEC. Les pratiques de chirurgie vasculaire interventionnelle vont connaître des développements importants (anévrisme, ischémie, …).

Les orientations pour la chirurgie vasculaire sont :

- L'augmentation de l'attractivité des plateaux techniques de chirurgie vasculaire de la région par la mise en place de salles d'interventions hybrides permettant aux chirurgiens vasculaires d'opérer de façon conventionnelle et par techniques endo-vasculaires, les 2 techniques pouvant être associées (salles hybrides comprenant un arceau radiologique fixe, moniteurs, table opératoire carbone radio-transparente, injecteur artériel automatique, équipement anesthésique général, conformes aux règles de radioprotection et d'asepsie au bloc opératoire) ;
- Notamment pour des raisons de démographie des professionnels de la spécialité, réunir les plateaux techniques destinés à la chirurgie vasculaire sur quelques gros centres hospitaliers généraux publics et privés, en instituant une complémentarité entre ces centres selon le nombre de chirurgiens vasculaires par centre (minimum deux), la densité de la population, les projets médicaux et les souhaits des établissements.

3.6. Chirurgie gynécologique

Dans la région, des difficultés d'accès à la chirurgie gynécologique publique sont observées.
Des coopérations doivent être développées ou mises en œuvre (à titre d'exemple le CHRU de Lille avec les Centres Hospitaliers de Seclin, Armentières et Lens).

Les maternités de la région prennent en charge les urgences gynécologiques et obstétricales.
Les établissements de recours doivent développer une activité de chirurgie gynécologique variée, autour d'une équipe de chirurgiens et d'anesthésistes entraînés, ayant accès à des plateaux techniques performants. Le volume d'activité doit être suffisant pour assurer la formation des internes à une chirurgie variée (non exclusivement carcinologique).

Des filières doivent être formalisées, pour une prise en charge multidisciplinaire (gynécologie et urologie).

Il faut rendre optimale la prise en charge des patientes, spécifiquement pour le cancer du sein, par la mise en place, un numéro d'appel unique, d'orienter la patiente au plus vite vers une structure adéquate (délai de rendez vous d'une semaine pour avec un chirurgien en gynécologie et programmer, si besoin une intervention chirurgicale dans les 15 jours).

Les activités de recours nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire doivent être réalisées dans l'établissement de recours.
Il s'agit notamment de la chirurgie pelvienne complexe (cancer pelvien lourd, endométriose complexe, prolapsus récidivant).

Les urgences gynécologiques chirurgicales lourdes sont adressées au CHRU disposant d'un service d'urgences gynéco-obstétricales et de chirurgiens gynécologues participant au tour de garde.
Pour l'activité de chirurgie gynécologique (notamment du CHRU de Lille), le plateau technique de gynécologie offre l'accès à des techniques médicales mini invasives.

3.7. Chirurgie plastique

L'activité de chirurgie plastique est insuffisante pour répondre aux besoins de la population régionale.

- Il existe de grandes difficultés à respecter les délais en cancérologie cutanée (manques de places en hôpital et au bloc).
- Les délais pour accéder à la reconstruction mammaire sont très longs.
- Les délais de consultation sont également trop longs.
- Des activités en coopération doivent être développées avec l'offre existante.
- Il est nécessaire de disposer de consultations adaptées (moyens humains et locaux) et renforcer la consultation pour développer l'activité en ambulatoire.
- Il faut envisager des hospitalisations plus courtes avec un suivi de pansement plus important.

Le CHRU de Lille est centre de recours régional en chirurgie plastique pour :

- La cancérologie cutanée (en augmentation) ;
- Les malformations crânio-faciales et les fentes (centre de références) ;
- Les brûlures graves (SIOS) ;
- La reconstruction mammaire (en particulier par techniques autologues microchirurgicales) ;
- La chirurgie bariatrique ;
- Les séquelles de paralysie faciale ;
- Les escarres.

3.8. Chirurgie ophtalmologique

Le niveau d'autonomie du territoire de santé est respecté pour la chirurgie ophtalmologique courante.

Les plateaux techniques médicaux et chirurgicaux sont de qualité et permettent d'assurer une prise en charge des pathologies courantes (cataracte, strabisme, chirurgie des paupières, prise en charge des pathologies rétiniennes médicales).
Les pathologies complexes sont adressées aux Centres Hospitaliers et en particulier en Centre Hospitalier Universitaire de Lille.
Les urgences médico-chirurgicales sont relativement correctement prises en charge dans le réseau hospitalier nommé SOS ŒIL regroupant les centres hospitaliers disposant de médecins de garde et d'une astreinte opérationnelle (Dunkerque, Boulogne, Lille, Lens, Valenciennes, Roubaix, Tourcoing).

3.9. Chirurgie ORL, maxillofaciale et stomatologie

Une autonomie importante au niveau de chaque bassin de vie est constatée pour la chirurgie ORL courantes.

La chirurgie maxillo-faciale est généralement une spécialité de CHRU compte tenu de la spécialisation nécessaire. Les pathologies relatives à cette activité ne sont pas d'une telle fréquence pour justifier un praticien dans des bassins de population de moins de 100 000 habitants.
Un référent par bassin de vie pour la chirurgie cervico-faciale (chirurgie de l'oreille moyenne, chirurgie cancérologique et traumatologique faciale non complexe) est nécessaire.

En stomatologie, il apparaît qu'un développement est souhaitable de la chirurgie stomatologique, tant fonctionnelle que réparatrice.
Une politique de bassin apparaît logique dès lors qu'il s'agit de pathologies relevant de la stomatologie ou de la chirurgie dento-alvéolaire.

3.10. Chirurgie de l'obésité

En ce qui concerne la chirurgie de l'obésité, l'objectif essentiel est de développer la qualité de la prise en charge dans le respect des recommandations du SROS Obésité et de l'HAS (démarche de labellisation). Il existe déjà au moins une unité chirurgicale labellisée par territoire de santé. Un centre de recours et d'expertise régionale sera mis en place en termes de soins, formation et recherche pour la chirurgie de l'obésité massive.

3.11. Chirurgie endocrinienne et métabolique

Les orientations sont les suivantes :

- La prise en charge des pathologies thyroïdiennes doit être assurée par des équipes chirurgicales qualifiées dans chaque bassin de vie.
  Pour les pathologies endocriniennes plus rares et nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire, il convient d'identifier un centre de référence disposant notamment d'un plateau technique performant (dosages per-opératoires, imagerie, TEP, médecine nucléaire, tumorothèque) notamment pour l'onco-endocrinologie (tumeurs de la surrénale, cancers thyroïdiens complexes, tumeurs du pancréas endocrine) ;
- Pour les activités de recours (tumeurs de la surrénale, cancers thyroïdiens complexes, tumeurs du pancréas endocrine), il convient de faciliter la formalisation de coopérations entre le centre de référence et les différents bassins de vie ;
- Des coopérations peuvent se mettre en place entre les centres hospitaliers généraux et le centre de référence afin que les patients nécessitant une intervention de chirurgie endocrinienne ou métabolique, pour une pathologie de recours, soient opérés dans le centre de référence.

4. EVOLUTION DES PRATIQUES

L'évaluation des pratiques sera menée pour tous types de prise en charge : EPP, revue de morbi- mortalité (RMM), concertation pluridisciplinaire type RCP notamment pour les cas graves et complexes.

Développer une meilleure connaissance des pathologies et facteurs de risques, par exemple :
Il faut développer l'éducation thérapeutique en filières médico-chirurgicales, collaboration entre chirurgie plastique et dermatologie ; chirurgie bariatrique et prise en charge des séquelles d'obésité

Les dépistages en ophtalmologie
Le dépistage de maladies chroniques comme le diabète est en partie assuré par des associations qui permettent à l'aide d'instruments et de techniciens formés de faire du dépistage de la maladie diabétique (rétinographe non mydriatique mobile).
Dès l'année 2012 une prise en charge des patients glaucomateux devrait être mise en œuvre avec un dépistage mobile et une centralisation des résultats transférés par Télé-Médecine comme pour le réseau diabète.

Autres éléments de prospective
L'évolution doit amener à des gestes exploratoires moins invasifs : techniques endovasculaires, célioscopie, ... L'ambulatoire se développe et va engendrer des modifications dans les techniques opératoires ; diminution de la DMS (chirurgies mini-invasives, pratiques interventionnelles).

Chirurgie, radiologie interventionnelle
L'imagerie de qualité est nécessaire pour poser un diagnostic et éventuellement une indication thérapeutique dans un contexte d'urgence.
Les développements des techniques interventionnelles rendent certaines lésions accessibles aux traitements et permettent des substitutions à des actes de chirurgie classique (vasculaires, neurochirurgie, …).
Ceci entraîne la nécessité de plateaux techniques complets.

Des développements sont prévisibles :

- Des petits scanners de 16 barrettes pour des activités spécifiques :
  - Certaines disciplines (ostéo-articulaires, ORL rocher et dents), infiltrations ostéo-articulaires (foramens petits trous, passages de nerfs) ;
  - Biopsies sous scanner avec meilleur ciblage (moins de risque d'essaimage) ;
  - Drainages d'abcès en évitant des ré-interventions, prélèvement de germes.

- Des salles dédiées au vasculaire avec asepsie chirurgicale et équipement d'anesthésie

- Des décisions pluridisciplinaires entre radiologues, chirurgiens vasculaires :
  - Pose d'endo-prothèses vasculaires, embolisation d'urgence en cas d'hémorragie, embolisation de tumeurs hypervascularisées ;
  - Traitement des anévrismes (embolisation, endoprothèses couvertes), traitement des lésions occlusives des vaisseaux (dilatation, endoprothèses).

- En cancérologie :
  - traitement des tumeurs par radiofréquences (chirurgie digestive) ;
  - biopsies mammaires sous IRM à champ ouvert ;
  - IRM spécifiques, à champs ouverts ostéo-articulaires pour des biopsies ; à champs verticaux à visée dynamique (mouvements des membres) ;
  - chimio-embolisation (cathétairisme de la tumeur) ;

- Des plateaux techniques regroupés, concentrés, s'appuyant sur des fonctionnements en réseaux : urgences, médecine, chirurgie

Répartitions des compétences entre métiers médicaux / paramédicaux (IADE et anesthésie, Ophtalmologie et activités de réfraction, …) :

La réflexion devrait porter sur une éventuelle délégation d'actes médicaux ; un exemple est celui de la réfraction (lunettes) : à la demande du ministère une réévaluation de la formation des orthoptistes est en cours (réingénierie du métier et formation avec une évolution vers le LMD de l'enseignement de cette discipline paramédicale.
Les transferts de compétences du personnel médical vers le personnel paramédical pourraient faire l'objet de développements, pour d'autres disciplines.

5. DECLINAISON DES OQOS EN IMPLANTATIONS D'ACTIVITE DE CHIRURGIE

Territoire de santé	Implantations actuelles	Implantations cible
Artois	15	**9 à 13**
Hainaut	14	**9 à 14**
Littoral	13	**9 à 13**
Métropole	21	**15 à 21**

III. IMAGERIE MEDICALE

1. ETAT DES LIEUX

1.1. Bilan qualitatif

1.1.1. Rappel des objectifs du SROS III

- Adapter l'organisation de l'offre de soins en imagerie en coupe aux besoins de la population ;
- Définir les conditions d'accès nécessaires pour assurer la sécurité de la prise en charge et encourager le regroupement des plateaux techniques, les collaborations entre les équipes privées et publiques, la mutualisation des moyens humains et techniques ;
- Mettre en place une gradation des plateaux techniques pour optimiser l'organisation des plateaux techniques d'imagerie en coupe ;
- Structurer l'organisation interne des établissements au circuit de demande d'examens et développer les compétences en imagerie ;
- Assurer la continuité des soins en médecine nucléaire et organiser le recours au CHRU et au Centre régional de lutte contre le cancer ;
- Permettre l'accès des patients de la région à un équipement TEP ;
- Favoriser l'accès à l'imagerie de planification et d'aide au centrage en radiothérapie.

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 :

- Mesurer la productivité des équipements selon le ratio de personnel affecté à l'utilisation des équipements d'imagerie en coupe de la structure ;
- 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.

Indicateurs d'évaluation utilisés dans le SROS III

- les données annuelles relatives à la démographie des professionnels de l'imagerie médicale ;
- les données de l'enquête annuelle d'activité du CRI et de l'ARH, qu'il faut pérenniser, mais aussi élargir progressivement aux données d'activité de la radiologie standard et de l'échographie, afin de pouvoir mesurer la progression de la substitution de techniques;
- le bilan des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (C.P.O.M.), des structures privées détentrices d'autorisation d'équipements lourds d'imagerie, notamment en matière de coopérations au sein du territoire de santé ;
- le bilan des volets spécifiques à l'imagerie médicale, qu'il convient d'élaborer dans les CPOM des établissements de soins détenteurs d'autorisation de tels équipements ;
- un suivi du développement de la télé radiologie dans la région.

1.2. Bilan quantitatif

Les OQOS ont été atteints pour les scanners, les IRM et les TEP.
Il reste la possibilité d'autoriser une caméra à scintillation sur l'Artois et une caméra sur le Littoral, uniquement sur des implantations existantes.

Tomographes par émission de positons (hors TEP exclusivement dédié à la recherche)

Territoires de santé	Nombre d'appareils autorisés
Artois	2
Hainaut	1
Littoral	2
Métropole	4

Caméras à scintillation non munies de détecteurs d'émission de positons en coïncidence

Territoires de santé	Nombre d'appareils autorisés

Artois	8
Hainaut	5
Littoral	5
Métropole	16

Appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique (IRM) (hors équipements exclusivement dédiés à la recherche)

Territoires de santé	Nombre d'appareils autorisés
Artois	15
Hainaut	10
Littoral	11
Métropole	18

Scanographes à utilisation médicale

Bassin de vie	Nombre d'appareils autorisés
Artois	21
Hainaut	15
Littoral	16
Métropole	26

2. CONTEXTE ET ENJEUX

Il est nécessaire de rappeler le contexte et les enjeux de l'imagerie médicale, aussi bien sur le plan régional que national :

- Pas d'évolution du droit des autorisations en matière d'équipements d'imagerie en coupe et en médecine nucléaire ;
- Impact du Plan Alzheimer 2008-2012, du Plan cancer 2009-2013 (mesure 21.4) et du Plan AVC 2010-2014 ;
- Amélioration de la démographie des manipulateurs, grâce à l'ouverture d'une section de formation à Valenciennes ;
- Premières contractualisations avec les détenteurs d'autorisation d'équipements d'imagerie, non établissements de santé au cours du SROS III ;
- Lancement du dispositif régional de téléimagerie.

Ainsi les enjeux du nouveau schéma régional d'organisation sanitaire reposent essentiellement sur deux des axes retenus par le Plan stratégique régional de santé, à savoir :

- L'axe relatif à l'accès au soins : 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.
- L'axe relatif à la mortalité évitable : favoriser les actions visant à dépister précocement les pathologies, notamment en cancérologie.

3. ORIENTATIONS

Cependant, il apparaît que 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) doivent 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 ;
- 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.

4. DECLINAISON DES OQOS EN IMPLANTATIONS ET EN NOMBRE D'EQUIPEMENTS

Le travail de révision des objectifs quantifiés a reposé sur :

- La prise en compte de la notion de maillage géographique, à partir de l'étude des ratios d'équipements par territoire, dans un souci d'équité dans l'accès aux équipements ;
- Les informations apportées par les enquêtes annuelles d'activité initiées en 2005 par l'ARH et le Comité Régional d'Imagerie, notamment en termes de nombre d'actes, mais aussi de délais de réalisation d'examens. Celles-ci permettent de réaliser des projections basées sur l'analyse de la production de soins et sur l'analyse des délais de rendez-vous ;
- Le recueil des besoins exprimés par les membres du Comité régional d'Imagerie et du « G4 » régional[7] pour les cinq années du Projet Régional de Santé (PRS) ;
- Un travail plus complexe entrepris parallèlement et visant à définir les niveaux de réponse nécessaires par plateau technique d'imagerie médicale, à partir de l'analyse des besoins cliniques par grandes filières médico-chirurgicales ;
- Pour les IRM enfin, l'évaluation régionale des niveaux d'objectifs quantifiés réalisée dans le cadre de la priorité de gestion du risque (GDR), sur l'imagerie médicale, prenant en compte les possibilités de diversification du parc.

Tout comme lors de la révision du volet « Imagerie médicale » du SROS III en septembre 2008, il convient d'arrêter des cibles réalistes, qui prennent en compte les besoins des patients et des acteurs de santé de la région, ainsi que les perspectives de développement d'activité liées notamment aux substitutions de techniques, sans occulter cependant les contraintes liées à la démographie des professionnels de l'imagerie.

Compte tenu de la durée du nouveau schéma régional de l'offre de soins du PRS et des difficultés à arrêter de façon définitive les besoins à cinq ans, il est proposé comme ce fut le cas lors de la publication du SROS III en mars 2006, d'arrêter des cibles à échéance du schéma, mais de prévoir une révision des objectifs quantifiés en fin d'année 2013 afin de pouvoir les ajuster à mi parcours du SROS.

Pour rappel, une implantation est un site géographique où est exercée l'activité d'imagerie (de médecine nucléaire utilisant un TEP ou une caméra à scintillation, d'imagerie par résonance magnétique ou de scanographie), et qui n'est pas traversé par une voie publique, quelque soit le mode de gestion et les titulaires juridiques des différents appareils du même type situés sur la même implantation géographique.

Caméras à scintillation munies ou non de détecteurs d'émission de positons en coïncidence, tomographes à émissions et caméras à positons :

[7] Le **conseil professionnel de la radiologie française (ou G4),** association à but non lucratif régie par la loi de 1901, associe toutes les composantes de la radiologie française : le Collège des Enseignants en radiologie de France (Universitaires), la Fédération Nationale des Médecins Radiologues (médecins libéraux), la Société Française de Radiologie (société savante) et le Syndicat des Radiologues Hospitaliers.

Tomographes par émission de positons (hors TEP exclusivement dédié à la recherche)

TERRITOIRES DE SANTE	IMPLANTATIONS ACTUELLES	IMPLANTATIONS CIBLES
ARTOIS	2	2 à 3
HAINAUT	1	1 à 2
LITTORAL	2	2 à 3
METROPOLE	4	4 à 5

TERRITOIRES DE SANTE	NOMBRE ACTUEL DE TEP AUTORISÉS	NOMBRE D'APPAREILS CIBLE
ARTOIS	2	2 à 3
HAINAUT	1	1 à 2
LITTORAL	2	2 à 3
MÉTROPOLE	4	4 à 6

Les nouveaux équipements TEP viendront prioritairement compléter des plateaux techniques de médecine nucléaire existants.

Caméras à scintillation non munies de détecteurs d'émission de positons en coïncidence

TERRITOIRES DE SANTE	IMPLANTATIONS ACTUELLES	IMPLANTATIONS CIBLES
ARTOIS	3	3
HAINAUT	2	2
LITTORAL	3	3
METROPOLE	6	6

TERRITOIRES DE SANTE	NOMBRE ACTUEL DE CAMERAS AUTORISÉES	NOMBRE D'APPAREILS CIBLE
ARTOIS	8	8 à 9
HAINAUT	5	5
LITTORAL	5	5 à 6
MÉTROPOLE	16	16 à 17

Appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique (IRM)

TERRITOIRES DE SANTE	IMPLANTATIONS ACTUELLES	IMPLANTATIONS CIBLES
ARTOIS	11	11
HAINAUT	7	7 à 9
LITTORAL	8	8 à 10
METROPOLE	12	12 à 14

L'instruction CNAMTS/DGOS du 27 avril 2011 relative à la priorité de gestion du risque sur l'imagerie médicale en 2010-2011 a demandé aux ARS de mener pour le 15 juin, puis pour le 1er septembre 2011 une évaluation de la potentialité de diversification du parc des IRM dans le cadre des travaux d'élaboration du SROS-PRS. Cette instruction propose des niveaux d'objectifs pluriannuels par région, basés sur des projections prenant en compte :

- Les objectifs du plan Cancer en matière de taux d'IRM ;
- Des objectifs de réduction des délais d'accès à l'IRM ;
- L'augmentation prévisible du nombre d'actes estimée sur la durée du SROS-PRS ;
- Un objectif de diversification des plateaux techniques d'imagerie (IRM « plus efficientes »). (Sont qualifiées « d' IRM plus efficientes », des IRM qui, pour des topographies d'examens données (essentiellement de l'appareil ostéo-articulaire), permettent de réduire sensiblement le coût de production de l'acte par rapport à une IRM polyvalente).

Un document de synthèse de l'évaluation régionale portant sur l'objectif de développement de l'IRM intégrant la diversification du parc, a été adressé au niveau national (CNAMTS et ministère de la Santé) le 17 août 2011 et propose les objectifs suivants :

Nord Pas-de-Calais	2011	2012	2013	2014	2015
Nombre total d'IRM autorisées :	54	59	64	69	73

Dont appareils polyvalents :	54	54	54	51	51
Dont appareils efficients :	0	5 (8%)	10 (16%)	18 (26%)	22 (30%)

Un avis du Conseil national de Pilotage des ARS sur ces propositions régionales est attendu pour le mois d'octobre.

TERRITOIRES DE SANTE	NOMBRE ACTUEL D'APPAREILS IRM AUTORISÉS	NOMBRE D'APPAREILS CIBLE
ARTOIS	**15**	**15 à 19**
HAINAUT	**10**	**10 à 13**
LITTORAL	**11**	**11 à 14**
MÉTROPOLE	**18**	**18 à 27**

Les IRM autorisées durant la première partie du SROS-PRS seront prioritairement des machines visant à diversifier le plateau technique par l'installation d'équipements dédiés à l'ostéo articulaire, mais aussi par des équipements permettant une diversification dans d'autres domaines prioritaires comme l'accès aux personnes obèses, la cancérologie, les urgences neurovasculaires. Les autorisations d'IRM ou les renouvellements d'autorisation devront permettre dès le début du SROS-PRS en 2012-2013, un accès aux personnes obèses à raison d'au moins une IRM à champ ouvert dans la région.

Objectifs en termes d'accessibilité

	Délais maximums en 2015
Imagerie par résonance magnétique en hospitalisation	**3 jours**
Imagerie par résonance magnétique en consultation externe	**10 jours**

Scanographes à utilisation médicale

TERRITOIRES DE SANTE	IMPLANTATIONS ACTUELLES	IMPLANTATIONS CIBLES
ARTOIS	**14**	**13 à 14**
HAINAUT	**11**	**11 à 12**

LITTORAL	**12**	**12 à 14**
METROPOLE	**16**	**15 à 16**

TERRITOIRES DE SANTE	NOMBRE ACTUEL DE SCANNERS AUTORISÉS	NOMBRE D'APPAREILS CIBLE
ARTOIS	**21**	**21 à 22**
HAINAUT	**15**	**15 à 17**
LITTORAL	**16**	**16 à 18**
MÉTROPOLE	**26**	**26 à 30**

Les autorisations de scanners ou les renouvellements d'autorisation devront permettre dès le début du SROS-PRS en 2012-2013, un accès aux personnes obèses à raison d'au moins un scanner par territoire de santé.

Objectifs en termes d'accessibilité

	Délais maximums en 2015
Tomodensitométrie en hospitalisation	**3 jours**
Tomodensitométrie en consultation externe	**10 jours**

5. CHIFFRAGE

Les dépenses de radiologie conventionnelle et d'imagerie en coupe (scanners et IRM) ont représenté, pour l'année 2010, un montant de dépenses de plus de 135 millions d'euros pour la région Nord Pas de Calais. Elles composent 31.21% des dépenses d'honoraires techniques de soins de ville observées en région dans le cadre de l'ONDAM 2010.

La part de l'imagerie en coupe dans les dépenses totales de radiologie est passée de 24% en 2007 à 39% en 2010 pour notre région.

La consommation unitaire globale régionale (dépenses remboursées par bénéficiaire consommant) reste inférieure à celle de la France métropolitaine. Cet écart tend à se réduire en 2010, mais la particularité régionale réside dans une consommation privilégiée d'actes de radiologie conventionnelle au détriment de l'imagerie en coupe.

Le SROS et le programme régional de gestion du risque en imagerie visent d'une part à favoriser un égal accès de la population aux équipements d'imagerie en coupe par le développement soutenable de l'offre et d'autre part à éviter la réalisation d'actes d'imagerie conventionnelle non indiqués ou redondants.

Des indicateurs de suivi portant sur l'évolution des dépenses engagées par l'Assurance maladie en la matière, permettront d'évaluer l'atteinte de ces objectifs.

IV. TECHNIQUES INTERVENTIONNELLES UTILISANT L'IMAGERIE MEDICALE EN CARDIOLOGIE

INTRODUCTION

Cette partie du SROS-PRS regroupe trois types de techniques :

- **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 réalisés 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.

Les médecins qui effectuent ces actes sont selon le cas, des cardiologues spécialisés en rythmologie et en stimulation cardiaque; des pédiatres spécialisés en cardiologie de l'enfant ou des cardiologues ou radiologues spécialisés dans la pratique du cathétérisme interventionnel.

- **Du SROS III au SROS-PRS :**

Le SROS "techniques interventionnelles utilisant l'imagerie médicale" arrêté en mars 2006**,** fixait, dans sa rédaction initiale :

- Un objectif d'autonomie par territoire de santé pour la pose de stimulateurs multi-sites (SMS) ;
- Un nombre de 2 implantations cibles sur la région pour les établissements pouvant être autorisés à pratiquer l'activité de pose de défibrillateurs cardiaques implantables (DCI). Cet objectif était assorti d'une clause de révision " *en fonction de l'extension prévisible des indications et de l'évolution des textes réglementaires* ".

Constatant la progression soutenue du nombre des défibrillateurs cardiaques implantés sur le territoire national[8], confirmant l'extension des indications (évolution qui contraste avec une relative stagnation des poses de stimulateurs cardiaques triple chambre[9]), le directeur de l'ARH a révisé en novembre 2009, le SROS "techniques interventionnelles utilisant l'imagerie médicale" afin de parvenir à une autonomie par territoire de santé par la création d'un centre dans chaque territoire hors Métropole, en favorisant les coopérations entre les équipes publiques et privées.

Cette révision a donné lieu, après examen des demandes déposées lors de l'appel à candidatures organisé par la suite, à l'agrément de 3 nouveaux établissements en février 2010 : les Centres Hospitaliers de Boulogne sur Mer et de Lens (pour les DCI mono et double chambre) et de Valenciennes (pour les DCI mono, double et triple chambre)[10].
Compte-tenu de ces décisions en matière de pose de DCI, ainsi que du caractère transitoire du volet 2009-2011, les objectifs précités ont été repris dans le SROS III " activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie " 2009-2011, sans modification, afin d'être poursuivis jusqu'au terme du SROS III.

La réalisation de ces objectifs impliquait donc, jusqu'à la fin du SROS III, de :

- Ne pas développer ces activités hors des centres déjà habilités à la pose de SMS et/ou de DCI dans le cadre de la réglementation antérieure. Il apparaissait en effet indispensable de permettre aux centres récemment agréés d'assurer la montée en charge de ces nouvelles activités afin d'en garantir la pérennité ;
  Cet objectif devait toutefois s'accompagner de la mise en œuvre de coopérations permettant un accès large des autres établissements du territoire et des praticiens compétents à ces techniques.
- Développer quantitativement, et compléter l'offre des centres qui n'étaient pas encore habilités à la pose de l'ensemble des dispositifs, en accompagnant la montée en charge des centres récemment habilités (hors Métropole) et en confortant l'activité des centres historiques de la Métropole.

Ce qui se traduit par :

- Dans le territoire de santé Métropole = 3 centres capables d'assurer la pose de l'ensemble de ces dispositifs ;
- Dans chaque territoire de santé hors Métropole = création d'un centre capable d'assurer la pose de ces dispositifs, dont pose des SMS et DCI triple chambres si les conditions de formation/expérience des équipes et de plateau technique étaient réunies. Il pouvait toutefois être envisagé de limiter en premier lieu cette activité à la pose des défibrillateurs cardiaques implantables mono et double chambre.

[8] 5006 en 2005, 6589 en 2006, 7461 en 2007

[9] 2075 en 2005, 1962 en 2007

[10] Il est rappelé que la population cible des défibrillateurs cardiaques implantables est estimée à environ 220 par million d'habitants et par an soit un potentiel de 13 860 patients par an sur le territoire national. Dans notre région, l'estimation est donc de près de 900 patients alors que le nombre de poses (primo-implantations et renouvellements) concernait environ 500 patients sur l'année 2008.

Le SROS III, qui faisait la distinction au sein des actes du groupe 1, entre les implantations concernant l'ablation et celles concernant les stimulateurs triple chambre et les DCI, a fait l'objet d'un recours et cette particularité a été annulée[4]
Parallèlement en mars 2011, les DCI ont fait l'objet d'une modification de leurs modalités de remboursement, celui-ci étant dorénavant incorporé dans les tarifs des GHS (groupes homogènes de séjour).
Les délivrances d'autorisations qui ont suivi l'élaboration de ce volet du SROS III étant très récentes (1er semestre 2011) concomitamment à la reconnaissance d'USIC (Unités de soins intensifs cardiologiques), ce volet ne peut qu'établir un état des lieux de cette activité, sans fixer de nouveaux objectifs (hormis le ré examen des cibles capacitaires des USIC).

- **L'activité régionale 2010 de cardiologie interventionnelle :**

La production des établissements et la consommation des habitants de la région en matière de cardiologie interventionnelle, permettant d'évaluer les besoins de la population, ont été réactualisés à partir des données du PMSI 2010.
L'analyse des actes et leurs regroupements étant conformes aux directives nationales.

- **Production et consommation des établissements :**

La production 2010 des établissements représente un total de 11317 actes de cardiologie interventionnelle répartis comme suit :

- 2818 actes d'électrophysiologie interventionnelle ;
- 442 actes de traitement de cardiopathies congénitales ;
- 8057 actes de traitement des cardiopathies adultes (dont 8029 angioplasties coronaires).

Pour rappel, les actes du groupe 2 comprennent quelques actes de traitement de pathologies de l'adulte (dilatations de sténoses orificielles liées au vieillissement, poses d'endoprothèse couverte dans l'aorte thoracique pour anévrismes ou dissections et qui relèvent en fait du traitement des cardiopathies adultes - groupe 3).
Il en est de même pour le traitement chez les adultes des foramen ovale perméables n'ayant pas été responsables de détresse respiratoire ou de cyanose néonatale et n'ayant pas fait l'objet d'interventions dans l'enfance. Ces prises en charge peuvent s'effectuer dans les établissements autorisés pour les actes du groupe 3 (cardiopathies adultes) dans le respect des dispositions de la classification commune des actes médicaux relatives aux actes codés DASF005 (fermeture d'un foramen ovale perméable, par voie veineuse transcutanée).

[4] (décision DGOS du 21/02/2011)

Production 2010	ARTOIS	*indice/Mha*	HAINAUT	*indice/Mha*	LITTORAL	*indice/Mha*	METROPOLE	*indice/Mha*	production REGION	*indice/Mha*
électrophysiologie interventionnelle	**413**	***358***	**503**	***677***	**201**	***249***	**1701**	***1289***	**2818**	***700***
Actes à seuil	228	*198*	421	*567*	104	*129*	907	*687*	1660	*412*
Actes non à seuil (hors SMS et DCI)	125	*108*	47	*63*	57	*71*	274	*208*	503	*125*
Implantation stimulateur multisite	5	*4*	5	*7*	11	*14*	83	*63*	104	*26*
Implantation défibrillateur cardiaque	55	*48*	30	*40*	29	*36*	437	*331*	551	*137*
cardiopathies congénitales	**77**	***67***	**7**	***9***	**0**	***0***	**358**	***271***	**442**	***110***
Actes à seuil < 18 ans	1	*1*					73	*55*	74	*18*
Actes à seuil > ou = 18 ans	76	*66*	7	*9*			280	*212*	363	*90*
Actes non à seuil < 18 ans										
Actes non à seuil > ou = 18 ans							5	*4*	5	*1*
cardiopathies adultes	**2040**	***1768***	**1483**	***1997***	**1480**	***1831***	**3054**	***2315***	**8057**	***2002***
Actes à seuil	2039	*1767*	1483	*1997*	1480	*1831*	3027	*2294*	8029	*1995*
Actes non à seuil	1	*1*	0	*0*		*0*	27	*20*	28	*7*
total	**2530**	*2193*	**1993**	***2683***	**1681**	***2079***	**5113**	***3875***	**11317**	*2812*

Source : PMSI 2010

On note la prééminence des établissements de la métropole pour les actes des groupes 1 et 2.
Celle-ci est en partie liée pour les actes du groupe 1 aux agréments des seuls établissements de la métropole pour la pose des stimulateurs multisites et des défibrillateurs et, pour les actes du groupe 2 à la prise en charge quasi exclusive des cardiopathies congénitales de l'enfant au CHRU de Lille.
Pour les cardiopathies adultes (actes du groupe 3), l'offre de soins est davantage déconcentrée et la répartition par territoire est naturellement plus homogène.

Les données de consommation des habitants du Nord Pas de Calais, obtenues en fonction des codes postaux des domiciles des patients ayant bénéficié d'actes de cardiologie interventionnelle en 2010, font apparaître une sous consommation relative des habitants du Littoral pour les actes des groupes 1 et 2. (Tableau ci-dessous)

Consommation 2010	ARTOIS	*indice/Mha*	HAINAUT	*indice/Mha*	LITTORAL	*indice/Mha*	METROPOLE	*indice/Mha*	consommation REGION	*indice/Mha*
électrophysiologie interventionnelle	**824**	***714***	**610**	***821***	**497**	***615***	**882**	***668***	**2813**	***699***
Actes à seuil	444	*385*	434	*584*	263	*325*	507	*384*	1660	*412*
Actes non à seuil (hors SMS et DCI)	183	*159*	74	*100*	98	*121*	147	*111*	503	*125*
Implantation stimulateur multisite	26	*23*	11	*15*	21	*26*	49	*37*	104	*26*
Implantation défibrillateur cardiaque	171	*148*	91	*123*	115	*142*	179	*136*	551	*137*
cardiopathies congénitales	**174**	***151***	**80**	***108***	**65**	***80***	**144**	***109***	**463**	***115***
Actes à seuil < 18 ans	31	*27*	13	*18*	14	*17*	24	*18*	82	*20*
Actes à seuil > ou = 18 ans	138	*120*	67	*90*	50	*62*	114	*86*	369	*92*
Actes non à seuil < 18 ans	0	*0*	0	*0*	0	*0*	0	*0*	0	*0*
Actes non à seuil > ou = 18 ans	5	*4*	0	*0*	1	*1*	6	*5*	12	*3*
cardiopathies adultes	**2336**	***2025***	**1510**	***2033***	**1708**	***2113***	**2470**	***1872***	**8024**	***1994***
Actes à seuil	2328	*2018*	1506	*2027*	1707	*2111*	2456	*1861*	7997	*1987*
Actes non à seuil	8	*7*	4	*5*	1	*1*	14	*11*	27	*7*
total	**3334**	***2890***	**2200**	***2962***	**2270**	***2808***	**3496**	***2650***	**11300**	***2808***

Source : PMSI 2010

Écarts entre la production et la consommation

Écarts Production Consommation 2010	ARTOIS		HAINAUT		LITTORAL		METROPOLE		REGION	
	PROD	CONSO	PROD	CONSO	PROD	CONSO	PROD	CONSO	PROD	CONSO
électrophysiologie interventionnelle	**413**	**824**	**503**	**610**	**201**	**497**	**1701**	**882**	**2818**	**2813**
Actes à seuil	228	444	421	434	104	263	907	507	1660	1660
Actes non à seuil (hors SMS et DCI)	125	183	47	74	57	98	274	147	503	503
Implantation stimulateur multisite	5	26	5	11	11	21	83	49	104	104
Implantation défibrillateur cardiaque	55	171	30	91	29	115	437	179	551	551
cardiopathies congénitales	**77**	**174**	**7**	**80**	**0**	**65**	**358**	**144**	**442**	**463**
Actes à seuil < 18 ans	1	31		13		14	73	24	74	82
Actes à seuil > ou = 18 ans	76	138	7	67		50	280	114	363	369
Actes non à seuil < 18 ans		0		0		0		0		0
Actes non à seuil > ou = 18 ans		5		0		1	5	6	5	12
cardiopathies adultes	**2040**	**2336**	**1483**	**1510**	**1480**	**1708**	**3054**	**2470**	**8057**	**8024**
Actes à seuil	2039	2328	1483	1506	1480	1707	3027	2456	8029	7997
Actes non à seuil	1	8	0	4		1	27	14	28	27
total	**2530**	**3334**	**1993**	**2200**	**1681**	**2270**	**5113**	**3496**	**11317**	**11300**

Source : PMSI 2010

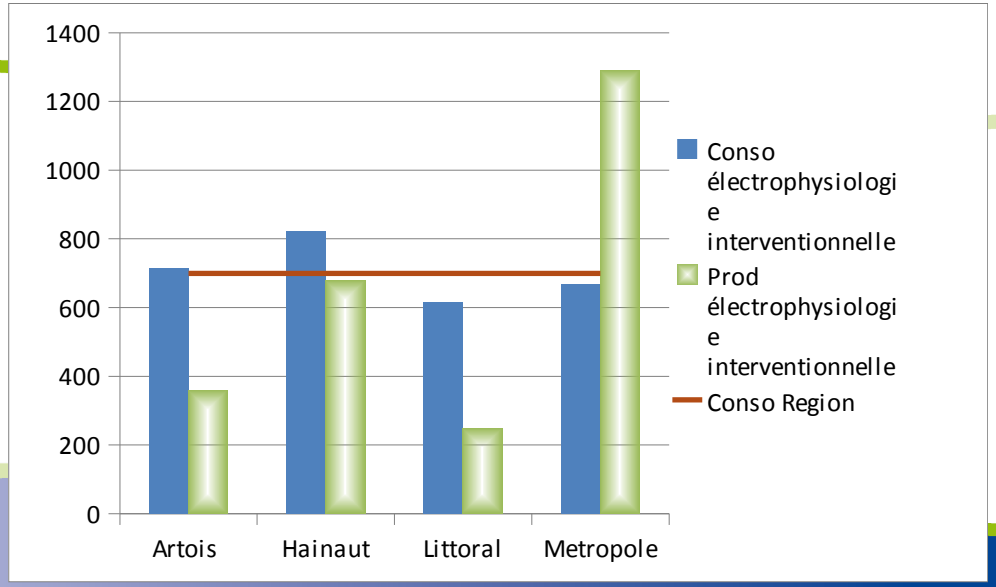
Les écarts entre la production des établissements et la consommation des habitants font apparaître un équilibre pour les actes des groupes 1 et 3 dans le Hainaut, un écart au profit de la production en Métropole, un écart au profit de la consommation dans le Littoral et en Artois.

Les tableaux détaillant la production pour chaque territoire sont situés en annexe, à la fin de ce document.

- Etude des fuites et de l'attractivité des établissements :

Les tableaux qui suivent indiquent pour l'année 2010, les comportements des habitants de chaque territoire de santé en matière de lieux de réalisation des actes de cardiologie interventionnelle.
On observe :

- **Pour les actes du groupe 1 :**

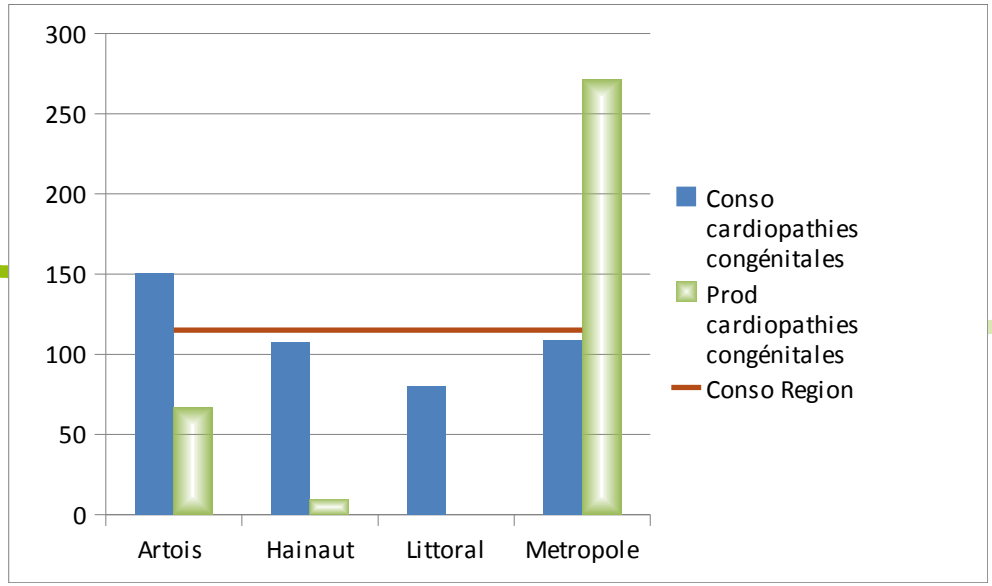


En données brutes, les consommations de l'Artois et de la Métropole sont proches du niveau de la consommation régionale, celle du Hainaut présente un profil de consommation élevé. Le Littoral est en sous-consommation associée à une production locale faible de soins.

L'hypothèse d'un accès insuffisant aux soins pour la population du littoral est à vérifier.

Pour les autres territoires, on peut considérer que l'accès aux soins est cohérent même si la répartition de l'offre est particulièrement inégale.

Pour les actes du groupe 2 :

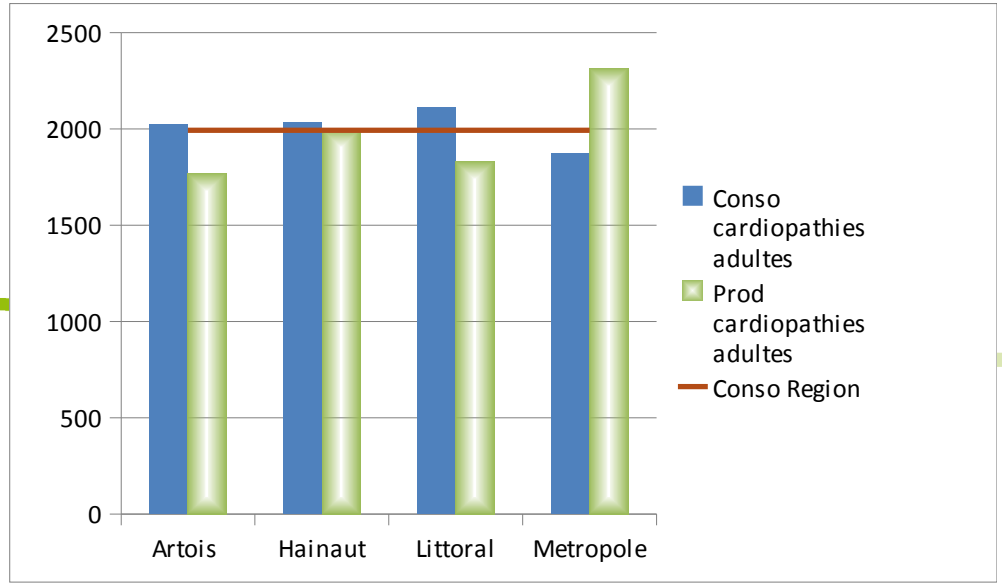


La production de soins est centralisée sur la Métropole lilloise et une petite partie sur l'Artois.

On constate que les deux territoires les plus faibles en consommation de soins dans cette discipline sont ceux qui n'ont quasiment pas développé d'offre (avant autorisation).

Il convient de poser l'hypothèse d'un accès aux soins insatisfaisant pour ces deux territoires que sont le Hainaut et le Littoral. En terme de développement, compte tenu des contraintes liées aux compétences médicales et au plateau technique, seule la Métropole (le CHRU), dispose des conditions de mise en œuvre de cette activité pédiatrique de recours régional. Il faut donc améliorer l'accessibilité de l'unique offre régionale pour les territoires en difficulté.

Pour les actes du groupe 3 :



Les cardiopathies adultes montrent un niveau d'utilisation des soins sur chaque territoire équivalent et cohérent par rapport à la région.

On constate aussi que l'offre de soins est répartie dans chaque territoire de santé.

1. ETAT DES LIEUX

1.1. Sur les Unités de Soins Intensifs en Cardiologie (USIC)

Lors de la rédaction du SROS III, la région Nord Pas de Calais compte 19 USIC pour un total de 181 lits.

Ces unités ont fait l'objet d'une évaluation de leur fonctionnement en 2008-2009. Cette évaluation a porté sur les séjours de novembre 2007. A partir de ces données d'activité et en fonction des constats médicalisés relatifs aux séjours, il est apparu que les implantations installées d'USIC assuraient globalement le maillage territorial nécessaire à l'accueil des urgences cardiologiques de proximité.

Les implantations et capacités cibles du SROS III ont donc été déterminées telles que dans le tableau ci-dessous.

USIC : Implantations et capacités disponibles avant le SROS III et cibles du SROS III

	Implantations		Capacités (en lits)	
	Implantations avant le SROS III	Implantations cibles du SROS III	Capacités avant le SROS III	Capacités cibles du SROS III
Artois	5	5	42 (3,7/100 000)	42 à 45 (4/100 000)
Hainaut	3	4	24 (3,1/100 000)	24 à 32 (4,2/100 000)
Littoral	5	5	43 (5,3/100 000)	37 à 39 (4,8/100 000)
Métropole	6	5 à 7	72 (5,4/100 000)	64 à 70 (5,2/100 000)

Les révisions de capacités et d'implantations dans le SROS précédent ont donc tenu compte d'une part des taux d'équipement territoriaux et, d'autre part des résultats de l'évaluation de 2007. Elles ont été notifiées aux établissements le 07/02/2011 et seront mentionnées dans les révisions des contrats d'objectifs et de moyens liant les établissements et l'Agence Régionale de Santé.

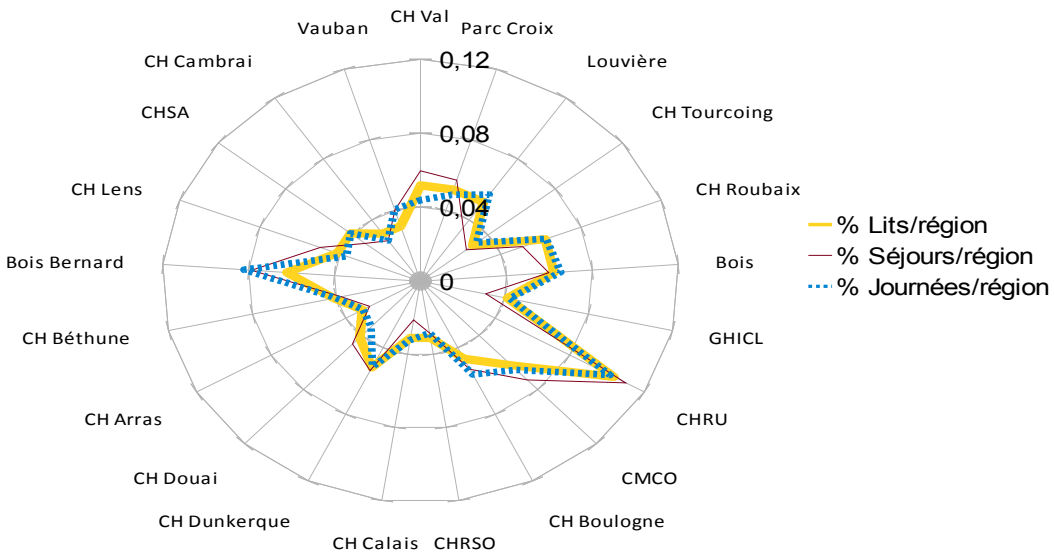
USIC reconnues en février 2011 par territoire :

Territoire	Implantations retenues	Implantations cibles	Capacité retenue	Capacité pour 100.000 h a*
Hainaut 754589 habitants*	4	4	30	3,97
Artois 1127853 habitants*	5	5	45	3,99
Littoral 808390 habitants*	5	5	39	4,8
Métropole 1328963 habitants*	7	5 à 7	70	5,2
REGION	**21**	**19 à 21**	**184**	**4,57**

** source : population française en 2006*

Les données d'activité déclaratives pour l'année 2010 de ces unités sont indiquées dans les tableaux suivants ; on peut remarquer que :

- En ce qui concerne le poids des territoires dans les séjours et journées réalisés, on note que l'Artois (et en particulier les CH de Lens et Douai) réalise un pourcentage régional de séjours supérieur à son poids régional en équipement (nombre de lits) ; c'est également le cas dans le territoire du Hainaut (en raison de l'activité du CH de Valenciennes et dans une moindre mesure, de la Polyclinique Vauban).



- La DMS régionale est de 4 jours ; elle varie de 3,6 (Artois) à 4,3 (Métropole) entre territoires et de 2,66 jours (CH de Douai) à 5,9 (La Louvière). Le taux d'occupation régional est de 85,8% ; il varie beaucoup plus entre territoires, de 78,2 (Hainaut) à 89,6 (Littoral) et entre établissements : de 70% (CH St Omer) à 104% (CH Boulogne).[5]

- Les modes d'entrée et sortie d'USIC sont très variables d'un établissement à l'autre, selon, entres autres, qu'ils fonctionnent comme établissement recours de territoire ou de manière plus autonome ; ainsi, 51,2% des entrées se font par mutation des urgences mais ce pourcentage varie de 1% (CHRU) à 85% (CMCO) ; 25,4% des entrées sont réalisées en région par mutation de MCO autres que les urgences (de 1% à la Polyclinique du Bois à 98% au CHRU) ; 25,1% des entrées proviennent directement du domicile (de 1% au CH St Omer à 90% à la Polyclinique du Bois) ; les remarques sont identiques pour les sorties.

[5] Une étude réalisée en Île de France en 2010 (52 sites d'USIC) précise que la DMS moyenne est de 3,78 jours (médiane 3 jours), les modalités d'admission sont, dans près de 65% des cas, directes du domicile ou via les urgences de l'établissement. Dans 26 % ce sont des patients transférés des autres services de l'établissement et 9 % sont des transferts d'autres établissement. La sortie de l'USIC se fait dans 61 % des cas vers le service (ou l'unité) de médecine qui lui est nécessairement associé, pour 10,5% par transfert en chirurgie cardiovasculaire, réanimation, convalescence SSR. Le taux de décès en USIC est globalement de 2% et les retours directs au domicile sont plus rares, de près de 25 % en moyenne (23% en médiane).

USIC	DMS		TO		entrées						sorties					
					2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010
	2009	2010	2009	2010	urgences		mutation		MCO	domicile	domicile		décès		mutation MCO	
Moyenne Hainaut	3,6	3,7	81,2	78,2	69,2	63,7	24,5	24,7		23,5	12,5	13,0	6,6	6,5	56,7	72,4
Moyenne Artois	3,7	3,6	85,6	82,1	53,5	49,4	32,1	30,7		31,3	10,5	14,4	5,9	4,8	73,5	74,7
Moyenne Littoral	4,0	4,0	89,6	89,6	67,0	55,7	17,5	15,6		9,3	26,2	25,2	4,7	4,6	59,5	60,3
Moyenne Métropole	4,2	4,3	88,0	89,0	46,0	42,1	27,2	30,6		38,6	35,7	36,6	4,3	4,4	47,0	45,7
Région 2010	4		85,8		51,2		25,4		25,1		23,5		4,9		62	
Région 2009	3,9		86,4		57,4		25,5		28,5		22,4		5,2		58,7	
Région 2007	4,9										25		5		63	

- L'âge moyen des patients accueillis en USIC est de 69 ans ; il diminue légèrement ces dernières années (70 ans en 2007, 69,1 en 2009) ; il varie de 63,5 ans (CMCO) à 75 ans (La Louvière). L'IGS2 et le pourcentage de patients ventilés sont rarement renseignés/côtés ; quand ils le sont, si l'IGS2 varie peu (moyenne à 25,9 et médiane à 25), ce n'est pas le cas du pourcentage de patients ventilés (minimum à 0% pour les CH Dunkerque et le CHRU, maximum à 14,1% au CH de Cambrai).

	Age moyen		IGS 2		VM	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010
Hainaut	69,3	68,9	23,1	25,6	7,6	6,6
Artois	68,2	68,4	27,1	26,5	15,5	16,4
Littoral	70,1	68,8	23,5	24,6	0,3	0,7
Métropole	69	69,7	25,8	26,3	7,5	3,7
Région	69,1	69	25,3	25,9	6,7	6,2

1.2. Sur les activités utilisant des techniques interventionnelles en cardiologie

Le volet du SROS III avait déjà constaté que plusieurs établissements avaient une activité modeste sur certains groupes, certains d'entre eux étant en outre en situation de concurrence historique sur une même zone de proximité .
Le volet comprenait donc très clairement l'objectif de "*favoriser les regroupements des centres […] dont l'activité quantitative […] est insuffisante pour atteindre de manière pérenne le seuil minimal d'activité", cet* objectif se traduisant par la détermination d'un nombre d'implantations ne permettant pas d'accéder à l'ensemble des demandes déposées.

Le SROS III avait édicté un certain nombre de recommandations destinées à améliorer la qualité et la sécurité des soins, tout en maintenant une répartition des activités équilibrées sur le territoire. Il avait pour objet de garantir la sécurité et la permanence des soins pour les activités relevant des 3

groupes, par le respect des seuils minimaux d'activité, qui seront objectivés à l'issue de la période réglementaire, et par le respect des conditions techniques de fonctionnement.

Pour cela, le SROS prévoyait de :

- 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 :
La réglementation imposant un seuil minimal de 50 actes d'électrophysiologie interventionnelle des coopérations ont du être favorisées pour atteindre, voire dépasser le seuil minimal en optimisant les moyens humains et matériels nécessaires.
Ainsi, sur le littoral, l'activité a été regroupée sur un seul site autorisé (le CH de Boulogne), sous condition de mise en œuvre d'un GCS portant sur l'intervention commune des praticiens des deux établissements, sur le plateau technique du CH, pour la réalisation de ces actes.
Dans un autre domaine, l'autorisation délivrée au CH de Roubaix a été conditionnée à la mise en place d'un GCS avec le CHRU pour optimiser les flux de patients entre les deux établissements en fonction de la gravité de leur état et de la complexité des techniques utilisées pour leur prise en charge.

En janvier 2010, la Société Française de Cardiologie a recommandé la spécialisation des centres autorisés en fonction de leur niveau d'activité (dont prise en charge des ablations à risque élevé de complications graves : voie nodale lente, voies accessoires, tachycardies atriales et ventriculaires, ablation de la fibrillation atriale). Le nombre d'actes réalisés dans ces techniques complexes ainsi que la prise en compte par les promoteurs de l'ensemble des recommandations de la SFC devront être évalués (voire contractualisés si nécessaire au travers des CPOM) par l'ARS.

- Dans le domaine de la prise en charge des cardiopathies congénitales :
Seul le CHRU de Lille dispose des conditions techniques de fonctionnement permettant une prise en charge sécurisée des patients. Les actes de cardiopathies congénitales réalisés chez les enfants à l'Hôpital privé de La Louvière, seront désormais effectués par les cardiologues libéraux exerçant dans cet établissement privé, sur le site du CHRU, via la signature d'une convention, permettant ainsi de maintenir une offre libérale en région.

- Organiser la permanence et la sécurité des soins dans la prise en charge de l'infarctus du myocarde :
La permanence des soins ne peut être partagée sur plusieurs sites en raison du risque de perte de chance pour le patient du fait des difficultés d'orientation en urgence. Toutefois, des coopérations entre centres autorisés existent au travers de la mise en place d'une équipe commune suffisante pour assurer sur chaque site la permanence des soins sans discontinuité. C'est le cas du CH de Lens et de la Polyclinique de Bois Bernard, qui assurent une permanence commune sur les deux sites, doublée d'une deuxième astreinte si deux patients devaient être pris en charge en même temps. Une organisation identique est en cours de formalisation entre le CH de Valenciennes et la Polyclinique Vauban.

Les titulaires des autorisations d'activité relevant du groupe 3 ont tous mis en place une permanence des soins dans le cadre de la prise en charge de l'infarctus du myocarde (accueil des patients et réalisation en cas de besoin d'actes d'angioplasties coronaires 24h/24) et disposent de lits d'USIC.
Ils deviendront membres du réseau de prise en charge des urgences et leur plateau technique sera directement accessible, en lien avec le SAMU, sans passer par un service des urgences.

Lorsque le titulaire d'une reconnaissance d'USIC ne dispose pas d'une autorisation de pratiquer les actes du groupe 3 (cas des CH de Tourcoing, Maubeuge, Cambrai, Douai, Béthune, Arras), les conditions de transfert et d'orientation vers le plateau technique adéquat des patients devront être évaluées et formalisées en veillant à la fluidité dans la répartition des rôles des différents intervenants (SAMU, urgences, USIC, réanimation, chirurgie cardiaque, unité de médecine, SSR).

L'ensemble des établissements où sont implantées des USIC disposent de protocoles de prise en charge des syndromes coronariens aigus et post-aigus rédigés et évalués en référence aux recommandations des sociétés savantes (Haute Autorité en Santé ; Société Française de Cardiologie ; Société Européenne de Cardiologie).

- L'autonomie par territoire de santé dans la pose de Défibrillateurs Cardiaques Implantables (DCI) et des Stimulateurs Multi-Sites (SMS) est réalisée, malgré le faible nombre de praticiens formés, ce qui donne à penser que des « fuites » entre territoires, voire extrarégionales, persistent dans l'immédiat.

Les OQOS retenus dans le SROS III :

1.2.1. Implantations

	Actes du groupe 1	Pose de STC/DCI	Actes du groupe 2	Actes du groupe 3
Artois	1 à 2	1	0	2
Hainaut	1 à 2	1	0	2
Littoral	1	1	0	2 à 3
Métropole	3 à 4	3	1	5 à 6

1.2.2. Actes

	Actes du groupe 1		Actes du groupe 2		Actes du groupe 3	
	MINI	MAXI	MINI	MAXI	MINI	MAXI
Artois	246	711			2123	2474
Hainaut	465*	642			1468	1538
Littoral	126	499*			1476	1657
Métropole	724	1597	333	532*	2585	3225

2. ORIENTATIONS

Compte tenu du caractère récent des autorisations/reconnaissances délivrées, les objectifs quantifiés du SROS III (implantations par territoire) sont reportées sans modification dans le présent volet, a minima, l'objectif étant de permettre la montée en charge des derniers centres autorisés et leur impact sur l'offre de soins et la consommation des patients.

Quatre établissements ont obtenu une autorisation sous conditions de coopérations : hormis le CHRU, le GCS de rythmologie entre le CH Boulogne et la CMCO Côte d'Opale, le projet "Carmen" entre le CHRU et le CH de Roubaix, la convention conclue entre le CHRU et l'Hôpital privé de La Louvière pour les actes du groupe 2 et l'activité de la Polyclinique du Parc à Croix.

La sécurisation de la prise en charge des patients, l'absence de discontinuité dans la permanence des soins, le maintien sur chaque site de praticiens compétents constituent les principaux axes de la future évaluation et feront l'objet d'une contractualisation au sein du CPOM entre l'établissement et l'ARS.

Les objectifs qualitatifs des services autorisés en cardiologie interventionnelle sont :

2.1. Sécuriser la prise en charge et la continuité des soins pour l'ensemble des actes :

- Garantir, sur chaque site autorisé, un nombre de cardiologue formé aux actes pratiqués, permettant d'assurer la continuité et la permanence des soins, répondant aux recommandations de la Société Française de cardiologie
- S'assurer de l'activité annuelle minimale requise par type d'actes, pour chaque site.

- S'assurer de mise en œuvre des coopérations inter établissements sur les actes du groupe 1 (projet Carmen entre le CHRU et le CH de Roubaix, projet de GCS entre le CH Boulogne et la Clinique MCO Côte d'Opale).

2.2- Organiser la permanence et la sécurité des soins dans la prise en charge de l'infarctus du myocarde :

- Les coopérations entre établissements seront confortées de manière à garantir le seuil d'activité minimale requis pour assurer des soins de qualité aux patients et d'autre part, développer une permanence des soins sur chaque territoire.

- L'intégration des établissements de santé dans le réseau de prise en charge des urgences doit permettre une accessibilité plus grande du patient au plateau technique, en évitant le passage par un service d'urgences.

- Le jeu des conventions s'appliquera également à fluidifier le parcours du patient provenant d'établissements ne disposant pas d'activité de cardiologie interventionnelle mais d'une autorisation d'USIC seule.

2.3 - Améliorer les prises en charge d'aval (SSR) :

Veiller à l'amélioration des filières de soins, en lien avec le groupe thématique chargé des SSR.

Pour ce qui concerne les USIC, les reconnaissances d'activités avaient été estimées par rapport à la population (données 2006) ; les projections INSEE – 2016 ont permis de réévaluer le besoin par territoire.

Les objectifs qualitatifs des USIC reconnues sont :

2.4 Justifier de l'adéquation du fonctionnement de l'unité à ses missions réglementaires : pour la mise en place dans chaque établissement, un suivi annuel, des critères de gravité des patients pris en charge.

2.5 Améliorer la fluidité de la filière de soins à l'issue du séjour court en USIC, par une capacité insuffisante en médecine

3. DECLINAISON DES OQOS EN IMPLANTATIONS

Cardiologie interventionnelle :

OQOS retenus dans le SROS-PRS : implantations

Territoire de santé	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3
ARTOIS	1 à 2	0	2
HAINAUT	1 à 2	0	2
LITTORAL	1	0	2 à 3
METROPOLE	3 à 4	1	5 à 6

Indicateurs de pilotage retenus dans le SROS-PRS : cibles d'actes (en production) 2016

Territoire de santé	Actes du groupe 1	Actes du groupe 2	Actes du groupe 3
ARTOIS	837	-	2375
HAINAUT	620	-	1535
LITTORAL	576	-	1741
METROPOLE	1722	470	3093

Les données par territoire de santé <u>des principaux établissements producteurs</u> pour les années 2006 à 2010 figurent dans les tableaux ci-dessous

Chiffres sur fond jaunes supérieurs aux seuils, chiffre sur fond rouge inférieurs aux seuils

PRODUCTION ARTOIS 2006-2010

types d'actes	CH ARRAS					CH DOUAI					CH LENS					CH BETHUNE					BOIS BERNARD				
	2006	2007	2008	2009	2010	2006	2007	2008	2009	2010	2006	2007	2008	2009	2010	2006	2007	2008	2009	2010	2006	2007	2008	2009	2010
electrophysiologie interventionnelle	**15**	**1**	**4**	**6**	**1**	**23**	**3**	**12**	**9**	**13**	**85**	**82**	**120**	**165**	**232**	**4**	**2**	**7**	**13**	**16**	**85**	**88**	**100**	**87**	**149**
Destructions foyer arythmogène (hors JAV)											59	74	83	104							38	59	48	42	2
Interruption voies accessoires											4	8	6	28	146						3	10	8	20	80
Interruption Jonction Auriculo Ventriculaire													1	6							10	14	7		
Chocs basse ou haute énergie										1															
Stimulation temporaire Oreillette/Ventricule	10		3	2	1	18		8			19		22	1	1	4		5	2		23		18		1
Implantation stimulateur multisite																	1					2	2		3
Implantation défibrillateur cardiaque															55										0
Sondes supplémentaires (stimul.ou défib.)		1					3	1	6	7			1	21	24		1	1	4	10	4	3	4	20	48
Repositionnement/ablation sonde stimulation ou défibrillation	5		1	4		5		3	3	5	3		7	5	6			1	7	6	7		13	5	15
cardiopathies congénitales			**1**										**1**		**10**							**19**	**30**	**32**	**64**
Ventricule droit, Artère ou orifice pulmonaire																									
Orifice aortique																						4	16	17	41
Communication inter auriculaire																						15	14	15	21
Canal artériel																									
Communication interventriculaire																									
Dilatation orifice AV droit ou gauche																									
Fermeture fistule/anévrisme coronaire																									
Fermeture d'une déhiscence/désinsertion prothèse mitrale ou aortique (ou intraatriale)																									
AO thoracique (coarctation avec ou sans endoprothèse)				1						1					10										
Ablation endoprothèse ou filtre cave ayant migré																									
Ablation corps étranger intracavitaire ou intravasculaire			1										1												2
cardiopathies adultes	*155*	*156*	*157*	*200*	*264*	*99*	*119*	*118*	*93*	*107*	**582**	**590**	**672**	**533**	**580**	*155*	*94*	*139*	*196*	*145*	**876**	**995**	**1034**	**1049**	**910**
Angioplasties coronaires	*155*	*156*	*157*	*200*	*264*	*97*	*119*	*117*	*92*	*106*	582	590	672	533	580	*155*	*94*	*139*	*196*	*145*	876	995	1034	1049	910
Fibrinolyse/thrombolyse AP						2		1	1	1															
Oblitération anévrisme AP																									
total	**170**	**157**	**162**	**206**	**265**	**122**	**122**	**130**	**102**	**120**	**667**	**672**	**793**	**698**	**822**	**159**	**96**	**146**	**209**	**161**	**961**	**1102**	**1164**	**1168**	**1123**

Les actes de cardiologie interventionnelle listés au nom des CH Arras, Douai, Béthune et Lens se pratiquent sur le plateau technique du CH Lens. Il y a donc lieu de sommer les chiffres de l'ensemble de ces établissements dans la colonne du CH Lens. Les actes classés " cardiopathies congénitales " effectués à Bois Bernard relèvent du groupe 3.

PRODUCTION HAINAUT 2006-2010

types d'actes	CH CAMBRAI					CH VALENCIENNES					CH SAMBRE-AVESNOIS					POLYCLINIQUE VAUBAN				
	2006	2007	2008	2009	2010	2006	2007	2008	2009	2010	2006	2007	2008	2009	2010	2006	2007	2008	2009	2010
electrophysiologie interventionnelle	**5**		**2**	**7**	**1**	**92**	**103**	**104**	**58**	**171**	**2**	**0**	**1**	**1**	**2**	**319**	**272**	**348**	**298**	**312**
Destructions foyer arythmogène (hors JAV)						52	92	66	30							223	194	245	185	29
Interruption voies accessoires						1	3		4	119						54	65	54	86	273
Interruption Jonction Auriculo Ventriculaire						4	7	1								12	13	13	6	
Chocs basse ou haute énergie																0			1	1
Stimulation temporaire Oreillette/Ventricule	5		2			18		21		1	2		1			4		12		
Implantation stimulateur multisite						5			4	2										
Implantation défibrillateur cardiaque										30										
Sondes supplémentaires (stimul.ou défib.)				7	1	5	1	1	14	12				1	2	2		7	13	4
Repositionnement/ablation sonde stimulation ou défibrillation						7		15	6	7						24		17	7	5
cardiopathies congénitales								**1**	**1**	**2**							**39**	**50**	**25**	**5**
Ventricule droit, Artère ou orifice pulmonaire																				
Orifice aortique																	3	10	20	
Communication inter auriculaire																	35	40		3
Canal artériel																				
Communication interventriculaire																				
Dilatation orifice AV droit ou gauche																			4	2
Fermeture fistule/anévrisme coronaire																				
Fermeture d'une déhiscence/désinsertion prothèse mitrale ou aortique (ou intraatriale)																				
AO thoracique (coarctation avec ou sans endoprothèse)																	1		1	
Ablation endoprothèse ou filtre cave ayant migré																				
Ablation corps étranger intracavitaire ou intravasculaire								1	1	2										
cardiopathies adultes	**6**	**11**	**6**	**13**	**44**	**691**	**723**	**703**	**665**	**724**	**21**	**24**	**21**	**29**	**23**	**394**	**622**	**617**	**707**	**692**
Angioplasties coronaires	5	8	6	13	44	690	723	703	665	724	21	24	21	29	23	394	622	617	707	692
Fibrinolyse/thrombolyse AP	1	3				1														
Oblitération anévrisme AP																				
total	**11**	**11**	**8**	**20**	**45**	**783**	**826**	**808**	**724**	**897**	**23**	**24**	**22**	**30**	**25**	**713**	**933**	**1015**	**1030**	**1009**

PRODUCTION LITTORAL 2006-2010

types d'actes	CH BOULOGNE					CH CALAIS					CH SAINT-OMER					CH MONTREUIL					CENTRE MCO COTE D'OPALE					CH DUNKERQUE				
	2006	2007	2008	2009	2010	2006	2007	2008	2009	2010	2006	2007	2008	2009	2010	2006	2007	2008	2009	2010	2006	2007	2008	2009	2010	2006	2007	2008	2009	2010
electrophysiologie interventionnelle	**2**	**5**	**49**	**59**	**93**	**2**	**0**	**2**		**1**	**10**	**0**	**13**	**18**	**20**	**4**	**0**	**3**	**1**	**1**	**60**	**41**	**42**	**53**	**63**	**11**	**2**	**7**	**17**	**20**
Destructions foyer arythmogène (hors JAV)		4	43	30																	46	41	26	31						
Interruption voies accessoires				16	55																			11	49					
Interruption Jonction Auriculo Ventriculaire																								1						
Chocs basse ou haute énergie																				1			2							
Stimulation temporaire Oreillette/Ventr	1		5			1		2			8		7			4		3			6		9			5		4		
Implantation stimulateur multisite										1			4	6															4	10
Implantation défibrillateur cardiaque					29																									
Sondes supplémentaires (stimul.ou défib.)		1		11	6									7	13				1		1		1	7	12	2	2		9	4
Repositionnement/ablation sonde stimulation ou défibrillation	1		1	2	3	1					2		2	5	7						7		4	3	2	4		3	4	6
cardiopathies congénitales																			**1**			**1**					**1**			
Ventricule droit, Artère ou orifice pulmonaire																														
Orifice aortique																														
Communication inter auriculaire																														
Canal artériel																														
Communication interventriculaire																														
Dilatation orifice AV droit ou gauche																														
Fermeture fistule/anévrisme coronaire																														
Fermeture d'une déhiscence/désinsertion prothèse mitrale ou aortique (ou intraatriale)																														
AO thoracique (coarctation avec ou sans endoprothèse)																			1											
Ablation endoprothèse ou filtre cave ayant migré																														
Ablation corps étranger intracavitaire ou intravasculaire																						1					1			
cardiopathies adultes	**412**	**492**	**444**	**400**	**490**							**8**	**13**	**9**	**3**						**528**	**487**	**527**	**457**	**499**	**366**	**391**	**492**	**463**	**486**
Angioplasties coronaires	411	491	444	400	490							8	13	9	3						528	487	527	457	499	366	391	492	463	486
Fibrinolyse/thrombolyse AP	1	1																												
Oblitération anévrisme AP																														
total	**414**	**497**	**493**	**459**	**583**	**2**	**0**	**2**	**0**	**1**	**10**	**8**	**26**	**27**	**23**	**4**	**0**	**3**	**2**	**1**	**588**	**529**	**569**	**510**	**562**	**377**	**394**	**499**	**480**	**506**

Les actes classés " cardiopathies congénitales " effectués à la Polyclinique Vauban relèvent du groupe 3.

Les seuls établissements pratiquant la cardiologie interventionnelle sont le CH Boulogne, le CH Dunkerque et la Clinique MCO Côte d'Opale.

Pour l'électrophysiologie interventionnelle, le CH Boulogne atteint tout juste les seuils et la clinique MCO Côte d'Opale ne franchit pas, sur la période considérée, le seuil de 50 actes.

PRODUCTION METROPOLE 2006-2010

types d'actes	C.H.R.U. DE LILLE					CENTRE HOSPITALIER DE ROUBAIX					POLYCLINIQUE DU BOIS					POLYCLINIQUE DE LA LOUVIERE					CENTRE HOSPITALIER DE TOURCOING					INSTITUT CATHOLIQUE DE LILLE – GHICL					CLINIQUE DU PARC CROIX				
	2006	2007	2008	2009	2010	2006	2007	2008	2009	2010	2006	2007	2008	2009	2010	2006	2007	2008	2009	2010	2006	2007	2008	2009	2010	2006	2007	2008	2009	2010	2006	2007	2008	2009	2010
electrophysiologie interventionnelle	**804**	**822**	**950**	**824**	**856**	**69**	**73**	**80**	**93**	**101**	**68**	**84**	**78**	**75**	**109**	**56**	**35**	**32**	**54**	**64**	**0**	**0**	**1**	**3**	**0**	**271**	**303**	**440**	**466**	**558**	**7**	**0**	**11**	**10**	**12**
Destructions foyer arythmogène (hors	338	374	363	277	37	40	56	41	45	68	28	48	32	36		25	19	15	20							146	173	216	170	72					
Interruption voies accessoires	81	81	69	51	366	2	1	8	16	17	12	13	20	19	81	6	11	8	22	54						19	20	18	64	212					
Interruption Jonction Auriculo Ventric	6	11	15	10		3	11	5	1		3	3	7	6			2	4	2							11	5	10	10						
Chocs basse ou haute énergie																								1		10		13	9	5					
Stimulation temporaire Oreillette/Ve	34	0	11			4		5		1	2	0	0			12		1					1	1		14		6		1	1		1		
Implantation stimulateur multisite	10	14	16	16	24	2	1	2	5		17	20	8	12	10	1				1						27	25	36	42	47				1	1
Implantation défibrillateur cardiaque	257	340	394	367	282		1		1		0	0	0			0										30	78	113	135	155					
Sondes supplémentaires (stimul.ou d	6	2		32	50	6	3	4	20	10	1	0	5		10	6	3	1	8	3				1			2	5	12	28			1	3	8
Repositionnement/ablation sonde stimulation ou défibrillation	72		82	71	97	12		15	5	5	5		6	2	8	6		3	2	6						14		23	24	38	6		9	6	3
cardiopathies congénitales	**40**	**237**	**297**	**281**	**294**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**1**	**3**	**5**	**2**	**17**		**30**	**25**	**45**	**39**			**1**	**0**	**0**	**0**	**1**	**0**	**0**	**4**	**0**	**0**	**0**	**3**	**0**
Ventricule droit, Artère ou orifice pulr	4	36	42	37	54												1		3	3															
Orifice aortique		10	37	34	69										13		10	5	7	4															
Communication inter auriculaire		111	123	131	76												17	19	26	16															
Canal artériel		18	14	22	16														7	11															
Communication interventriculaire			1		1															1															
Dilatation orifice AV droit ou gauche			1														1													3					
Fermeture fistule/anévrisme coronaire		1	1								1	1	1						1	3							1								
Fermeture d'une déhiscence/désinsertion prothèse mitrale ou aortique (ou intraatriale)	1				1																														
AO thoracique (coarctation avec ou sans endoprothèse)	35	52	70	52	68							1																						2	
Ablation endoprothèse ou filtre cave ayant migré				1	1																														
Ablation corps étranger intracavitaire ou intravasculaire		9	8	4	8							1	4	2	4		1	1	1	1			1							1				1	
cardiopathies adultes	**983**	**806**	**895**	**932**	**873**	**239**	**273**	**263**	**256**	**218**	**467**	**556**	**591**	**586**	**556**	**730**	**606**	**609**	**589**	**564**	**160**	**177**	**201**	**196**	**164**	**339**	**350**	**413**	**438**	**456**	**222**	**234**	**251**	**243**	**222**
Angioplasties coronaires	983	792	872	889	848	239	273	262	253	217	467	556	591	586	556	730	606	609	589	564	160	177	201	196	164	339	350	413	438	456	222	234	251	243	222
Fibrinolyse/thrombolyse AP		2	1	1	2			1	3	1																									
Oblitération anévrisme AP		12	22	42	23																														
total	**1827**	**1865**	**2142**	**2037**	**2023**	**308**	**346**	**343**	**349**	**319**	**536**	**643**	**674**	**663**	**682**	**786**	**671**	**666**	**688**	**667**	**160**	**177**	**203**	**199**	**164**	**610**	**654**	**853**	**904**	**1018**	**229**	**234**	**262**	**256**	**234**

Les actes d'angioplasties du CH de Tourcoing sont effectués sur le plateau technique du CH Roubaix.
La production de la Polyclinique du Parc est en deçà du seuil de 350 actes pour les angioplasties coronaires.
Les actes classés "cardiopathies congénitales" effectués à la Polyclinique du Bois relèvent du groupe 3 (cf. page 6) ; parmi les actes réalisés à la Polyclinique de la Louvière, 15/39 ont été réalisés chez des enfants<18 ans et relèvent bien du groupe 2.

V. PERINATALITE / AMP / DPN

1. ETAT DES LIEUX

1.1. Rappel des objectifs du SROS III

- Restructurer l'offre de soins pour prévenir les détresses vitales maternelles et fœtales en tenant compte de la démographie médicale :
  - Garantir une offre périnatale de proximité en développant une prise en charge néonatale de Niveau IIA de proximité, inscrite dans le réseau périnatal ;
  - Organiser, dans les zones à faible réponse médicale, une offre adaptée (consultations pré et post natales) tout en maintenant un maillage de maternité permettant un accès à < de 30 minutes.
  - Mieux structurer l'offre de recours de niveau IIB ;
  - Mieux structurer le niveau III de manière qu'il puisse ;
    - Prendre en charge les pathologies de la grossesse mettant en cause le pronostic maternel et fœtal ;
    - Assurer l'accueil des transferts in utero et en assumer la gestion jusqu'au retour au service initial ou dans un service de néonatalogie de proximité.
  - Améliorer la prise en charge de l'hémorragie de la délivrance et des urgences obstétricales graves ;
  - Mieux organiser le transport in -utero et néonatal en :
    - Prévoyant des transferts précoces des patientes à hauts risques maternels vers la maternité disposant de l'équipement médico-technique nécessaire ;
    - Structurant les transports néonatals par bassin de vie pour les 3 niveaux ;
    - Mettant en place une régulation régionale des transports néonatals.
- Améliorer l'approche psychosociale des femmes enceintes et de la naissance en :
  - Renforçant le soutien des femmes en situation de précarité

- Améliorant la qualité de l'Aide médicale à la procréation (AMP) et optimisant le diagnostic prénatal (DPN)

- Améliorer l'annonce « d'une maladie ou d'une malformation » en période périnatale ;
- Améliorer la pris en charge et le suivi à long terme des nouveau-nés en risque de développer un handicap.
- Mieux prendre en compte la consommation de substances psycho-actives chez la femme enceinte ;
- Poursuivre l'amélioration de l'organisation des IVG.

1.1.1. Evaluation de la mise en œuvre des objectifs du SROS III

Si la majorité des objectifs ont été améliorés au niveau régional, des fortes disparités persistent entre les territoires.

L'objectif de garantir une offre périnatale de proximité est atteint partiellement :
Le réseau de maternités de proximité a été maintenu avec toutefois la fermeture d'une maternité faisant moins de 500 accouchements sans transformation en centre périnatal de proximité comme initialement évoqué. La deuxième maternité ayant une activité en dessous du seuil d'activité de 500 accouchements continue à rendre un grand service à la population, particulièrement défavorisée. A l'inverse, aucune nouvelle offre alternative n'a été structurée dans les zones faiblement couvertes.

Un certain nombre de structures demeurent fragiles au regard des conditions minimales de fonctionnement avec en particulier une couverture médicale obstétricale, anesthésique et pédiatrique insuffisante pour garantir la sécurisation de la naissance, cette situation risquant de s'aggraver dans les années à venir au regard des départs en retraites prochains, non couverts par les jeunes sortant de formation. La fermeture de certaines maternités de niveau I, notamment privées, a parallèlement entrainé une aggravation de la suractivité des structures publiques. D'une part, cette situation a amené certaines maternités publiques à faire suivre les grossesses par les médecins de ville ou les sages femmes libérales, pour n'accueillir les consultantes qu'à partir de 6 ou 7 mois. D'autre part, elle amène les maternités à structurer des sorties anticipées à 3 jours, voire précoces à 2 jours.

L'objectif de garantir une prise en charge néonatale de Niveau IIA la plus proche des familles est atteint sur le plan quantitatif mais partiellement sur le plan qualitatif. D'après les professionnels des réseaux de périnatalité, certains services de pédiatrie réalisent une activité de néonatalogie, alors qu'ils n'ont pas d'autorisation, afin de mieux répondre à la demande des centres de périnatalité de niveau supérieur, permettant ainsi des rapprochements mère-enfant ou des hospitalisations de nourrissons de moins de 2 mois présentant des pathologies nécessitant des hospitalisations (bronchiolites, …).
La remarque concernant la couverture médicale est semblable au point précédent, avec l'absence d'attractivité pour les centres les plus éloignés et pour ceux où l'équipe médicale est la moins étoffée.

La structuration de l'offre de recours de niveau IIB ou de niveau III a été améliorée.
Pour les IIB : dans le Hainaut et la Métropole, ce niveau de soins est bien couvert par les centres IIB, complétant les niveaux III.

Pour les III : en niveau III, il ne semble pas, au regard de l'évaluation globale et moyenne de l'activité des réseaux (TIU et TPN), qu'il y ait de dysfonctionnements importants au-delà des refus de transferts en cas de manque de place, toujours très difficiles à vivre et à gérer.

Cependant, chaque territoire de santé présente des spécificités : Les naissances hors bassin du Hainaut pour les 32 SA et moins sont très stables depuis une dizaine d'année. Pour le Littoral, après une année difficile en 2010, la situation est en train de s'améliorer grâce au recrutement d'assistants partagés en cours. L'Artois dispose de deux niveaux III, l'un sur la zone de proximité d'Arras, l'autre en zone de proximité de Lens, répondant ainsi parfaitement aux zones d'attractivité qui sont tout à fait différentes et permettant un bon maillage de la partie sud de la région.
La métropole lilloise ne dispose que d'un centre périnatal de niveau III, au CHRU de Lille. Des collaborations avec les établissements de la zone de proximité permettent de gérer les flux de sortie.

La prise en charge de l'hémorragie de la délivrance et des urgences obstétricales graves a été largement améliorée par :

- La sensibilisation des maternités
- L'élaboration d'un protocole de conduite à tenir en cas d'hémorragie de la délivrance mis à disposition de l'ensemble des maternités de la région ;
- La mise en place d'une cellule d'expertise des « near miss » dans chaque réseau
- Dans certaines maternités, l'organisation des « Revue de Mortalité Morbidité », avec toutefois une grande variabilité d'une maternité à l'autre.

Mais, à l'inverse, toutes les maternités de niveau III n'ont pas accès 24h/24 à une embolisation au sein de leur établissement.
Enfin, la réflexion sur la mise en place d'une équipe de renfort mobile (expert) pour les grandes détresses maternelles n'a pas abouti à des propositions concrètes.

- Les transferts précoces des patientes à haut risque ont été améliorés.
- Les transports néonataux médicalisés ont été améliorés sur l'ensemble du territoire mais leur organisation est variable d'un territoire de santé à l'autre. Si les transports sont quasi exclusivement médicalisés sur le littoral par un réanimateur néonatal, sur le Hainaut tous ne sont pas médicalisés. La plupart des transports médicalisés sont assurés par un réanimateur;
- Les transports néonataux infirmiers ont pu être améliorés sur la métropole lilloise, grâce au renforcement des maternités de niveau III et IIB en puéricultrices le jour, sans que cette organisation réponde à toutes les nécessités notamment de retransferts et de transferts le soir ou la nuit ;

La régulation des transports néonataux au niveau régional, est assurée par le SAMU.
L'activité de transports pose parfois problème le week-end car les équipes de néonatalogie ne peuvent instaurer une double liste garde-astreinte pour assurer à la fois le transport et la permanence au bloc obstétrical.
Cette difficulté devra faire l'objet d'une réflexion qui pourrait conduire à une prise en charge graduée allant de l'accompagnement par la sage-femme au transfert par le SAMU.

D'une façon générale, les niveaux III hors CHRU de Lille souhaitent garder une autonomie de régulation des transferts néonataux.

L'approche psychosociale des femmes enceintes et de la naissance a été améliorée

- Pour permettre l'entretien du 4ème mois, les équipes ont bénéficié de postes de sages-femmes
  - Les deux départements de notre région avaient intégré 4 questions supplémentaires concernant le carnet de maternité, l'entretien du 4ème mois ainsi que la connaissance par les femmes des réseaux de périnatalité à l'enquête nationale périnatale de mars 2010. Les résultats ont

montré une bonne transmission du carnet de maternité aux femmes (77%). Le dossier obstétrical commun a été donné (pendant toute la grossesse ou en partie) dans 46% des cas.

- Seul un quart des femmes a bénéficié de l'entretien du 4ème mois. Ces entretiens ont été réalisés dans 56% des cas par une sage-femme de maternité, dans 25% de cas par une sage-femme libérale et dans 14% par une sage-femme de PMI. Dans 2,7% des situations cet entretien a été réalisé par un médecin (généraliste ou gynécologue-obstétricien libéral). Seules 24% des femmes avaient reçu une information sur le réseau de périnatalité.

- Afin de repérer les situations à risque notamment psychologique, les établissements ont bénéficié de postes de psychologues affectés le plus souvent au sein de service de psychiatrie, plus rarement au sein des services de maternités. Mais il existe de grandes disparités dans les modalités de travail et les actions menées.

- L'objectif de proposer une préparation à la naissance à toutes les primipares a peu progressé ; la proportion des primipares a même légèrement diminué entre 2007 et 2011 (de 68% à 64%). Cette évolution pourrait être liée à un désengagement des établissements.

- De nombreuses formations à l'accompagnement de l'allaitement maternel ont été mises en place depuis 2005 au sein des maternités de la région.

- Le taux d'allaitement, en maternité, a progressé de façon importante au niveau régional : passant de 42,0% en 2004 à 45,7% en 2008 dans le Pas-de-Calais et de 57,0% à 64,9% en 2008 dans le Nord, avec en parallèle une augmentation de la durée ; avec toutefois des réalités de terrain très variables.

La création ou le renforcement dans toutes les maternités publiques d'un accueil pour les femmes ou couples en situation de vulnérabilité sociale, n'a pas pu être mise en œuvre malgré plusieurs projets remontés au niveau national.
Toutefois, certains professionnels estiment que les établissements publics ne peuvent refuser ces populations d'autant que les établissements ont bénéficié de crédits « précarité » qui devraient également permettre d'améliorer l'accueil de cette population.

D'après le rapport de l'IGAS, l'activité d'assistance médicale à la procréation a conduit à 2.4% des naissances en France. L'essentiel de l'activité se pratique en intraconjugal (94%). L'activité relative au don de gamètes est faible : 1055 naissances sont survenues grâce au don de sperme et 145 par don d'ovocytes en 2008. Dans notre région, le don d'ovocytes a concerné moins de 50 tentatives. Cette dernière activité est donc une activité très marginale mais mérite un développement significatif pour couvrir la réalité des besoins. Par ailleurs, d'après le bilan 2008 de l'agence de biomédecine, les femmes concernées par une fécondation in vitro sont plus jeunes que celles en France. D'après le rapport IGAS, l'accès au don notamment d'ovocytes doit être amélioré.

La qualité du diagnostic prénatal (DPN) a été améliorée :

- Dans le cadre du dépistage de la trisomie 21 de nombreuses actions ont été menées dans le Nord Pas de Calais pour répondre aux recommandations de la HAS et à l'arrêté de juin 2009 sur les modalités de dépistage :

- Organisation de nombreuses actions de FMC depuis 2007 sur les nouvelles modalités de dépistages de la trisomie 21 auprès des gynécologues, des sages femmes, des échographistes et des médecins généralistes (journées d'information organisées avec l'URMEL, réunion d'information avec les biologistes)
- Mise en place d'une EPP sur la mesure de la clarté nucale et de la longueur cranio caudale par l'URMEL en collaboration avec le CPDPN et les réseaux de périnatalité.

- L'accès au diagnostic prénatal a été amélioré en délocalisant un certain nombre de consultations :
  - La coopération entre acteurs du DPN repose sur un travail en réseau notamment d'échographie, permettant au CPDPN de Lille de travailler en étroite collaboration avec des maternités de niveau III et IIB, notamment pour l'activité d'échographie de référence ; par ailleurs il s'appuie sur les 4 réseaux de périnatalité de la région.

Afin d'améliorer l'accessibilité de la population, les professionnels du CPDPN ont mis en place des consultations avancées au sein des maternités de niveau III de Lens, d'Arras, de Valenciennes et de Calais. Lors de sa venue en octobre 2010, l'équipe de l'Agence de Biomédecine a insisté sur la position unique du CPDPN de Lille, seul CPDPN a avoir une activité aussi intense.

Il est le CPDPN ayant la plus forte activité de France avec plus de 4400 échographies de référence réalisées dont près de 2800 au CHRU de Lille.

Une antenne du CPDPN a été créée au CH de Lens en 2004 avec pour objectifs de faciliter l'accès au diagnostic prénatal pour la population du bassin de l'Artois. L'activité qui y est réalisée débouche chaque année sur la présentation de plus de 300 dossiers en réunion pluridisciplinaire.

L'organisation mise en place au CH de Lens confère à l'établissement des atouts pour lui permettre d'envisager la mise en place d'un second CPDPN dans la région qui pourrait réduire le niveau de sollicitation du CPDPN du CHRU de Lille.

- L'objectif du SROS III, de mettre en place une consultation de génétique médicale dans chaque bassin de vie, au sein d'une maternité de niveau III a été réalisé sur 3 territoires : Lens, Arras, Valenciennes. Sur le territoire du littoral, la consultation de génétique clinique a été organisée au CH de Dunkerque, accessible aux patients de la maternité de Calais, dans le cadre d'une collaboration entre les deux sites.

- La prise en charge étiologique après un DPN s'est partiellement structurée mais l'accès à des examens fœto-pathologiques de qualité reste difficile. Du fait du faible nombre de fœto-pathologistes ; en outre, la prise en charge du transfert de corps et de l'examen est à la charge des familles en cas d'accouchement dans une structure privée.
- De nombreux centres de référence et de compétence existent au CHRU de Lille permettant d'améliorer la prise en charge des femmes enceintes et enfants présentant une maladie chronique ou un handicap en améliorant la lisibilité des filières de soins.

Pour ce qui concerne l'annonce « d'une maladie ou d'une malformation » en période périnatale, une équipe pluridisciplinaire réalise des formations au sein des maternités, à leur demande, afin d'aider les équipes dans cette démarche.

Le CHRU, est centre de référence maladies rares pour les anomalies du développement en Nord pas de Calais Picardie (CLAD Nord de France). Ce centre de référence, qui a mis en place des consultations avancées dans les 4 bassins de vie régionaux, a également établi un protocole d'annonce d'une malformation et/ou d'un syndrome génétique.

L'amélioration de la prise en charge et du suivi à long terme des nouveau-nés en risque de développer un handicap a donné lieu à la mise en place d'une filière de soins pour certaines pathologies.

Certains services de néonatalogie, notamment des centres de périnatalité IIB et III en ont élaboré un travail de partenariat avec les CAMPS de proximité, afin de permettre un suivi précoce de ces nouveau-nés à risque.

Un certain nombre de formations pluridisciplinaires se sont mises en place pour aider les professionnels à prendre en compte la consommation de substances psychoactives mais elles portent plus sur le tabac ou le cannabis que sur l'alcool.
Les professionnels des maternités, mais également les pharmaciens d'officine, sont demandeurs de ce type d'interventions.

Le travail en réseau est basé sur l'existence de quatre réseaux « périnatalité » de territoire (1 par territoire) réunissant l'ensemble des professionnels ; de plus, deux réseaux de proximité s'attachent à améliorer les filières de prise en charge.

Concernant l'amélioration de l'organisation des IVG : Cf. volet IVG ci-après.

1.2. Bilan quantitatif

En périnatalité, les sites d'implantation cibles du SROS III ne modifiaient pas le nombre de sites existant en 2005.

Activités cliniques d'AMP : implantations

Prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation

Territoires de santé	*Implantations en 2005*	*Implantations prévues par le SROS III*
Artois	1	1
Hainaut	1	1
Littoral	2	2
Métropole	2	2

Prélèvement de spermatozoïdes

Territoire de santé	*Implantations en 2005*	*Implantations prévues par le SROS III*
Métropole	1	1

Transfert des embryons en vue de leur implantation

Territoires de santé	*Implantations en 2005*	*Implantations prévues par le SROS III*
Artois	1	1
Hainaut	1	1
Littoral	2	2
Métropole	2	2

Prélèvement d'ovocytes en vue de leur implantation

Territoire de santé	*Implantations en 2005*	*Implantations prévues par le SROS III*
Métropole	1	1

Mise en œuvre de l'accueil des embryons

Territoire de santé	*Implantations en 2005*	*Implantations prévues par le SROS III*
Métropole	1	1

Activités biologiques d'AMP : implantations

Préparation et conservation du sperme en vue d'insémination artificielle

Territoires de santé	*Implantations en 2005*	*Implantations prévues par le SROS III*
Artois	2	2
Hainaut	1	1
Littoral	5	5
Métropole	3	3

Activités relatives à la FIV sans ou avec micromanipulation

Territoires de santé	*Implantations en 2005*	*Implantations prévues par le SROS III*
Artois	1	1
Hainaut	1	1
Littoral	2	2
Métropole	2	2

Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don

Territoire de santé	*Implantations en 2005*	*Implantations prévues par le SROS III*
Métropole	1	1

Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don

Territoire de santé	*Implantations en 2005*	*Implantations prévues par le SROS III*
Métropole	1	1

Conservation à usage autologue de gamètes et tissus germinaux

Territoire de santé	*Implantations en 2005*	*Implantations prévues par le SROS III*
Métropole	1	1

Conservation des embryons en vue d'un projet parental

Territoires de santé	*Implantations en 2005*	*Implantations prévues par le SROS III*
Artois	1	1
Hainaut	1	1
Littoral	2	2
Métropole	2	2

Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci

Territoire de santé	*Implantations en 2005*	*Implantations prévues par le SROS III*
Métropole	1	1

Diagnostic prénatal :

Analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire

Territoire de santé	*Implantations en 2005*	*Implantations prévues par le SROS III*
Métropole	3	3

Analyses de génétique moléculaire

Territoire de santé	*Implantations en 2005*	*Implantations prévues par le SROS III*
Métropole	1	1

Analyses en vue du diagnostic de maladies infectieuses

Territoire de santé	*Implantations en 2005*	*Implantations prévues par le SROS III*
Métropole	1	1

Analyses d'hématologie : activité très rare, non réalisée dans la région. Les prélèvements sont envoyés à Paris.

Analyses d'immunologie

Territoire de santé	*Implantations en 2005*	*Implantations prévues par le SROS III*
Métropole	1	1

Analyses de biochimie

Territoires de santé	*Implantations en 2005*	*Implantations prévues par le SROS III*
Artois	1	1
Hainaut	0	1
Métropole	4	4
Littoral	1	1

2. ORIENTATIONS

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

- Organiser l'accès et la prise en charge des urgences obstétricales et notamment de l'hémorragie du postpartum au moyen d'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, bien traitance, 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 et savoir orienter.

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

- Mieux impliquer les professionnels de première ligne (médecin généralistes, services d'urgences, laboratoires biomédicales….) à 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 des populations vulnérables (diminuer le risque d'IVG post-natal) ;
- 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 ;

2.3. Améliorer l'accès à l'assistance médicale à la procréation, au diagnostic prénatal et au diagnostic préimplantatoire

- Améliorer la qualité et la répartition géographique du diagnostic prénatal (DPN) ;
- Améliorer la prise en charge génétique pré et postnatale, en augmentant les consultations décentralisées et le soutien psychologique ;
- Améliorer la prise en charge en fœtopathologie, indispensable à la prévention des récidives après interruption médicale de grossesse (IMG) pour malformation / syndrome poly-malformatif.
- Améliorer l'annonce « d'une maladie ou d'une malformation » en période périnatale.

2.4. 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 ambulatoire et alternatif (HAD) ;
- 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.

2.5. 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 ;
- Harmoniser les conditions de sorties anticipées ou précoces afin de garantir la sécurité des patientes ;
- Poursuivre la formation du personnel médical et paramédical afin d'adapter les messages aux populations accueilles.

3. DECLINAISON DES OQOS EN IMPLANTATIONS ET EN NOMBRE D'EQUIPEMENTS

Niveau IIA

Territoires de sante	*Implantations en 2011*	*Implantations cibles*
Artois	2	2
Hainaut	1	1
Littoral	2	2 à 3

Métropole	3	3 à 4

Niveau IIB (SI)

Territoires de sante	*Implantations en 2011*	*Implantations cibles*
Artois	0	0
Hainaut	1	1
Littoral	1	1
Métropole	2	2

Niveau III (Réa néonat)

Territoires de sante	*Implantations en 2011*	*Implantations cibles*
Artois	2	2
Hainaut	1	1
Littoral	1	1
Métropole	1	1

Activités cliniques d'AMP

Prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation

Territoires de sante	*Implantations en 2011*	*Implantations cibles*
Artois	1	1
Hainaut	1	1
Littoral	2	2
Métropole	2	2

Prélèvement de spermatozoïdes

Territoires de sante	*Implantations en 2011*	*Implantations cibles*
Métropole	1	1

Transfert des embryons en vue de leur implantation

Territoires de sante	*Implantations en 2011*	*Implantations cibles*
Artois	1	1
Hainaut	1	1
Littoral	2	2
Métropole	2	2

Prélèvement d'ovocytes en vue de leur implantation

Territoires de sante	*Implantations en 2011*	*Implantations cibles*
Métropole	1	1

Mise en œuvre de l'accueil des embryons

Territoires de sante	*Implantations en 2011*	*Implantations cibles*
Métropole	1	1

Activités biologiques d'AMP

Préparation et conservation du sperme en vue d'insémination artificielle

Territoires de sante	*Implantations en 2011*	*Implantations cibles*
Artois	2	2
Hainaut	1	1
Littoral	4	4
Métropole	2	2

Activités relatives à la FIV sans ou avec micromanipulation

Territoires de sante	*Implantations en 2011*	*Implantations cibles*
Métropole	2	2
Littoral	2	2
Artois	1	1
Hainaut	1	1

Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don

Territoires de sante	*Implantations en 2011*	*Implantations cibles*
Métropole	1	1

Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don

Territoires de sante	*Implantations en 2011*	*Implantations cibles*
Métropole	1	1

Conservation à usage autologue de gamètes et tissus germinaux

Territoires de sante	*Implantations en 2011*	*Implantations cibles*
Métropole	2	2

Conservation des embryons en vue d'un projet parental

Territoires de sante	*Implantations en 2011*	*Implantations cibles*
Artois	1	1
Hainaut	1	1
Littoral	2	2
Métropole	2	2

Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci

Territoires de sante	*Implantations en 2011*	*Implantations cibles*
Métropole	1	1

Diagnostic prénatal :

Analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire

Territoires de sante	*Implantations en 2011*	*Implantations cibles*
Métropole	3	3

Analyses de génétique moléculaire

Territoires de sante	*Implantations en 2011*	*Implantations cibles*
Métropole	1	1

Analyses en vue du diagnostic de maladies infectieuses

Territoires de sante	*Implantations en 2011*	*Implantations cibles*
Métropole	1	1

Analyses d'hématologie : activité très rare, non réalisée dans la région. Les prélèvements sont envoyés à Paris.

Analyses d'immunologie

Territoires de sante	*Implantations en 2011*	*Implantations cibles*
Métropole	1	1

Analyses de biochimie

Territoires de sante	*Implantations en 2011*	*Implantations cibles*
Artois	1	1
Hainaut	0	1
Littoral	1	1
Métropole	3	3

VI. INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG)

1. ETAT DES LIEUX

1.1. Le SROS III : Rappel des objectifs et bilan

Objectif 1 : Garantir un accès à l'interruption volontaire de la grossesse sur l'ensemble de la région :

- Au moins un établissement agréé pour l'IVG par territoire de proximité,
- Un fonctionnement avec plusieurs plages horaires de consultations hebdomadaires.
- Une organisation qui permette l'accès à l'IVG pendant la période estivale sans interruption.

Toutes les zones de proximité – sauf celle de Fourmies – disposent d'un établissement agréé pour l'activité d'IVG.
Celle-ci est structurée en unité, généralement intégrée au service de gynéco-obstétrique ou au pôle mère-enfant.
L'organisation des coopérations, importante notamment en cas de nécessité de suppléance (période estivale) n'est pas toujours formalisée par une convention.

Objectif 2: Garantir au sein de chaque structure un accès aux différentes techniques d'IVG :

- IVG instrumentale jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée,
- Possibilité de réalisation d'anesthésie générale dans les grosses structures
- Favoriser la création de centres référents pour la réalisation des IVG médicamenteuses en ville : réseau médecine de ville/hôpital.

IVG médicamenteuses et instrumentales sont à peu près en nombre égal sur la région.
Dans 5 structures, les premières constituent les 2/3 des IVG réalisées.
Dans 4 structures, c'est la méthode instrumentale qui prévaut dans plus de 70% des cas.
Cette disparité pose question quant au choix réel de la méthode, par les femmes.
L'IVG instrumentale est généralement réalisée sans anesthésie générale.
Les plateaux techniques sont appropriés à l'IVG jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée.
Le nombre de conventions signées entre établissement de santé et médecins de ville pour les IVG médicamenteuses progresse lentement.
De manière générale, les établissements disposent d'équipements complets et ont affecté à l'IVG des locaux où la confidentialité est respectée.

Objectif 3: Garantir un accueil dans les meilleurs délais :

- Accès à l'IVG rapide, avec un rendez vous dans les 5 jours suivant la demande,
- Secrétariat téléphonique pouvant apporter des informations précises et adaptées aux demandes des patientes dans chaque établissement,
- Repérage facile du lieu où se pratiquent les IVG dans les établissements de soins.

Pour la grande majorité des établissements, les secrétariats apportent des réponses adaptées aux demandes des femmes. Ils disposent d'une ligne téléphonique directe mais seule la moitié répond aux recommandations de la HAS.
Dans trois cas, les femmes qui appellent ne reçoivent pas toujours une réponse.
Il n'y a pas toujours de répondeur délivrant un message.
La signalisation est loin d'être satisfaisante dans tous les établissements.
Dans certaines structures, la zone d'attente est individualisée. Pour les autres, elle est commune avec la gynécologie obstétrique.
Enfin, la plupart proposent un rendez-vous dans les 5 jours, mais le délai de réflexion est loin d'être respecté partout.

Objectif 4: Garantir un accompagnement des patientes :

- Prise en charge adaptée des femmes et couples, par la présence de professionnels de l'écoute et de l'accompagnement,
- Aide au choix de la méthode d'interruption volontaire de grossesse,
- Prévention et information relatives à la contraception, aux infections sexuellement transmissibles.

Le soutien psychologique n'est pas toujours assuré.
Dans de nombreux cas, il n'y a pas d'unité de lieu pour la prise en charge.

Objectif 5: Améliorer la formation médicale aux techniques et à l'accompagnement pendant la formation initiale (internes) et en formation continue (DU).

Objectif 6: **Intégrer dans la réflexion "périnatalité", la contraception et l'interruption volontaire de grossesse.**

2. ORIENTATIONS

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

2.1. Mieux structurer les centres d'orthogénie

Action n° 1 : Structurer si possible un centre d'orthogénie par zone de proximité ;
Action n° 2 : Intégrer dans la réflexion des maisons de santé l'accès à l'IVG ;
Action n° 3 : Mettre en place dans chaque centre d'orthogénie une ligne téléphonique dédiée, directe, donnant des renseignements minimaux nécessaires, en fonction des possibilités ;
Action n° 4 : Equiper chaque centre d'orthogénie d'un échographe avec sonde endovaginale ;
Action n° 5 : 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).

2.2. Mieux respecter le choix de la femme entre les différentes techniques

Action n° 6 : Permettre à toutes les femmes s'interrogeant sur une IVG d'avoir accès dans les délais recommandés à une information satisfaisante ;
Action n° 7 : Améliorer l'information des femmes sur les différentes techniques (instrumentales, IVG médicamenteuse en établissement ou en ville), leur permettant ainsi un choix éclairé ;
Action n° 8 : Prévoir une organisation pour l'accès à l'anesthésie générale par territoire de santé ;
Action n° 9 : Promouvoir les alternatives à l'anesthésie générale, et notamment l'utilisation du MEOPA ;
Action n° 10: Favoriser l'implication des médecins libéraux et des centres de planification familiale dans la réalisation de l'IVG médicamenteuse.

2.3. Garantir, à toutes les femmes qui le souhaitent un accompagnement adapté

Action n° 1 : 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 ;
Action n° 2 : Regrouper, au sein de chaque établissement de soins, les activités d'IVG et en assurer leur réalisation par du personnel formé.

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

2.4. 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

Action n° 1 : Poursuivre et élargir la formation des personnels médicaux et paramédicaux ;
Action n° 2 : 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).

2.5. Harmoniser les prises en charge au niveau régional

Action n° 1 : Elaborer un référentiel régional en s'appuyant en partie sur les recommandations HAS concernant l'IVG médicamenteuse ;
Action n°2 : Organiser la diffusion des référentiels à l'ensemble des professionnels intervenant dans le cadre de l'activité d'IVG.

Les indicateurs sont notamment:

Répartition des centres d'orthogénie sur les territoires en fonction des besoins estimés
Nombre de conventions signées entre médecins libéraux et établissements de soins et par territoire
Nombre de centres d'orthogénie répondant aux recommandations
Pourcentage de femmes n'ayant pas accès à l'IVG médicamenteuse par difficulté d'accès à une structure
Pourcentage des femmes ayant accès à l'IVG dans les délais définis dans le cadre des recommandations
Pourcentage de femmes ayant une IVG répétitive dans l'année qui suit une IVG ou un accouchement

VII. PRISE EN CHARGE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS

1. ETAT DES LIEUX : BILAN DU SROS III

Le SROS III avait dégagé deux objectifs principaux :

- Optimiser la prise en charge des enfants et des adolescents par les établissements de santé
- Mieux coordonner les différents intervenants

L'optimisation de la prise en charge par les établissements de santé se déclinait en une dizaine d'objectifs opérationnels, qui allaient de l'organisation graduée de la prise en charge sur les territoires, à la prise en charge très spécifique de l'enfant handicapé.
De nombreux objectifs n'ont pu être évalués et demeurent d'actualité pour ce volet du SROS-PRS.

Le SROS III : Rappel des objectifs et mise en œuvre

- Garantir une offre de soins hospitalière pédiatrique graduée :

Identifier les services de pédiatrie générale des établissements de santé comme les structures de recours de la prise en charge de proximité :

- en s'appuyant sur un plateau technique pouvant réaliser les examens d'imagerie, fibroscopies digestives et bronchiques, pH-mètres, EEG, épreuves fonctionnelles respiratoires, polysomnographie ;
- en formalisant les collaborations nécessaires si l'accès n'est pas possible in situ ou en cas d'explorations plus spécialisées ;
- en établissant des coopérations inter hospitalières sur les territoires pour organiser la permanence des soins en cas d'afflux saisonniers.
- en mettant en place des collaborations avec la médecine de ville

Organiser les prises en charge des « sur-spécialités » en s'appuyant sur le centre d'expertise régional (le CHRU) et des centres spécialisés dans chaque territoire, le premier pouvant développer des consultations avancées pour les spécialités de moindre fréquence dans les seconds.

- Développer les soins de suite et de réadaptation sur chaque territoire avec :

- un service de soins de suite lourds pour la région au CHRU, implanté à proximité du service de réanimation et prenant en charge les soins de haute technicité ;
- au moins une structure ou une unité par territoire pour les autres soins, soit au sein des établissements de SSR existants, soit à proximité de services de pédiatrie d'établissements de santé ;

- le développement de l'hospitalisation de jour.

    - Adapter la prise en charge aux spécificités des adolescents :

- identifier une unité pour adolescents dans au moins un service de pédiatrie par territoire pour proposer une prise en charge somatique, psychologique et sociale comportant, un référent médical identifié une équipe soignante pluridisciplinaire, des protocoles d'accueil spécifiques pour les prises en charge les plus fréquentes, des règles d'hospitalisation (soignant référent par adolescent, règles de vie sous forme de règlement intérieur, contrat de soins discuté avec l'adolescent et les parents, feuillet spécifique dans le livret d'accueil de l'établissement) ;
- mettre en place des «lits de crise» pour permettre de répondre aux situations de crise, en évitant aux adolescents une hospitalisation en secteur psychiatrique et la déstabilisation des unités d'hospitalisation classique ;
- mettre en place des formations multidisciplinaires et pluri-professionnelles, notamment sur les besoins et les particularités de l'adolescent.
- Pour les maladies héréditaires du métabolisme : organisation et formalisation de consultations de transition avec les médecins d'adultes.

Mieux prendre en charge la douleur
Chaque établissement de santé doit organiser la prise en charge de la douleur des enfants et des adolescents : identifier un référent douleur pédiatrique dans chaque établissement.

Soutenir les soins palliatifs
Les soins palliatifs chez l'enfant et l'adolescent doivent être assurés au plus près de la vie quotidienne de l'enfant et de son entourage, avec un projet de soin spécifique pour chaque enfant, soutenu par un référent médical.

Structurer les filières de soins des maladies chroniques
- Développer des filières de soins pour certaines maladies chroniques fréquentes et/ou nécessitant des soins très spécifiques (asthme, allergies notamment alimentaires, épilepsie, obésité, diabète, cardiopathies congénitales et acquises…) en organisant le lien avec d'une part la prise en charge ambulatoire, (la notion de médecin référent ambulatoire serait à développer), d'autre part des structures de soins de suite et de réadaptation. Ces filières devront être rendues lisibles aux familles et associations concernées.
- Mieux organiser les filières de soins des maladies rares.

Organiser le relais de prise en charge des nouveau-nés vers la pédiatrie et des adolescents atteints de maladies chroniques vers les services d'adultes, notamment par l'instauration de consultations communes de transition entre pédiatres et médecins d'adultes.

Améliorer la prise en charge sanitaire des enfants et adolescents victimes de maltraitance
- Identifier un référent médical dans le domaine de la maltraitance des enfants et adolescents dans les établissements et services de pédiatrie ;
- Formaliser au travers de protocoles, le circuit de l'enfant dans les différents services ;

- Améliorer la collaboration entre les établissements de santé, les services sociaux, la Justice, l'Éducation Nationale et les services de Police ;
- Mettre en place des formations multidisciplinaires concernant la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs.

Améliorer la prise en charge des enfants et adolescents souffrant d'Obésité et de surpoids

- Promouvoir les comportements alimentaires et l'activité physique favorables à la santé (relève dorénavant du SRP)
- Améliorer la prise en charge des enfants hospitalisés présentant un surpoids ou une obésité
- Offrir une prise en charge continue et de qualité de la ville à l'hôpital dans chaque territoire, en partenariat avec les réseaux de prise en charge et de prévention de l'obésité (RePOP) ;

Prendre en charge l'enfant handicapé

Les professionnels hospitaliers doivent s'impliquer dans le repérage des situations à risque de handicap, dans l'annonce de celui-ci, et dans le suivi de ces enfants.
La prise en charge à l'hôpital doit comporter des protocoles spécifiques d'accueil et d'accompagnement, et doit aménager la présence d'un proche auprès de l'enfant.
Au niveau régional, il faut définir des structures adaptées pour la prise en charge chirurgicale des enfants et adolescents handicapés, présentant des déficiences motrices complexes et ou multiples (par exemple, infirmes moteurs cérébraux, myopathes…) et nécessitant des compétences spécifiques en chirurgie, anesthésie, réanimation et médecine physique et de réadaptation.

Améliorer l'articulation avec le secteur médico-social

- Faciliter l'admission des enfants et adolescents handicapés dans les structures de soins (en programmé ou en médico-social qui les suit habituellement et à l'inverse, faciliter l'admission ou le retour en institution médico-sociale après une hospitalisation en sanitaire, avec transmission à l'équipe de tous les éléments d'information utiles à la suite des soins ;
- Organiser des rencontres et des échanges entre équipes de soins et équipes médico-sociales et étudier la possibilité de favoriser l'utilisation au bénéfice du secteur médico-social de demi-journées d'intérêt général permises par le statut des praticiens hospitaliers. Création du réseau NeurodeV : coordination des soins dans les troubles du neurodéveloppement entre 3 secteurs : sanitaire, médecins et paramédicaux du secteur libéral et secteur médico-social. Le réseau NeurodeV assure par ailleurs des consultations en neuropédiatrie et en neuropsychologie dans les hôpitaux de la régions qui n'en sont pas pourvus.

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. Il n'existe qu'un centre lourd : le centre Marc Sautelet à Villeneuve d'Ascq.
Concernant l'adaptation de la prise en charge aux spécificités des adolescents, 2 centres de crise leur sont totalement dédiés, un sur la Métropole, un sur le Littoral. Les formations pluridisciplinaires ont été instaurées et sont en cours.

De nombreuses consultations multidisciplinaires ont été mises en place : neuro-métaboliques, génétiques ;

- Création d'un centre de référence national des troubles de développement du cervelet ;

- Création d'un centre de référence national de la sclérose tubéreuse de Bourneville ;
- Création d'un poste de PH de neuropédiatrie pour le diagnostic anténatal des malformations cérébrales au CPDPN et dans les maternités de niveau 3 de la région avec suivi neuropédiatrique post natal ;

En ce qui concerne les prises en charge spécialisées :
Développement d'un réseau professionnel régional et de formations pluri-institutionnelles de professionnels.
En pneumologie pédiatrique, 10 centres hospitaliers ont un pédiatre formé et un réseau « maladies rares : RESPIRAR » associant le CHRU et le CH de Lens a été mis en place.

Consultation et formation avec ces moyens au CH de Lens. Une démarche de labellisation des unités de prise en charge est en cours. Des consultations multidisciplinaires de douleur de l'enfant ont été créées, notamment sur le site de Lens.

En néphrologie pédiatrique, des consultations avancées sont réalisées par un néphrologue pédiatre dans la plupart des grandes villes. En néphrologie pédiatrique au CHRU de Lille le personnel para-médical et médical a été formé selon les recommandation HAS.
Le transfert des adolescents insuffisants rénaux chroniques chez les adultes a été formalisé.

Pour les maladies métaboliques : des groupe de paroles de parents ont été mis en place, ainsi que des ateliers diététiques, des ateliers communs diététiques et psychologiques.
En endocrinologie diabétologie pédiatrique il existe au moins un pédiatre spécialisé dans tous les CH de la région sauf sur la zone de Saint-Omer. A Cambrai, un pédiatre du CHRU se déplace pour assurer la consultation spécialisée. Pour la diabétologie pédiatrique, il existe depuis 10 ans, des cessions bi-annuelles de formation du personnel soignant de toute la région.

Depuis 2006 la formation de neuropédiatres a permis de renforcer les équipes pédiatriques des établissements de santé de la région sur tous les territoires.

Au CHRU, une astreinte maladies héréditaires du métabolisme 24h/24h a été mise en place et un pédiatre référent pour ces maladies a eu une formation spécialisée sur quatre sites : Dunkerque, Valenciennes, Douai, Lens. Par ailleurs des réunions multidisciplinaires sont organisées.

Améliorer la prise en charge des enfants et adolescents en Obésité et surpoids :
Pour la prise en charge coordonnée de l'obésité sévère de l'enfant, il existe une collaboration entre l'équipe d'endocrinologie pédiatrique du CHRU, la chirurgie pédiatrique, la chirurgie de l'obésité chez les adultes au CHRU et le centre de soins de suite Marc Sautelet, Zuydcoote, l'ADAPT à Cambrai et La clinique « Les peupliers » Villeneuve d'Ascq (pour les adolescents de plus de 15 ans).
Depuis plus de 6 ans, le suivi des enfants et adolescents obèses sévères se fait conjointement entre l'équipe pédiatrique et l'équipe transversale de nutrition du CHRU.

Pour la prise en charge de l'enfant handicapé, des consultations multidisciplinaires ont été mises en place (chirurgie orthopédiatrique, neuropédiatre et un médecin de rééducation).

Le Centre Régional de Diagnostic des troubles d'Apprentissage (CRDTA) prend en charge 600 enfants pour une expertise multidisciplinaire chaque année (neuropédiatrie, neuropsychologie, orthophonie, ergothérapie), en lien avec la médecine scolaire, la PMI, les CMP, les CMPP, les CAMSP, la médecine libérale.
La création du réseau NeurodeV permet la coordination des soins dans les troubles du neurodéveloppement entre les médecins et paramédicaux du secteur libéral et du secteur médico-social. Le réseau NeurodeV assure par ailleurs des consultations en neuropédiatrie et en neuropsychologie dans les hôpitaux de la régions qui n'en sont pas pourvus.

Les acteurs, intervenant autour des enfants handicapés, sont nombreux. Le repérage, le dépistage et le diagnostic se font à des moments différents, dans des lieux différents et par des professionnels différents en fonction du handicap de l'enfant.

Si des compétences à proximité existent, elles ne sont pas forcement connues :
Le CLAD (centre labellisé anomalies du développement et syndromes malformatifs situé au CHRU de Lille), qui a mis en place des consultations délocalisées à Lens, Arras, Valenciennes, Dunkerque, est assez mal connu. Le CLAD a pourtant informé les CAMSP, des services de néonatalogie, et de la pédiatrie de ses missions.
Si les CAMSP sont bien identifiés par les services de néonatalogie (en particulier quand les CAMSP sont adossés un Centre hospitalier), la connexion ne se fait pas systématiquement. Quand un nouveau-né doit être pris en charge dans un service de néonatalogie de niveau supérieur dans une zone de proximité différente de celle de sa zone d'origine, le lien ne se fait pas forcément par la suite avec le CAMSP de son secteur. Le relais n'est pas toujours assuré aux médecins généralistes, encore peu associés au travail des CAMSP. Les réseaux de périnatalité devraient être un levier pour faciliter le parcours, en faisant connaître aux médecins libéraux les centres d'actions médico-social de soins précoces.

Les délais d'attente, pour les consultations spécialisées de pédiatrie se comptent en mois et ont pour conséquence des défections de la part des familles.

2. ORIENTATIONS DU SROS PRS

Les orientations du volet pédiatrique du SROS III restent d'actualité en dehors de rares modifications règlementaires intervenues depuis 2005.
Le regroupement peut se faire de façon suivante :

- Optimiser la prise en charge des enfants en structurant les filières de soins
  - Assurer une continuité des soins entre la néonatalogie et la pédiatrie ;
  - Améliorer l'offre pédiatrique de premier recours ;
  - Organiser l'HAD de la région dans le domaine de la pédiatrie ;
  - Mieux structurer l'accueil des urgences pédiatriques ;
  - Garantir une offre de soins hospitalière pédiatrique graduée et articulée ;

- Structurer la surveillance continue sur chaque territoire dans le cadre du réseau mis en place avec le service de réanimation pédiatrique du CHU ;
- Maintenir les consultations pluridisciplinaires pour les pathologies complexes ;
- 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 ;
- Structurer la transition enfant/adulte notamment pour de nombreuses maladies chroniques ;

- Améliorer l'organisation de l'offre de soins pour les enfants en surpoids et obèses.

- Améliorer la prise en charge des enfants victimes de maltraitance
  - Mieux repérer les enfants victimes de maltraitance ;
  - Organiser au niveau du territoire de santé le diagnostic et la prise en charge notamment pour les violences sexuelles .

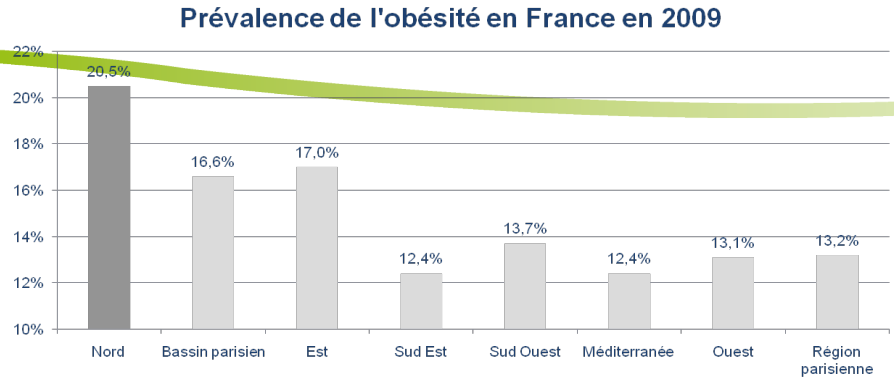
- Favoriser le dépistage le plus précoce possible du handicap
  - Mieux structurer le repérage et l'orientation ;
  - Améliorer le maillage territorial de diagnostic pluridisciplinaire.

- 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
  - Réaliser un bilan exhaustif des ressources disponibles par territoires ;
  - Définir et identifier les niveaux de recours ;
  - Organiser le parcours et permettre aux acteurs de travailler ensemble ;
  - Organiser les relais entre prise en charge sanitaire et médico-sociale ;
  - Améliorer l'information des professionnels sur les structures existantes et la pertinence des bilans et des adressages ;
  - Mettre en place des consultations de « passage adolescent - adulte » pour les personnes porteuses d'un handicap.

VIII. OBESITE

INTRODUCTION

La région Nord Pas de Calais se détache nettement du reste de la France par une prévalence de l'obésité[11] particulièrement élevée : 20,5 % contre 14,5 % en moyenne en France.
Les hommes sont plus touchés par le surpoids et les femmes sont sujettes aux formes les plus graves de l'obésité.



La prévalence de l'obésité a sensiblement évolué sur les trente dernières années. En 1981, la prévalence dans la région était déjà la plus haute de France (60% supérieure). La prévalence actuelle en France était déjà atteinte dans le Nord-Pas-de-Calais il y a 10 ans. Entre 2000 et 2006, le Nord Pas de Calais continue à enregistrer une croissance forte de la prévalence de l'obésité alors que toutes les régions de France (hormis la région Est) endiguent progressivement le phénomène

Chez les enfants entrant au cours préparatoire, le pourcentage actuel d'enfants obèses est de 4% (contre 3% au niveau national) et de 12,8% si on intègre les enfants présentant un surpoids. Il existe cependant de grandes disparités selon les zones de proximité.

[11] L'obésité est définie par un indice de masse corporelle supérieur ou égal à 30.

1. ETAT DES LIEUX

1.1. Bilan qualitatif

1.1.1. 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'arrêt de l'augmentation de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'enfant :
  - par l'amélioration de la prise en charge des enfants et des adolescents, que ce soit à l'hôpital ou en SSR
  - par l'amélioration de la prise en charge des adultes en surpoids et obèses, à l'hôpital notamment pour la chirurgie bariatrique et en SSR
  - par la mise en place d'un centre régional de ressource et d'expertise pour le patient obèse
  - par labellisation des unités de prise en charge de l'obésité, que ce soit au niveau des unités médicales chirurgicales, ou SSR pour l'adulte ou l'enfant.

La labellisation permet de valoriser le travail réalisé par les établissements pour organiser ces unités selon les recommandations nationales ; de favoriser le développement d'un maillage territorial ; enfin, favoriser le développement d'unités adulte et enfant au sein d'un même établissement.
La démarche était basée sur un cahier des charges comprenant des grilles d'analyses remplies par l'établissement et une visite sur site.

1.2. Bilan quantitatif

67 demandes de reconnaissance ont été présentées par les établissements publics et privés, réparties comme suit :

- Artois : 13 demandes par 6 établissements ;
- Hainaut : 15 demandes par 7 établissements ;
- Littoral : 23 demandes par 11 établissements ;
- Métropole : 16 demandes par 9 établissements.

Le secteur public représente 62% des demandes, le secteur privé 25% et le secteur PSPH 12%.

La labellisation a abouti au tableau suivant :

	Unités médicales adultes	Unités chirurgicales	Unités médicales enfant/adolescent
Artois	3	2	1
Hainaut	1	1	0
Littoral	2	1	2
Métropole	2 (dont 1 sous condition)	2 (dont 1 sous condition)	1

2. CONTEXTE

2.1. Une nouvelle donne

La loi HPST inscrit la prévention de l'obésité et du surpoids comme une priorité nationale de santé publique.
L'instruction DGOS du 29 juillet 2011 relative à la mise en œuvre du programme national nutrition santé (PNNS3) et du plan national Obésité par les ARS comporte un chapitre concernant un appel à projet national pour structurer l'offre spécialisée au niveau régional et infrarégional et pour organiser la filière de soins en région pour une mise en œuvre immédiate.

La parution d'un volet SROS concernant l'obésité et sa déclinaison par la démarche de labellisation engagée a permis à l'ARS de cibler d'ores et déjà une organisation territoriale s'appuyant sur des sites labellisés.

La lutte contre l'obésité constitue une priorité de santé publique pour la région Nord Pas de Calais. A ce titre, un programme d'actions sera mis en place en 2012. Il s'inscrira dans une approche transversale centrée sur le parcours de santé du patient.

Le développement de la prise en charge de premier recours sera également l'un des axes forts de la partie offre de soins de ce programme régional.
Il s'inscrit parfaitement dans l'un des objectifs du PRS – la lutte contre les inégalités de santé – puisque les personnes en situation de vulnérabilité sociale et économique et les personnes fragiles sont souvent concernées par l'obésité.

3. ORIENTATIONS

- Systématiser le repérage précoce (cf. schéma régional de prévention)
- Organiser la prise en charge pluridisciplinaire de premier recours autour du médecin traitant
- Informer les patients et les professionnels de santé sur la maladie et sur l'offre de soins par territoire
- Disposer d'une offre graduée d'éducation thérapeutique pour les personnes obèses sur l'ensemble du territoire régional
- Structurer les coordinations territoriales de la prise en charge de l'obésité
- Identifier les centres spécialisés et le centre intégré pour la prise en charge de l'obésité sévère (en adéquation avec le maillage territorial des unités de prise en charge)
- 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 des obèses
- Renforcer la formation des professionnels de santé à la prise en charge de l'obésité

IX. LES SOINS AUX PERSONNES AGEES

1. RAPPEL DES OBJECTIFS DU SROS III

Depuis l'élaboration du SROS III, la filière de soins gériatriques, a été organisée et définie, grâce notamment aux cahiers des charges fournis 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 5 zones de proximité, une supplémentaire était en cours en septembre 2011.

Les implantations du SROS III mêlaient, d'autre part, CSG et UMPG (unité de médecine polyvalente et gériatriques) : 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 ont une activité individualisée 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 17 qui œuvrent dans 15 zones de proximité. 4 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 trajet de santé en :

- adaptant le système de soins à la place grandissante de la chronicité et des poly pathologies ;
- organisant très strictement la succession des interventions cliniques et techniques pour les épisodes présentant les plus grands risques évitables de suites invalidantes.

Le plan « Solidarité grand âge » a permis le renforcement des équipes gériatriques des SSR. A la suite de la publication des décrets de 2008 sur les SSR, et de l'adoption du volet correspondant du SROS III, 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.

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.

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

Les créations des réseaux de santé gérontologiques ne couvrent pas la moitié de la région.

La circulaire de 2005 qui organisait les consultations mémoire n'a pas été prise en compte lors de l'élaboration du SROS III et 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, pour la recherche et la prise en charge des malades jeunes.
Cependant les financements MIGAC issus du plan Alzheimer 2003-2007, puis du 3ème 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.

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 complétée 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.

2. MISE EN ŒUVRE DES OBJECTIFS DU SROS III

L'organisation et la reconnaissance de filières et ce, dès 2009, ont largement dépassé les objectifs que le SROS III avait fixés.
Si l'on prend en compte les projets que les établissements de santé ont déclaré en 2011, ce sont 13 zones de proximité sur 15 qui ont une réflexion avec leurs partenaires géographiques. La plupart des établissements sites d'urgences, désormais, ont un projet en gériatrie.
Cependant, l'existence de filières internes organisées en pôle (notamment en secteur public) n'est pas *de facto* synonyme d'optimisation. L'articulation entre les différentes étapes de la prise en charge doit être éprouvée et des dysfonctionnements subsistent.
Pour fluidifier le parcours des patients et apporter les soins adaptés à leurs pathologies et leurs besoins, la constitution d'au moins une filière inter-établissements formalisée, par zone de proximité devient nécessaire à l'horizon de la fin du SROS III. Dans ce cadre des GCS de gériatrie, mais aussi des partenariats encore informels, s'organisent qui peuvent permettre aux établissements adhérents de se doter d'outils et de protocoles communs, mettre en commun des moyens, mettre en exergue l'activité de chacun. Dans d'autres secteurs des partenariats sont formalisés ; ils concernent souvent des établissements publics entre eux, parfois avec des ESPIC, mais beaucoup moins souvent avec des privés qui cependant développent de plus en plus des prises en charge spécialisées.

La majorité des admissions en CSG se fait toujours par le service des urgences pour les patients âgés de 75 ans et plus. Dans les bassins du Littoral et de l'Artois, plus de la moitié de ces patients transite par les urgences alors que, dans le même temps, moins d'une admission sur cinq se fait « en direct ». A l'échelle des zones de proximité, le Dunkerquois, le Boulonnais et le Douaisis ont des taux bien supérieurs à la moyenne régionale avec respectivement 84 %, 78,9 % et 86,1 %. La métropole réalise plus d'entrées directes en 2009.
Une étude réalisée aux urgences du CH d'Arras en 2009 a permis d'identifier des délais d'hospitalisation plus importants parmi les patients les plus âgés et, en particulier, lors d'une orientation vers les services de médecine. L'optimisation et la mise en place de filières de prise en charge spécifiques, en l'occurrence gériatrique, peuvent représenter un moyen efficace pour améliorer les délais de prise en charge aux urgences. L'établissement a proposé ainsi à la suite de ce travail un lien plus fort entre l'activité des urgences et la filière gériatrique avec une réflexion spécifique autour d'un système d'appel rapide de l'EMG dès l'arrivée d'un patient âgé fragile et une formation des personnels des urgences à l'accueil des patients âgés, l'utilisation plus large d'outils d'évaluation concernant l'autonomie, le devenir…

L'HCAAM dans son rapport d'avril 2009 évoque ainsi l'idée que la baisse du taux d'hospitalisation par les urgences est un indicateur qui devrait faire l'objet d'un suivi systématique dans les conventions d'objectifs et de moyens des établissements médico-sociaux, comme dans l'évaluation de la qualité des soins dans les hôpitaux. Cet indicateur a été inclus par l'ARH Nord - Pas-de-Calais dans tous les avenants CPOM signés depuis 2008 en gériatrie et pourra donc être évalué à terme.

Les durées moyennes de séjour sont très variables d'un établissement à l'autre allant de 7,1 à 13,5 jours (moyenne régionale à 11,5). Certains établissements évoquent le fait de prendre en charge des patients plus lourds, limite d'indication des soins intensifs ; mais d'autres établissements incriminent des facteurs sociaux importants augmentant les temps d'hospitalisations. Concernant ce dernier facteur, il faut remarquer que, dans cette région, un certain nombre d'indicateurs sociaux sont défavorables au maintien ou au retour aisé à domicile pour une personne dépendante :

- 7,6% des plus de 60 ans seraient dépendants (HID99), contre 6,5% en France avec un état de santé dégradé plus tôt et une espérance de vie plus faible ;
- 8,5% des plus de 60 ans perçoivent l'APA en 2006, 6,9% en France (DREES) :
    - 63% à domicile (59% en France),
    - 22% ont moins de 75 ans (17% en France),
    - ¾ sont des femmes,
    - 61% ont des revenus dans les 2 tranches les plus faibles (donc n'ayant pas accès à l'aide sociale ou la CMU) ;
- plus de personnes âgées vivent à domicile dans la région 92% contre 90% en France des plus de 75 ans (INSEE) ;
- les veuves sont plus fréquentes : 42% des plus de 75 ans sont seules, contre 38% en France (INSEE) :
    - Avec une mortalité prématurée et/ou évitable (cancers, suicides, accidents,…) plus importante et qui affecte plus les hommes ;
- plus de logements avec moins de confort pour les personnes âgées dans la région (INSEE) :
    - Un manque de sanitaires, WC, eau courante dans les habitations : 3,2% en région versus 1,3% en France,
    - Ni baignoire, ni douche dans le logement : 14% chez les plus de 75 ans contre 5% en région pour la population générale,
    - Des WC à l'extérieur : 15% chez les plus de 75 ans contre 7% en région en population générale.

Une étude de la DREES[12] en 2008 préconisait le développement des alternatives pour réduire les hospitalisations des personnes âgées et améliorer leurs prises en charge. Cependant comme on le voit dans l'enquête 2009, elles se développent peu malgré la dynamique des filières :

- l'hôpital de jour gériatrique est complexe en organisation (très consommateur de temps IDE et de secrétariat), les actes en PMSI y sont sans doute insuffisamment précis ;
- les consultations multidisciplinaires ne sont pas toujours correctement valorisées, ainsi celles des paramédicaux ;
- l'HAD se développe surtout dans la prise en charge du cancer et les prises en charge en EHPAD restent ponctuelles. A domicile, ces prises en charge sont limitées en cas de problèmes sociaux ou de logements sans confort (voir § précédent). Une enquête régionale réalisée par la DRSM [13] en 2008 montre que ce ne sont pas les personnes âgées qui y sont prises en charge majoritairement mais les personnes atteintes de cancer (36%) et de maladies neurologiques (10%), d'une moyenne d'âge d'environ 67 ans. Les modes de prises en charge principaux sont des soins palliatifs (34,2%) et pansements complexes (17,7%), avec 40,1% des patients qui ont un indice de Karnofsky estimé à 40% au jour de la coupe, 22,8% à 30% et 20,5% à 50%. Seulement 1% des prises en charge se déroulent en EHPAD. Au jour de l'enquête 22,3% des prises en charge étaient inadéquates : parmi celles-ci 50% auraient du l'être par un SSIAD et 40,8% en secteur libéral.
  Les motifs d'inadéquations identifiés pour la région ont été répartis en différentes catégories :
  - Sans raison argumentée dans 34,3% des cas : le médecin coordonnateur ou l'IDE n'ont pas évoqué de raison pouvant expliquer l'inadéquation ;
  - Pour 28,3% des patients, le maintien en HAD résultait du souhait de la famille ou de problèmes sociaux ;
  - Dans 12,7% des cas, le motif avancé était le manque de place dans la structure d'aval ;
  - Pour 9,6% des cas, l'amélioration était récente et des démarches avaient été entreprises pour une sortie prochaine ;
- Pour 9,6% des patients, il s'agissait du souhait du médecin traitant ou de l'hôpital ;
  - Enfin, dans 5,4% des cas, la raison avancée était le refus du SSIAD de prendre en charge un patient estimé trop lourd.

Si le taux d'admission en CSG est excessivement élevé par les urgences, le taux de sortie tant des CSG (60,7 %) que des SSR (76 %) vers le domicile l'est également. Cependant les taux de transfert des CSG vers les SSR restent faibles.
Dans une optique de réduction du temps d'hospitalisation[14] ces taux peuvent être signe de ré-hospitalisation. En effet cela implique en aval, à domicile, un suivi régulier et personnalisé qui n'existe actuellement que dans peu de cas (territoires des réseaux de santé ou d'expériences locales de coordination). D'où l'idée de donner aux EMG une place plus importante au cœur du dispositif de coordination et de coopération.

Le rapport de l'IGAS en 2005[15] concluait à propos des EMG : « la mission estime que le travail d'interface entre l'hôpital et les structures extrahospitalières entre dans les fonctions de l'équipe mobile, qui doit renforcer les relations hôpital-institutions d'aval si elle veut améliorer le désengorgement de la filière. « Vitrine gériatrique » de l'hôpital, l'EMG par son ouverture contrôlée sur l'extérieur, peut permettre à l'hôpital de prendre la place qui lui revient au sein de l'organisation en réseau. Toutefois elle doit se garder des sollicitations extérieures conduisant à l'intégrer dans des activités médico-sociales qui relèvent des partenaires communautaires » ou dans les différents systèmes de garde d'urgences.

[12] Mouquet MC, Oberlin P, impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020, 2030. DREES, Solidarité et santé, dossiers, n°4, 2008

[13] Evaluation médicale des structures d'HAD, région Nord Pas de calais, DRSM, juin 2008

[14] L'étude de 2009 semble confirmer un seuil incompressible autour de 11 jours pour la DMS en CSG, régionalement. Mais il faudrait pouvoir évaluer les pratiques car les DMS vont de 8 à 15 jours selon les sites.

[15] Rousseau AC, Bastianelli JP, les équipes mobiles gériatriques au sein de la filière de soins, rapport de l'IGAS de mai 2005.

Les EMG sont inégalement réparties entre les zones de proximité. Même si ce sont 10 zones de proximité sur 15 qui ont une EMG, en 2009, seulement 58 % des établissements de santé ayant un CSG sont dotés d'une EMG : de la ZP de Lens-Hénin ou Lille qui bénéficie de 3 EMG à 5 ZP qui n'en possèdent aucune. Or, le travail de proximité autour de la personne destiné à faciliter son parcours suppose une EMG dans au moins chaque zone de proximité.
L'enquête menée en 2009 montre que seules 6 EMG disposent d'un gériatre ; à l'inverse, les EMG de la région sont correctement pourvues en IDE.
Deux EMG sur la région réalisent des visites à domicile ; d'autres permettent l'intervention ponctuelle d'une assistante sociale ou d'un ergothérapeute au domicile, afin de préparer les sorties.
Cette EMG doit disposer de personnels diversifiés (gériatre, IDE, psychologue, assistante sociale…)

L'exemple du CH d'Arras illustre le potentiel d'une EMG en termes de liens, de coopération, de concertation qu'elle permet d'instaurer et des habitudes de travail qu'elle développe. Les procédures ainsi mises en place avec le service des urgences au sein de cet établissement pourraient être transposées sur le terrain dans une logique de proximité et *in fine*, de « juste soin » (système SAGE, protocoles de signalement rapide des entrées des personnes, formation de l'ensemble du personnel des urgences à la pratique gériatrique courante,….). L'évaluation qui en sera faite avec l'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance) devra être suivie régionalement.
Mais d'autres expériences méritent aussi une attention et une évaluation particulière :

- La plate-forme de réponse téléphonique aux médecins traitants au CH de Roubaix,
- La consultation multidisciplinaire de la chute au CHRU,
- L'expérimentation d'une équipe mobile de soins palliatifs vers les EHPAD au CHI de Wasquehal,
- L'expérience d'éducation thérapeutique aidant/aidé (nutrition et art-thérapie) du CH de Roubaix en lien avec la mairie de Roubaix,
- La polyvalence des médecins sur les différentes unités de gériatrie au CH de Lens permettant une meilleure fluidité interne,
- L'ouverture d'un plateau de consultations multidisciplinaires et d'hospitalisation de jour avec une visibilité particulière pour la ville au CH de Roubaix en septembre 2010

Dans la région toutes les unités ont été requalifiées dès 2010. Un volet complémentaire au SROS-PRS pourra être élaboré sur la base du décret dès sa parution.
Dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012, 9 unités d'hébergement renforcées (UHR) doivent être individualisées en USLD (3 par an à compter de 2010). D'ores et déjà 3 ont été labellisées en 2010.

En 2011 il existe 16 consultations labellisées avec le CMRR, sur 19 sites (3 consultations avancées) et 8 consultations non labellisées, soit 24 consultations et 27 sites (soit 1,4 pour 15 000).
Pour l'ensemble des consultations, qu'elles soient labellisées ou non, le bassin de vie du Hainaut est à 1,7 sites de consultations pour 15 000 hab.de plus de 75 ans, le littoral à 1,3, l'Artois à 0,8 et la métropole à 1,9. Ce sont désormais l'ensemble des zones de proximité qui ont au moins une consultation mémoire.
Le Douaisis a ouvert une consultation mémoire début 2010. Deux zones n'ont pas encore de consultation labellisée : le Douaisis et le montreuillois. Sur le montreuillois la labellisation pourrait intervenir par association du centre d'Hopale avec le CHAM. Pour le Douaisis, la montée en charge sera progressive.
Par ailleurs sur le Cambrésis, la clinique St Roch et le CH de Cambrai ont signé en 2010 une convention de partenariat pour maintenir la labellisation : en effet la clinique St Roch ne possède pas d'IRM et son activité étant insuffisante, l'association avec le centre hospitalier va permettre d'avoir un volume

d'activité avec une file active de plus de 400 patients. De même sur le Dunkerquois, l'HMZ qui s'associe avec le CH dans le cadre de l'organisation de la filière gériatrique, pourra formaliser un partenariat avec le CH pour la réalisation des IRM et qui possède un service de neurologie.
Sur l'ensemble de ces consultations (labellisées ou non), ce sont 22 centres qui exportent leurs données épidémiologiques à la Banque Nationale Alzheimer (BNA), créée dans le cadre du plan. Ce résultat est très positif. Deux centres supplémentaires devraient exporter leurs données en 2011.

Les unités cognitivo-comportementales (UCC) sont réparties sur l'ensemble des territoires de la région. Elles n'ont pas vocation à accueillir l'ensemble des patients, mais leur spécialisation leur permet d'apporter pour certains patients des prises en charge optimales à certains moments de la maladie et de développer une dynamique entre elles sur leur territoire et avec l'ensemble des structures de gériatrie : elles participent ainsi à la filière de gériatrie.
Le plan Alzheimer 2008-2012 prévoyait l'identification de 7 unités. Au terme du plan ce sont 12 unités qui seront reconnues, par une politique volontariste de l'ARS Nord Pas de Calais, ce qui fera 1 unité pour 160 000 personnes de 40 ans et plus au lieu de 1/250 000 prévue au plan national.

3. BILAN QUANTITATIF

En termes d'implantations et/ou d'activités et/ou d'équipements et/ou autres

territoires de santé et ZP	nombre de secteurs gérontologiques au SROS III en 2006	implantations des unités gériatriques 2011							
		filières gériatriques selon circulaire de 2007	court séjour gériatrique	hôpitaux de jour gériatrique	équipes mobiles de gériatrie	consultations gériatriques multidisciplinaires	réseau de santé gérontologique	SSR gériatriques (décret 2008)	USLD requalifiées
littoral	**5**	**5 filières prévues**	**7**	**2**	**5**	**2**	**1**	**8**	**8**
Berck Montreuil	1	1 projet	2	0	2	0	1	3	2
Boulonnais	1	1 labellisée	1	1	1	0	0	1	1
Calaisis	1	1 projet	1	1	1 projet	1	0	1	1
Audomarois	1	0	1	1	1	1	0	1	2
Dunkerquois	1	1 projet	2	1	1	0	0	2	2
Artois	**8**	**4 filières prévues**	**6**	**4**	**5**	**7**	**2**	**11**	**9**
Béthunois	2	1 projet	2	1 + 1 projet	2 projets	2	projet	2	2
Lensois	2	1 labellisée	2	2	3	3	1	2	3
Douaisis	2	1 labellisée	1	1	1	1	0	4	2
Arrageois	2	1 projet	1	0	1	1	1	3	2

Hainaut	**7**	**3 filières prévues**	**6**	**1**	**2**	**2**	**3**	**10**	**7**
Cambrésis	2	1 projet	2	0	0	0	1	1	1
Valenciennois	3	1 en cours	3	1	2	1	1	5	3
Avesnois	2	1 projet	1	1 projet	1 projet	1	1	4	3
Métropole	**6**	**6 filières prévues**	**7**	**5**	**5**	**8**	**2**	**16**	**6**
Lille	3	3 labellisées	4	3	3	3	2	7	2
versant nord est	2	1 labellisée et 1 projet	3	2	2	2	projet	6	3
Flandre Lys	1	0	projet	0	Financée non mise en œuvre	3	0	3	1
Région 1/9/2011	**26**	**7 labellisées (18 prévues)**	**25**	**12**	**17**	**19**	**8 (min prévu : 13)**	**45**	**29**
recommandations SROS III ou réglementation ultérieure	26	au moins 1 filière par ZP dans 1 ES site d'urgences	au moins 1 CSG dans les ES sites d'urgence	dans les ES site de CSG	dans les ES sites d'urgence ET avec CSG	dans tout ES ou dans un ESMS en convention	couverture géographique ZP de 1 à 3 CLIC avec 1 Ets référent	Répartition des SSR gériatriques en ZP	enquête 2006 : 33% des lits avec SMTI

Plan Alzheimer 2008-2012 - Région Nord Pas de Calais - point au 01/09/2011 - nombre d'implantations par territoire

territoires	nombre de personnes âgées de 75 ans et plus (projection INSEE 2009)	données des régimes d'assurance maladie en 2008 (RSI, MSA, CARMI et régime général)			consultations mémoire de proximité	consultations mémoire labellisées	Unités cognitivo comportementales (UCC)	Unités d'hébergement renforcées (UHR)	Pôles d'activité et de soins ambulatoires (PASA)	Maison pour l'autonomie et l'intégration des Alzheimer (MAIA)	Equipes spécialisées Alzheimer à domicile (ESAD)	plate forme de répit (PFR) et formules innovantes (FI)
		patients en ALD 15		patients ayant au moins eu un remboursement pour délivrance d'anticholinestérasiques								
		nombre de nouveaux patients en ALD	nombre de patients	nombre								
Valenciennois	27684	294	1525	1147	1	2	1	1	1+4P	1	1	0
Sambre	18834	208	1158	1082	0	1	1	1	1+3P	0	1	0

Avesnois												
Cambrésis	15246	155	1075	610	1	1	0	0	1+2P	0	0	0
HAINAUT	61764	657	3758	2839	2	4	2	2	3+9P	1	2	0
Flandre Intérieure	9768	149	889	714	1	0	1	0	2+2P	0	0	0
Lille	49835	539	3387	2876	1	3 et CMRR	3	1 + 1 projet	2+5P	1	1	0
versant nord-est	28139	424	2619	1304	1	2	1 non ouverte	1	3+2P	0	1	0
METROPOLE	87742	1112	6895	4894	3	6	5	2 + 1 P	7+9P	1	2	0
Dunkerquois	17758	195	1316	961	1	1	0	1 projet	1+1P	0	1	1+2 FI
Calaisis	10946	260	1559	590	0	1	0	1	0	0	1	0
audomarois	8731			346	0	1	0	0	1+1P	0	0	0
boulonnais	12836	245	1572	939	0	1	1	1	0	0	0	0
Berck/Montreuil	10095			396	1	1 projet	1 projet	1 projet	2	1	0	0
LITTORAL	60366	700	4447	3232	2	4	1 + 1P	2 + 2P	4+2P	1	2	3
Béthune-Bruay	23938	346	1675	726	0	1	0	1	1+1P	0	0	0
Lens-Hénin	30008			837	1	1	1	1 + 1 projet	1	0	1	0
Douaisis	20438	130	891	904	0	1 projet	1	1	2	0	1	0
arrageois	20084	276	1536	900	0	1	1 projet	1	2P	1	1	0
ARTOIS	94468	752	4102	3367	1	3	2 + 1P	4 + 1P	4+3P	1	3	0
REGION 1/9/2011	304340	3221	19202	14332	8	16 + 2P	10 + 2P	10 + 4P	18+23P	4	9	1 PFR +2 FI
SROS III et circulaire de 2005, plan 2008-2012					0	1 par site d'ets avec plateau technique ad hoc et au min 1/15000 PA>60 ans : 18 possibles	7 UCC en 2012 (1/250 000 hab.>40 ans)	16 UHR en 2012	94 PASA en 2012	4 MAIA en 2011	27 ESAD en 2012	8 PRF en 2012

Dès la fin du SROS III : ce sont 12 zones de proximité sur 15 qui sont porteuses de projets de filières de gériatrie entre établissements de santé, voire avec le secteur médico-social. La procédure de labellisation régionale mise en place en 2008 permet d'entrainer les dynamiques des territoires. En mai 2011, ce sont 7 établissements de santé qui sont labellisés support de filière par l'ARS et un GCS qui a déposé un dossier de demande de reconnaissance.

Territoire de santé de l'Artois :

- Zone de proximité du Douaisis :

- Le CH de Douai a été labellisé début 2010. Cet établissement a développé un projet de filière et est en train de développer des prises en charge spécifiques de la maladie d'Alzheimer qui seront référentes de son territoire : consultation mémoire, UHR. Il doit conforter son action gériatrique extrahospitalière : la démarche d'inscription dans une réflexion commune avec le secteur médico-social et social est avancée.
- Il doit conventionner avec la clinique du château Lamotte à Marchiennes pour les prises en charge en UCC. La clinique réalise aussi des consultations mémoire de proximité.
- Un projet commun serait en cours entre les établissements de la zone de proximité. Une déclaration commune des établissements publics et privés de la zone de proximité du Douaisis a été faite en date du 23/02/2010 avec une organisation conventionnelle dans un premier temps puis sous la forme d'un GCS entre : CH Douai, CH Somain, Centre Hélène Borel à Raimbeaucourt, la Clinique Les Bruyères à Auberchicourt, le Château la Motte à Marchiennes.

- Zone de proximité du Lensois :

- Le CH de Lens a été le premier établissement support labellisé de la région. L'importante polyvalence des gériatres est particulièrement intéressante dans le parcours du patient âgé. L'établissement travaille en bonne coopération avec la ville par le réseau de santé « Vie l'âge ». Les procédures d'accueil en SSR permettent de mieux fluidifier les prises en charge, mais l'importante population socialement défavorisée du secteur en limite les possibilités. Cependant il doit encore travailler, avec l'appui des référents de l'ARS, à fluidifier les parcours avec les autres établissements de santé du territoire (notamment en SSR et USLD) et à améliorer l'aval du SSR avec les EHPAD. Les prises en charge des démences se développent en filière avec des structures référentes de territoire : consultation mémoire labellisée, UCC et UHR.
- Le CH de Carvin développe des soins de suite et des consultations mémoire de proximité.
- Un projet de mise en place d'une coordination territoriale SSR sur la zone de proximité de Lens est en cours avec : Le groupe AHNAC avec les Hautois, la clinique d'Hénin, la polyclinique de Riaumont de Liévin, la fondation HOPALE avec la clinique STE barbe de Fouquières, La CARMI Nord -Pas de Calais avec l'établissement du Surgeon de Bully, L'UGECAM Nord Pas de Calais avec le Centre Saint Exupéry de Vendin le Vieil, le centre hospitalier de Carvin, le centre hospitalier d'Hénin Beaumont, le centre hospitalier les Erables à La Bassée, le centre hospitalier de Lens.

- Zone de proximité de Béthune-Bruay :

- Depuis l'adoption du SROS III en 2006, la clinique Mahaut de Termonde développe des prises en charge gériatriques et s'organise en filière interne. Son activité gériatrique devrait être transférée sur le site de la clinique Anne d'Artois, en proximité des urgences.

- Le CH de Béthune possède une consultation mémoire labellisée et a une réflexion en cours avec les EHPAD de son territoire pour la coordination des hospitalisations dans le cadre d'un GCS.

▪ Zone de proximité de l'Arrageois :

- Le CH d'Arras a développé depuis plusieurs années des prises en charge importantes en équipe mobile (d'abord en interne aux services, puis aux urgences depuis 2 ans). Un travail important a été effectué avec les EHPAD du secteur et les autres partenaires de ville (CLIC, médecins traitants, services à domicile,…). Si la plupart des unités constituant la filière sont présentes sur le CHA, elles restent dispersées sur 2 pôles. Il reste à en améliorer la lisibilité institutionnelle. Le CH d'Arras possède une consultation mémoire labellisée en 2009 et réfléchit à un projet d'UCC.
- Le CH de Bapaume qui possède soins de suite et EHPAD doit s'inscrire dans une filière avec Arras.
- L'hôpital privé des Bonnettes d'Arras s'inscrit d'ores et déjà dans un partenariat formalisé avec le CHA.
- L'hôpital local de St Pol a transformé ses lits de médecine en SSR gériatriques début 2011, il possède par ailleurs USLD et EHPAD. Il a le projet d'une UHR en USLD qui pourrait être référente du secteur, nécessitant alors une coopération formalisée avec le CHA et les autres acteurs sanitaires et médico-sociaux du territoire pour travailler en filière.

Territoire de santé du Hainaut :

▪ Zone de proximité du Valenciennois :

- Les établissements de santé du secteur (publics, ESPIC et privés) ont signé en mars 2011 une coopération avec projet médical commun dans le cadre d'un GCS de gériatrie. Il doit permettre la réalisation d'un projet médical commun avec des spécificités pour chacun. Celui-ci se concrétisera par la répartition et la mutualisation de moyens sur la zone de proximité, ainsi qu'une labellisation de filière de territoire. Ainsi concernant la mémoire les structures référentes de territoire seront réparties sur plusieurs établissements : une UHR au CH de Valenciennes, la labellisation de la consultation mémoire, une UCC et un PASA au CH de le Quesnoy. Un projet de labellisation d'une consultation mémoire du territoire est en réflexion à partir des différents sites de consultations existants, avec un projet médical commun. Une MAIA sera portée par le GCS de gériatrie.

▪ Zone de proximité du Cambrésis :

- Les établissements sont en train de réfléchir au développement de la gériatrie pour le territoire.
- Le CH de Cambrai a ouvert en 2010 un court séjour gériatrique.
- La consultation mémoire référente de territoire se situe à la clinique St Roch. La clinique a signé une convention de partenariat avec le CH de Cambrai en 2010 pour la création d'une consultation mémoire labellisée inter-établissement. Il existe un PASA au centre hospitalier de Cambrai.
- Un projet commun est en cours d'élaboration entre les CH de Cambrai, Les Abeilles de Briastres, la clinique ST Roch de Cambrai, le CH de le Cateau pour fluidification de la filière de prise en charge des personnes âgées dans le cadre d'une CHT ou un GCS.

▪ Zone de proximité de Sambre Avesnois :

- Un GCS de gériatrie est en cours d'élaboration et concerne 5 établissements (Maubeuge, Jeumont, Hautmont, Felleries et Avesnes). Les établissements travaillent déjà ensemble hors GCS sur la prise en charge des malades Alzheimer puisque les structures référentes de territoire sont réparties entre eux : la consultation mémoire labellisée au CH de Maubeuge, l'UCC au CH d'Hautmont et un projet d'UHR au CH de jeumont.

Territoire de santé du Littoral :

- Zone de proximité de Dunkerquois :
- Les établissements publics de santé de Dunkerque et Zuydcoote, ainsi que la Polyclinique de Grande-Synthe réfléchissent à une organisation commune pour la gériatrie.
- au CH de Dunkerque, en 2010 a ouvert un court séjour gériatrique, une hospitalisation de jour et des consultations d'évaluation gériatrique et a débuté l'activité de l'équipe mobile de gériatrie (EMG).
- Le CH de Zuydcoote possède les soins de suite gériatriques et la consultation mémoire labellisée et a un projet d'UHR.
- La polyclinique de Grande-Synthe possède une unité de médecine polyvalente qui comprend notamment 16 lits de gériatrie.

- Zone de proximité du Calaisis :
- Le CH de Calais souhaite développer des prises en charge adaptées. Actuellement les différentes unités de gériatrie sont réparties sur plusieurs pôles ne facilitant pas l'organisation d'une filière. L'établissement possède une consultation mémoire labellisée et une UHR.

- Zone de proximité du Boulonnais :
- Le CH de Boulogne a été labellisé support de filière en 2009. Il développe des actions intéressantes avec le CLIC. Les prises en charge des démences se développent avec les structures référentes de territoire : consultation mémoire labellisée, UCC, projet d'UHR.

- Zone de proximité de Berck-Montreuil :
- Le CHAM a ouvert fin 2009 un court séjour et mis en place une EMG. Le CHAM se positionnera en 2011 sur une unité référente de territoire pour l'Alzheimer : l'UCC. Cette unité est d'autant plus importante que le secteur est un site expérimental de la MAIA. Il a également un projet d'UHR.
- La coopération avec le groupe Hopale de Berck (ESPIC) devra être formalisée dans le cadre de la prise en charge des Alzheimer car il y existe déjà une consultation mémoire : la coopération dans ce cadre pourra permettre à terme la labellisation d'une consultation mémoire commune référente de territoire.
- Un projet commun CHAM/clinique des Drags/d'Hesdin/Les Acacias est en cours d'élaboration avec les premiers éléments de coordination inter-établissements et avec les EHPAD.
- La clinique des Drags participe à la filière de gériatrie
- La clinique des Acacias possède un petit court séjour avec une EMG.

- Zone de proximité de l'Audomarois :

- le CHRSO a individualisé en 2009 une activité d'EMG. L'ensemble des unités composant la filière interne de gériatrie y est individualisé. cependant il n'existe pas de pôle de gériatrie. La consultation mémoire a été labellisée en 2009, eu égard à l'activité développée.
- L'hôpital local d'Aire sur la Lys possède des lits d'USLD et d'EHPAD, ainsi qu'un partenariat avec l'EMG du CHRSO.

Territoire de santé de la Métropole :

- Zone de proximité de Lille : étant donné la densité de population âgée (près de 45 000 personnes de 75 ans et plus), le SROS III avait préconisé de diviser ce territoire en 3 secteurs gérontologiques.
- Le CHU de Lille a été le premier établissement support labellisé sur ce territoire en 2008 (intra-muros) : il développe des consultations et hospitalisations de jour de la chute originales en France. Cependant sa capacité en court séjour a été étendue en 2010 (28 à 56 lits). Le développement de la psycho-gériatrie et de la filière Alzheimer permettront de compléter la filière gériatrique avec des structures référentes de territoire : consultation mémoire labellisée, UCC en 2012, UHR en 2011. Son positionnement comme référent régional est essentiel pour la dynamique gériatrique. Sur le territoire de la métropole il a aussi à jouer ce rôle. Sur la zone de proximité, il doit se coordonner avec l'ensemble des acteurs :la clinique de gérontologie développe une réflexion depuis deux ans avec les pôles de gérontologie de Seclin et Loos, pour partager des activités notamment autour de l'Hôpital de jour, afin de mieux répondre aux besoins de la population âgée du territoire de proximité. Par ailleurs le CHU de Lille est le fondateur du Réseau de Soins Gérontologiques de Lille-Hellemmes-Lomme, qui rassemble des partenaires sociaux et médico sociaux des territoires de Lille, Lomme et Hellemmes
- Il a été suivi en procédure de labellisation du CH de Seclin la même année. Cet établissement dont la filière est depuis longtemps organisée avec la ville par l'intermédiaire du réseau de santé EOLLIS possède deux unités référentes de territoire pour l'Alzheimer : l'UCC et la consultation mémoire labellisée. Les 3 établissements publics du secteur (CHRU, Seclin et Loos-Haubourdin) sont en train d'élaborer un projet de partenariat en gériatrie. Ce secteur possède d'ores et déjà une MAIA qui fédère autour d'elle l'ensemble des acteurs des différents champs sanitaires, médico-social et social, qui est adossée au réseau de santé gérontologique EOLLIS.
- L'hôpital de Loos-Haubourdin développe un projet commun avec le CHU et le CH de Seclin dans la prise en charge des personnes âgées. Il possède une unité cognitivo-comportementale.
- La clinique de Villeneuve d'Ascq a individualisé des lits de CSG et des lits de SSR. L'établissement, Clinique de Villeneuve d'Ascq, a actuellement 3 projets de "convention de partenariat" avec le C.H. de Roubaix, le C.H.R.U. de Lille et le C.H. St Philibert de Lomme. Ces trois projets de convention sont en cours de signature.
- Début 2011 la filière gériatrique du GHICL été labellisée. Le Groupe Hospitalier comporte deux sites, qui desservent Lille, Hellemmes, Lomme (à cheval avec le CHRU), et le versant Nord Ouest de la métropole. Cette implantation bi-sites permet une mutualisation des moyens et une offre gériatrique de proximité. Il possède une consultation mémoire labellisée.

- Zone de proximité du versant Nord Est **:** étant donné la population âgée présente, le SROS avait prévu la possibilité de deux secteurs de gérontologie et donc de deux établissements support de filière.

- Un projet médical de territoire est en cours de finalisation dans le cadre de la préfiguration d'une Communauté Hospitalière de Territoire avec les CH de Tourcoing et de Wattrelos. Dans le cadre de cette CHT, les CH de Wasquehal et de Comines sont susceptibles d'être intégrés dans des filières gériatriques.
- En 2009, le CH de Roubaix a été labellisé. Les prises en charge du secteur sont lourdes socialement et le CH tente d'y répondre par une plate-forme d'appel des médecins traitants et un pôle de consultations tourné vers la ville alliés à l'action de l'équipe mobile qui se déplace en ville sur des prises en charge particulièrement fragiles, tissant des liens forts avec la mairie de Roubaix. Il possède par ailleurs deux unités référentes de territoire pour la maladie d'Alzheimer : la consultation mémoire labellisée et l'UCC qui devrait ouvrir en 2012.
- Sur le secteur, se positionne en partenaire la clinique St Jean à Roubaix avec court séjour, hôpital de jour et soins de suite. Un partenariat est nécessaire entre ces établissements
- Le CH de Tourcoing en cours de réorganisation, notamment sur le secteur d'hospitalisation de jour, réfléchit à un projet de seconde filière pour le territoire. Il a ouvert deux places de jour gériatriques en septembre 2010 et possède une consultation mémoire labellisée.
- Sur cette zone de proximité, le CH de Wasquehal développe une activité gériatrique dynamique de proximité et très liée au secteur médico-social, avec une direction commune entre structures sanitaire et médico-sociale.
- La polyclinique du val de Lys à Tourcoing est en train d'élaborer un projet gériatrique commun avec la clinique St Jean de Roubaix : transfert de lits de médecine, création d'une équipe mobile pour les sites d'HPM, consultation mémoire de proximité.
- La clinique St Roch à Roncq souhaite s'inscrire dans la filière du CH de Tourcoing.
- Il sera nécessaire que l'ensemble des établissements entrent dans une démarche de coopération formalisée.

▪ Zone de proximité de Flandre intérieure :

- Au CH d'Armentières, la réflexion sur un court séjour gériatrique positionné dans le même bâtiment que les urgences est en cours, mais son EMG a cessé son activité depuis 2 ans.
- L'unité cognitivo-comportementale (UCC) du secteur se situe au centre médical des monts de Flandres, ainsi que des consultations mémoire.
- Le CH de Bailleul est un acteur important en soins de suite.
- Les établissements doivent entrer dans une dynamique de projet commun.
- La clinique du Pont Bertin à la chapelle d'Armentières déclare avoir une convention avec le CH d'Armentières (CHA) formalisée en septembre 2007 pour fluidifier les sorties du CHA.

En conclusion, malgré les progrès quantitatifs évidents et encourageants depuis 2006 dans la prise en charge spécifique des personnes âgées dans le Nord-Pas-de-Calais, la photographie 2009/2010 de la région met en évidence une dynamique réelle mais certaines zones de proximité manquent encore de projets. Dans le parcours des patients, on ne peut pas parler de fluidité quand la majorité des entrées dans les CSG transitent par le service des urgences. Enfin, la plupart des EMG demeurent sur un mode de fonctionnement interne à l'hôpital et les financements MIGAC ne permettent plus de créer une EMG par zone de proximité.

4. ORIENTATIONS

4.1. 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 » dans chaque zone de proximité, en plaçant le médecin traitant au cœur du dispositif :

- **Affirmer** ***« le rôle d'expertise de la filière et sa reconnaissance pour la prise en charge des situations complexes qui peut favoriser des partenariats*** *… associant notamment les hôpitaux de jour, les professionnels de ville et les établissements médico-sociaux. Elle joue un rôle dans la diffusion de la culture gériatrique et dans la formation des personnels des établissements de santé voire celle des acteurs extérieurs à l'hôpital intervenant dans les prises en charge des personnes âgées….Pour chaque filière, le rôle et les obligations réciproques des établissements qui en sont membres sont formalisés par convention. Cette dernière prévoit une coordination administrative de la filière ainsi qu'une coordination médicale qui doit être assurée par un gériatre. Cette coordination peut être commune avec celle du réseau de santé « personnes âgées » lorsqu'il existe. La convention précise notamment les conditions d'admission et de sortie des patients gériatriques, les délais cible en termes de prise en charge, les procédures de transfert. Elle définit les supports d'informations médicales communes (notamment fiches de liaison médicale et infirmière). Elle garantit également l'accès des patients gériatriques aux spécialités non gériatriques dont la psychiatrie (circulaire 2007).»*

- **Soutenir les établissements dans leur démarche de collaboration avec la ville et le médico-social au sens de la loi HPST**, avec le développement des CHT, de GCS,…pour favoriser le parcours de santé des personnes âgées. *« Une filière de soins gériatriques doit organiser au niveau de son territoire d'implantation des partenariats avec l'hospitalisation à domicile (HAD), les médecins traitants, les acteurs de la prise en charge médico-sociale, les associations de familles ou de patients, notamment pour optimiser les conditions d'admission et/ou de sortie d'hospitalisation et favoriser le soutien à domicile... La filière de soins gériatriques doit élaborer, avec les structures de coordination (CLIC ou coordination gérontologique, réseaux de santé), des procédures de prise en charge et de partage d'informations notamment pour l'organisation du retour à domicile des patients hospitalisés dans la filière. A ce titre la collaboration avec les SSIAD est recommandée.»* Ces coordinations pour se mettre en place nécessitent qu'existent :
  - des compétences particulières : l'ingénierie de projet et la méthodologie d'organisation ;
  - des expertises gériatriques de recours ;
  - l'implication d'associations de bénévoles.

- **Créer des filières gériatriques de territoire qui seront labellisées par l'ARS**, *« Une filière de soins gériatriques implique un ou plusieurs établissements de santé quel que soit le statut ou la catégorie de l'établissement. Cette reconnaissance donnera lieu à la définition de plans d'actions dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des établissements de santé contribuant à la filière, sur la base des référentiels d'organisation des soins. »*

- **Pour les personnes les plus dépendantes (physiquement, psychiquement ou socialement), définir un référent** (issu de la MAIA quand elle existe, ou du réseau de santé gérontologique s'il existe, sinon de tout autre acteur issu d'un des trois champs et défini dans le projet commun local de la filière gériatrique de territoire).

4.2. Poursuivre le développement de la gériatrie hospitalière

pour que toute zone de proximité ait au moins un établissement support (ou un regroupement d'établissements) entraînant une dynamique interne et locale, avec au moins :

- **Un Court Séjour Gériatrique (CSG),** labellisé par l'ARS, avec le recours à des IDE coordinatrices pour mieux gérer les parcours hospitaliers, créant ainsi des référents hospitaliers pour les patients. Ces courts séjour gériatriques seront labellisés par l'ARS sur les critères suivant :
  - Offrir au moins 25 séjours de court séjour gériatrique pour 1 000 habitants de 75 ans et plus sur le territoire d'implantation de la filière ;
  - L'implantation se fait dans les établissements de santé disposant d'une structure des urgences ou ayant conventionné ;
  - Garantir l'accessibilité à un plateau technique comportant un équipement de radiologie standard, échographie, doppler veineux et artériel, échocardiographie, tomodensitométries, analyses biologiques et d'anatomie pathologique, endoscopies digestives, dans des délais compatibles avec la pathologie du patient ;
  - Disposer au minimum de 20 lits ;
  - Disposer d'une équipe pluri disciplinaire (avec notamment, du temps de gériatre).

- **Un Hôpital de jour gériatrique et mémoire (HdJ) et une consultation multidisciplinaire d'évaluation gériatrique, spécialisée ou non** (chute, nutrition, etc…). *« C'est un centre de prévention, de diagnostic et d'évaluation du patient âgé sur le territoire. Elle assure une prise en charge ambulatoire et constitue l'une des portes d'entrée du patient âgé dans la filière de soins gériatriques. Elle comporte des consultations et un hôpital de jour gériatrique».* L'hospitalisation de jour, labellisé par l'ARS, respecte les critères suivants:
  - Se situer au sein de l'établissement de santé, siège d'un court séjour gériatrique ;
  - Pour remplir ses missions, une unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique devrait pouvoir disposer d'une équipe pluridisciplinaire composée au minimum d'un temps de médecin gériatre, un temps d'infirmiers, un temps d'aide soignant, un temps de secrétaire, selon les besoins un temps de psychologue, diététicien, assistant social ;
  - L'accès au plateau technique (laboratoire et imagerie) est organisé soit sur le site, soit par conventionnement. Cet accès concerne la radiologie standard, l'échographie doppler veineux et artériel, l'échocardiographie, TDM, IRM, les analyses biologiques complétées éventuellement par les explorations fonctionnelles respiratoires, les endoscopies digestives, bronchiques et les explorations urodynamiques.

- **Une équipe mobile gériatrique (EMG),** *installée au sein d'un établissement siège d'un court séjour gériatrique.»*
  - Equipe pluridisciplinaire
  - Avec un numéro de téléphone individualisé pour les acteurs de santé du domicile.

- ***« Un ou plusieurs soins de suite et de réadaptation appropriés aux besoins des personnes âgées poly pathologiques dépendantes ou à risque de dépendance».*** Il répond aux critères suivants :
  - Offrir au minimum 1 000 journées d'hospitalisation de SSR gériatriques pour 1 000 habitants de 75 ans et plus sur le territoire d'implantation de la filière de soins gériatriques ;

- la coordination est assurée par un gériatre, avec la présence d'une équipe pluridisciplinaire ;
- Les SSR gériatriques devraient disposer des locaux et des équipements adaptés aux patients âgés présentant une dépendance physique ou psychique. Certaines unités doivent être adaptées à la prise en charge de patients déments, les UCC.

- **Les USLD du secteur.**

4.3. Développer les entrées directes en lien avec les médecins traitants :

- **en service de médecine ou chirurgie** (pas seulement en gériatrie), en SSR, sans passage par les urgences, chaque fois que possible.

- ***« L'accès direct des patients en court séjour gériatrique*** *sans passage aux urgences est le mode d'entrée à privilégier. L'admission directe en court séjour gériatrique donne lieu à un contact préalable entre le médecin traitant et le médecin du court séjour gériatrique. Le court séjour gériatrique est organisé pour répondre durant la journée aux appels des médecins généralistes ».*

4.4. Favoriser le développement des alternatives à l'hospitalisation :

- **Les hôpitaux de jour, couplés aux consultations multidisciplinaires,** pour se développer doivent être des structures référentes sur leur territoire, communiquer auprès des médecins traitants sur leurs indications et faire partie des coopérations inter-établissements (mutualisation d'au moins 1 HdJ pour plusieurs établissements). Leurs missions sont :
  - *« Dispenser une évaluation gérontologique médico-psycho-sociale à la demande du médecin traitant afin de proposer une stratégie de prise en charge adaptée ;*
  - *Collaborer au suivi du patient par des réévaluations régulières et des prises en charge spécialisées ;*
  - *Proposer des bilans et traitements programmés sur une courte durée afin d'éviter les traumatismes engendrés par une hospitalisation classique, et notamment un bilan gérontologique médico-psycho-social aux résidents des EHPAD sur demande du médecin traitant et du médecin coordonnateur ;*
  - *Réaliser des traitements impossibles à dispenser à domicile, et surtout surveiller et ajuster les thérapeutiques ;*
  - *Pratiquer des soins lourds (transfusions, plaies complexes...) ;*
  - *S'assurer de la coordination des soins autour du patient et être en lien régulier avec les différents acteurs participant à la prise en charge ambulatoire (CLIC, centres médico-psychologiques, SSIAD...), les professionnels libéraux et le cas échéant les accueils de jour ;*
  - *Participer à l'organisation du soutien au domicile ;*
  - *Participer à la diffusion des bonnes pratiques. »*

- **Développer des prises en charge gériatriques dans les réseaux de santé** sur les zones de proximité où il n'y en a pas encore.

- **Développer les prises en charge gériatriques en HAD**. *« L'HAD est l'un des partenaires naturels de la filière dans la mesure où il peut offrir un relais adéquat à l'hospitalisation à temps plein pour des personnes âgées à leur domicile ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes sur la base d'indications protocolisées.»*

4.5. Développer et articuler les prises en charge gériatriques dans le cadre de SSR spécialisés de proximité :

« Les SSR gériatriques prennent en charge des patients soit à l'issue d'un séjour dans un établissement de santé, notamment dans les suites d'une affection médicale aiguë ou d'une intervention chirurgicale afin d'optimiser les chances de récupération fonctionnelle garantissant le retour dans le milieu de vie, domicile ou substitut du domicile (EHPAD, USLD...), ou en cours de séjour dans une structure médico-sociale, soit directement du domicile dans une approche programmée. Les SSR gériatriques formalisent toutes les coopérations nécessaires à la mise en œuvre de leurs missions.

- Formaliser l'articulation des SSR gériatriques avec les autres structures de soins de la filière et leurs obligations réciproques au sein de la convention constitutive de la filière ;
- Consolider les liens avec la ville pour les retours à domicile avec en particulier l'intervention de l'assistante sociale et/ou de l'ergothérapeute ou psychomotricien à domicile.

4.6. Reconnaître la place des EMG comme référents hospitaliers de secteur

géographique pour les autres acteurs (libéraux, médico-sociaux, sociaux), quand elles existent Les EMG sont les référents hospitaliers des malades et familles, dans les services des établissements de santé, hors gériatrie, pour favoriser notamment les retours au domicile dans de bonnes conditions :
« Les équipes mobiles de gériatrie interviennent en équipes transversales auprès des patients âgés, en étroite collaboration avec les équipes hospitalières, les CLIC et les réseaux de santé gériatriques. »

- Par leur **partenariat privilégié avec le service des urgences**, elles y donnent des avis, proposent des plans de soins mais ne prescrivent pas. Elles y assurent les avis de cas complexes mais diffusent auprès des équipes d'urgence les bonnes pratiques pour que celles-ci soient en capacité d'avoir des actions adaptées pour l'ensemble des personnes âgées qui sont accueillies.

- Les équipes mobiles de gériatrie sont les référents privilégiés pour **diffuser les bonnes pratiques gériatriques**, la formation des équipes des différents services dans un établissement de santé.

- Les EMG doivent avoir un **numéro d'appel direct** pour les médecins traitants et organiser les liens médecins traitants-établissement de santé.

4.7. Développer la prévention et l'éducation du patient en établissements de santé par :

- **La participation des établissements de santé aux programmes Mobiqual**, et en particulier des courts séjour gériatriques, au même titre que les EHPAD et SSIAD, dans les thématiques suivantes : douleur, soins palliatifs, bientraitance, nutrition et dépression. A l'avenir d'autres thèmes viendront s'y ajouter : risque infectieux et la maladie d'Alzheimer.

- **L'unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique** *est une structure de soins de court séjour de la filière de soins gériatriques située à l'interface entre la médecine hospitalière et la médecine de ville. C'est un centre de prévention, de diagnostic et d'évaluation du patient âgé sur le territoire. (circulaire 2007)*

- **L'élaboration des programmes d'éducation, par filière gériatrique sanitaire et médico-sociale territoriale, qui s'appuieront sur les dispositifs existants dans le cadre des parcours de santé des personnes, avec formation et implications des différentes catégories d'acteurs, par exemple :**

  - Repérage des personnes fragiles à risque de dépendance : à domicile par les acteurs des services à domicile, les médecins traitants…
  - Actions d'éducation au domicile spécialisées de durée déterminée (sur l'environnement et l'éducation de la personne et de son entourage) par les ergothérapeutes/psychomotriciens des ESAD, du SSR gériatrique, du réseau de santé gérontologique, etc…selon le cas
  - Prise en charge spécifique éducationnelle des patients les plus à risque dans une unité d'hospitalisation de jour spécialisée de la zone de proximité dans le cadre d'un programme de prise en charge spécifique, dans un temps déterminé (ex : patients chuteurs)
  - Prise en charge sur le long terme de maintien de capacités restantes dans le cadre d'un accueil de jour par des psychomotricien/ergothérapeute/psychologue/…dans le cadre d'un projet thérapeutique défini
  - Formation des aidants dans le cadre des différents lieux
  - Etc…..

- ***L'incitation des personnes âgées à se vacciner dans tout lieu de soins ou de vie.***

4.8. Développer des partenariats spécialisés et/ou formations pour améliorer les prises en charge avec des référents pour la filière gérontologique de secteur :

- Inclure dans le plan de formation des établissements de santé, la **formation des personnels des urgences** aux bonnes pratiques gériatriques (en terme d'accueil, de transfert, d'installation, de surveillance paramédicale,…) afin d'améliorer l'attente des personnes âgées aux urgences.

- **Développer des prises en charge en santé mentale** (pour les malades psychiatriques vieillissants ou les handicapés psychiques vieillissants), par la formation des acteurs gérontologiques (gériatres en particulier), par les liens avec les équipes territoriales de santé mentale, dans le cadre des unités existantes, sans création de nouvelles unités spécifiques.

- Développer une expertise par zone de proximité sur la **prise en charge des soins somatiques aux handicapés vieillissants** (par exemple par la formation d'un gériatre référent)

- par *« Des partenariats avec les structures médico-sociales pour personnes handicapées vieillissantes »*

- Développer une expertise régionale par le biais du centre national des malades jeunes de Lille pour **les handicapés psychiques ou intellectuels** qui présentent en vieillissant une plus grande incidence des démences et plus jeunes que la population générale.

- **Coopérer dans chaque zone de proximité avec les acteurs de l'oncologie** et former au moins un gériatre dans le cadre de la filière à l'onco-gériatrie.

- **Coopérer dans chaque zone de proximité avec les acteurs des soins palliatifs/douleur** et former au moins un gériatre et une IDE dans le cadre de la filière.

- **Prévenir le risque infectieux** : la région s'est dotée d'un programme régional de prévention du risque infectieux, dont une partie des objectifs sont de :

  - Développer les coopérations des établissements de santé avec les EHPAD dans le cadre des équipes opérationnelles d'hygiène et pour l'accueil des patients porteurs de BMR, avec notamment des formations communes.
  - Avoir un bon usage des antibiotiques pour réduire l'émergence des BMR en repérant des référents en antibiothérapie et infectiologie, puis mettre en place un réseau local ville-hôpital de conseil en antibiothérapie
  - Réduire la fréquence et l'ampleur des épisodes infectieux en EHPAD.

4.9. Développer les partenariats avec le secteur médico-social

(EHPAD ou SSIAD) pour mieux organiser la prise en charge dans le cadre de parcours coordonnés :

- **Conventionnement des EHPAD avec leur(s) établissement(s) de proximité** :
  - Le partage de personnels paramédicaux en particulier sur les zones où les recrutements sont plus difficiles (afin d'offrir des temps pleins) : ergothérapeutes, psychomotriciens, IDE hygiéniste, IDE de soins palliatifs, etc…. ;
  - des formations communes (fin de vie, nutrition, Alzheimer, bientraitance…) ;
  - des protocoles sur les conditions d'hospitalisations et les retours vers l'EHPAD

- Apporter des réponses aux difficultés de prises en charge psychiatriques en EHPAD (handicapés psychiques vieillissants ou dépression du sujet âgé), selon les possibilités locales (avec des professionnels de la gériatrie formés ou le secteur de psychiatrie) ;
- Apporter une aide à la prise en charge des handicapés vieillissants dont les problématiques de santé physique sont souvent particulières, selon les besoins et possibilités locales.

- **Incitation des HAD à signer des conventions avec les EHPAD** pour les prises en charge, notamment de soins palliatifs.

- **Incitations aux signatures de conventions de partenariat HAD/SSIAD.**

- Afin de répondre de manière plus pertinente aux fins de vie problématiques en EHPAD, se doter obligatoirement **dans chaque filière gériatrique d'un axe « soins palliatifs » dans le projet médical**.

- **Mutualiser les personnels paramédicaux spécialisés entre établissements de santé/EHPAD/SSIAD autant que de besoin** dans les projets médicaux des filières de gériatrie pour pallier les problèmes démographiques.

4.10. Inciter les établissements et services à participer au développement de l'aide aux aidants :

- **Veiller à intégrer l'aidant dans les dispositifs d'annonce et développer ses compétences dans l'accompagnement :**
  - mettre en place sur chaque territoire un dispositif d'annonce intégrant l'aidant ou, à défaut d'aidant, un référent pour la personne ;
  - lui donner toute sa place dans les consultations mémoire, dans les bilans des plans d'aide… ;
  - Développer des formations/informations adaptées aidants/aidés,
  - Favoriser les actions d'éducation pour la santé pour les couples aidants/aidés ;
  - Inclure les aidants dans les actions d'éducation thérapeutique chaque fois que nécessaire ;
  - prendre en compte les besoins des aidants dont l'aidé est institutionnalisé (veiller notamment à l'effectivité des conseils de vie sociale et à la désignation d'un référent).

- **Organiser le développement des actions de soutien individuel ou collectif** :
  - La relation entre le patient et le médecin traitant va s'installer dans la durée, avec une maladie qui évolue, des crises, des complications. Le généraliste a besoin d'être formé pour penser à détecter les signes de fatigue ou d'épuisement de l'entourage ;
  - La mise en place de groupes de parole de proximité dans les dispositifs de santé mentale, dans les actions des réseaux, dans les dispositifs ou actions de prévention ;
  - Permettre en temps d'écoute individuelle et si nécessaire d'accompagnement vers les dispositifs et dans les démarches, pour l'aidant en difficulté.

- **Accompagner la mise en synergie des initiatives locales avec diversification des offres** :
  - Favoriser le lien entre dispositifs de soins et de répit (favoriser les coopérations, les mutualisations, la structuration de plate formes de réponse,…) ;
  - Se coordonner avec les partenaires institutionnels pour des offres complètes des zones de proximité ou de territoires de projets couvrant l'ensemble du parcours potentiel de l'aidant, en se souciant de la lisibilité de l'ensemble.

4.11. Soutenir et encourager la politique de formation gériatrique régionale

(et en particulier sur les démences) pour augmenter la qualité des prises en charge avec en particulier :

- La formation d'assistants de soins en gérontologie et les nouvelles compétences à accompagner ;
- La montée en charge et la diversification des actions de formation et d'aide aux aidants ;
- Des coopérations entre professionnels de santé dans le champ sanitaire (médecins/IDE) ;
- Des besoins liés aux évolutions des pratiques professionnelles : Interventions pluridisciplinaires, nécessité de développer les coordinations, le travail en réseau, développement des démarches qualité et d'évaluation... ;
- Des besoins en formation continue des professionnels de terrain :
  - La prise en compte de thématiques spécifiques dans le soin et dans les publics.

4.12. Inscrire dans une démarche coordonnée les prises en charge pour les malades Alzheimer ou apparentés et leurs familles

Définir un parcours coordonné des personnes, autour des lieux de prises en charge spécialisés, une dynamique territoriale en lien avec le secteur médico-social (personnes âgées et personnes handicapées) :

- **Identifier en commun avec la filière de gériatrie, sur chaque zone de proximité** :
  - Au moins une consultation mémoire labellisée (avec accès à l'IRM sur place ou en convention), en lien avec des consultations de proximité et lorsqu'ils existent des neurologues libéraux aidés des neuropsychologues du réseau de santé MEOTIS ;
  - Au moins une UCC référente ou celle d'une ZP connexe ;
  - Au moins une UHR référente ou celle d'une ZP connexe ;
  - Le ou les SSIAD porteurs d'ESAD ;
  - Au moins une plate-forme de répit ou celle d'une ZP connexe ;
  - Les accueils de jour et hébergements temporaires ;
  - Les PASA ;
  - La MAIA, si elle existe (qui d'ailleurs intéresse également l'ensemble des personnes âgées dépendantes).

- **Engager une démarche d'information/formation des médecins traitants** sur les nouvelles structures et leurs indications.

- **Pour les malades jeunes**, créer une filière de prise en charge spécialisée mais de proximité avec l'aide du CM2R Lille-Bailleul, référent national (avec les CHU de Rouen et de la Pitié-Salpêtrière) pour la recherche et référent régional pour le diagnostic et la prise en charge sanitaire,
  - Mais toute UCC est en capacité de prendre en charge ces malades jeunes lors de crises
  - se doter d'une possibilité d'institutionnalisation par zone de proximité dans un établissement médico-social ayant un projet d'établissement permettant le développement des projets de vie de malades jeunes,
  - l'ensemble des dispositifs développés dans le cadre du plan Alzheimer participent à ces prises en charge et pourront s'appuyer sur l'aide du réseau de santé de la mémoire MEOTIS et sur l'expertise du CM2R autant que de besoin,
  - Le CM2R et le réseau de santé MEOTIS pourront contribuer à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des handicapés psychiques ou intellectuels qui, en vieillissant, présentent plus de démences que la population générale et ont des difficultés de prise en charge sanitaire.

5. DECLINAISON DES IMPLANTATIONS EN USLD

TERRITOIRES DE SANTE	IMPLANTATIONS ACTUELLES USLD	IMPLANTATIONS CIBLES USLD
ARTOIS	9	9
HAINAUT	7	7
LITTORAL	8	9
METROPOLE	6	6

X. PRISE EN CHARGE DES CANCERS

1. Rappel des objectifs du SROS III

- Décliner la territorialisation et la gradation des soins :
  - Identifier les établissements autorisés en cancérologie et les établissements associés pour la chimiothérapie ;
  - Identifier le pôle régional de cancérologie en précisant ses missions ;
  - Définir les principes d'organisation des réseaux territoriaux et des sites de cancérologie.

- Garantir la qualité et la sécurité des soins :
  - Respecter les critères quantitatifs et qualitatifs définis par l'INCa ;
  - Organiser les 3C ;
  - Mettre en œuvre des recommandations spécifiques dans les champs suivants : radiovigilance, oncologie pédiatrique, prise en charge des cancers cutanés, oncogériatrie, oncoplastique ;
  - Développer le réseau régional de cancérologie (RRC).

- Renforcer et harmoniser l'offre de soins :
  - Développer les consultations de tabacologie ;
  - Favoriser l'adhésion des ETS au dépistage organisé des cancers ;
  - Favoriser la mise en place d'une consultations avancée d'oncogénétique dans chaque bassin de vie ;
  - Développer la chimiothérapie à domicile ;
  - Favoriser l'agrément des services d'oncologie médicale pour l'accueil des internes de spécialité ;
  - Favoriser le repérage précoce de la dénutrition/

- Intégrer les usagers dans la prise en charge :
  - Installer des kiosques d'information : « Aire cancers » dans l'hôpital et « Espace Ressources Cancers » en ville (ERC) ;
  - Développer la participation des usagers aux réflexions régionales à travers le CRU et le RRC.

Ce qui est fait :

- Délivrance des autorisations en octobre 2009 ; dispositif à conforter après réalisation des visites de conformité ; identification des ETS associés mais nécessité de redéfinir leur mission en lien avec les ETS autorisés ;
- Identification du pôle régional ;
- Organisation de l'oncopédiatrie en inter région ;
- Organisation des 3C sur l'ensemble de la région avec l'appui du RRC ;
- Mise en place de kiosques d'information en lien avec le conseil régional ;
- Mise en œuvre d'un projet expérimental sur la dénutrition.

Ce qui a été fait partiellement :

- Développer les consultations d'oncogénétique (sauf sur le Littoral) ;
- Faire respecter les critères de qualité de prise en charge par les ETS autorisés : organisation des RCP, organisation des soins de support et du dispositif d'annonce, mise en œuvre d'un PPS ; ce travail est à faire avec l'appui des 3C ;
- Développer la chimiothérapie à domicile.

Ce qui doit être organisé :

- Organiser la radiothérapie métabolique ;
- Impliquer le patient dans sa prise en charge (ex choix du patient dans les structures de soins ?).

1.1. Indicateurs utilisés

Les indicateurs définis dans le SROS III reposent sur :

- L'activité annuelle des établissements de santé (activité issue de l'analyse du PMSI) ;
- Le nombre de RCP par spécialité ;
- La couverture territoriale des 3C ;
- Le suivi des implantations.

Bilan des RCP

Les RCP ont pour objectif de proposer la stratégie thérapeutique la plus adaptée pour chaque patient atteint de cancer en réunissant des professionnels de différentes spécialités. Les dossiers des patients sont toujours présentés en RCP mais ne sont pas systématiquement discutés dès l'instant qu'ils relèvent de référentiels validés.

Ainsi, en 2010, les RCP ont permis d'enregistrer 56 035 dossiers dont 38 589 dossiers discutés, soit 79, % de la totalité des dossiers présentés. Les RCP les plus nombreuses concernent la pathologie digestive (17), urologique (16), pneumologique (15), gynécologique (14) et sénologique (13). Les RCP traitent, en moyenne, 455 dossiers par an, soit par réunion 25 à 30 dossiers (fréquence des RCP : mensuelle, bihebdomadaire ou hebdomadaire) sachant que la totalité des dossiers n'est pas obligatoirement discutée.
L'évolution de l'organisation des RCP se caractérise par le développement de la pluridisciplinarité sur plusieurs localisations et par une volonté des acteurs de la cancérologie d'organiser des RCP communes à plusieurs établissements en utilisant notamment la visioconférence. En région, on observe une spécialisation des RCP (suppression des RCP générales) et une augmentation du nombre de RCP qui couvrent l'ensemble de la région. En 2010, 123 RCP (plusieurs localisations d'organe peuvent être traitées au cours de la même RCP comme la sénologie et la gynécologie) étaient dénombrées contre 63 en 2005.

Organisation des RCP par organe et activité en nombre de dossiers présentés pour l'année 2010 (Source RRC)

Organe	Nombre de RCP	Nombre de dossiers enregistrés	Nombre de dossiers discutés	Nombre de dossiers validés sans discussion	Dossiers discutés / dossiers enregistrés
Dermatologie	7	2445	1830	615	74,85%
Endocrinologie	3	768	409	359	53,26%
Gastroentérologie	17	10026	8327	1561	83,05%
Gynécologie	14	2988	2668	320	89,29%
Hématologie	11	8210	2017	6193	24,57%
Neuro-oncologie	1	907	783	124	86,33%
Neuro-oncopédiatrie	1	335	335	0	100,00%
Oncologie osseuse secondaire	1	439	422	17	96,13%
ORL	12	3526	3232	294	91,66%
Pédiatrie	2	529	527	2	99,62%
Pneumologie	15	6966	6049	922	86,84%
Oncologie générale : sarcomes des	1	335	335	0	100,00%
Sénologie	13	7601	4368	3233	57,47%
Tumeurs osseuses (enfant, ado, ad	1	38	38	0	100,00%
Urologie	16	8371	5348	2089	63,89%
Soins support	1	89	88	1	98,88%
Mammotome	1	509	509	0	100,00%
Gynécologie - sénologie	2	727	727	0	100,00%
RCP polyvalente dermato-gynéco-s	1	958	436	522	45,51%
Autres RCP ou dossiers (Hainaut)		143	68	75	47,55%
Sarcomes inter-région	1	55	55	0	100,00%
Neurochirurgie	1	34	12	22	35,29%
Tumeurs thyroïdiennes	1	36	6	30	16,67%
Total région	**123**	**56035**	**38589**	**16379**	**79,58%**

Les OQOS du volet cancer du SROS III ont été définis en termes d'implantations fixées pour chaque activité et par territoire de santé. Le bilan des implantations existantes avant la mise en œuvre des visites de conformité figure dans les deux tableaux qui suivent.

Radiothérapie	OQOS retenus dans le SROS III	Autorisations existantes au 30/04/2011
Artois	4	4
Hainaut	2	2
Littoral	4	2
Métropole	4	4 + 1 (CHRU hors OQOS)

Chimiothérapie	OQOS retenus dans le SROS III	Actualisation existante au 30/4/2011
Artois	10	10
Hainaut	6	6
Littoral	9	9
Métropole	14	11

Chirurgie	OQOS retenus dans le SROS III	Actualisation existante au 30/4/2011
Artois		
-mammaire	8 à 10	10
-digestive	10 à 14	13
-urologique	8 à 9	8
-gynécologique	4 à 6	6
-ORL	3 à 5	4
-thoracique	2 à 3	3
Hainaut		
-mammaire	6 à 7	6
-digestive	8 à 10	9
-urologique	5 à 6	6
-gynécologique	3 à 6	5
-ORL	3 à 4	4
-thoracique	1 à 2	1
Littoral		
-mammaire	8 à 9	9
-digestive	8 à 11	10
-urologique	9 à 10	9
-gynécologique	3 à 5	5
-ORL	3 à 5	5
-thoracique	1 à 2	2
Métropole		
-mammaire	12 à 13	12
-digestive	11 à 12	12
-urologique	9 à 11	11
-gynécologique	8 à 10	9
-ORL	6 à 7	5
-thoracique	3 à 4	3

Le volet cancer du SROS H s'inscrit dans la continuité des objectifs retenus dans le SROS III. En effet, en raison du caractère récent du volet cancer du SROS III et de sa mise en œuvre (délivrance des autorisations en novembre 2009), les objectifs cancer du SROS H visent à conforter l'organisation des établissements de santé autorisés pour les activités de cancérologie.

Le volet cancer du SROS H s'articule également avec les mesures retenues dans l'axe soins du plan national cancer 2009 – 2013.

Enfin, ce volet est intégré dans le programme régional cancer élaboré conjointement par la Région et l'ARS Nord Pas de Calais. Ce programme décline le plan cancer 2009-2013.

Rappel des mesures inscrites dans le Plan cancer 2009 – 2013 :

Ce plan est orienté autour des orientations suivantes :

- Une meilleure prise en compte des inégalités de santé pour assurer plus d'équité et d'efficacité dans l'ensemble des mesures de lutte contre les cancers ;
- L'analyse et la prise en compte des facteurs individuels et environnementaux pour personnaliser la prise en charge avant, pendant et après la maladie ;
- Le renforcement du rôle du médecin traitant à tous les moments de la prise en charge pour permettre notamment une meilleure vie pendant et après la maladie.

2. ORIENTATIONS

2.1. 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.

2.2. 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.

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

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

2.4. Renforcer les démarches qualité et promouvoir les bonnes pratiques :

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

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

- Faciliter la mise en commun des travaux conduits par l'Autorité de Sureté 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) .

2.6. 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.

2.7. Soutenir les innovations technologiques :

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

2.8. 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).

2.9. 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.

3. DECLINAISON DES IMPLANTATIONS

Radiothérapie	OQOS retenus dans le SROS III	Propositions SROS PRS
Artois	4	4
Hainaut	2	2
Littoral	4	2
Métropole	4	5*

* intégration du gamma-knife du CHRU dans les implantations

Chimiothérapie	OQOS retenus dans le SROS III	Propositions SROS PRS
Artois	**10**	8 à 10
Hainaut	6	5 à 6
Littoral	9	7 à 8
Métropole	14	9 à 11

Chirurgie	OQOS retenus dans le SROS III	Propositions SROS PRS
Artois		
-mammaire	8 à 10	8 à 9
-digestive	10 à 14	11 à 13
-urologique	8 à 9	7 à 8
-gynécologique	4 à 6	5 à 6
-ORL	3 à 5	3 à 4
-thoracique	2 à 3	1 à 2
Hainaut		
-mammaire	6 à 7	5 à 6
-digestive	8 à 10	7 à 9
-urologique	5 à 6	5 à 6
-gynécologique	3 à 6	4 à 5
-ORL	3 à 4	3 à 4
-thoracique	1 à 2	1
Littoral		
-mammaire	8 à 9	8 à 9
-digestive	8 à 11	9 à 10
-urologique	9 à 10	8 à 9
-gynécologique	3 à 5	4 à 5
-ORL	3 à 5	4 à 5
-thoracique	1 à 2	1 à 2
Métropole		
-mammaire	12 à 13	9 à 10
-digestive	11 à 12	11 à 12
-urologique	9 à 11	10 à 11
-gynécologique	8 à 10	7 à 8
-ORL	6 à 7	4 à 5
-thoracique	3 à 4	2 à 3

XI. SOINS PALLIATIFS

1. Rappel des objectifs du SROS III

- Augmenter la capacité de prise en charge dans les ETS :
  - Capacité de 10 à 15 lits de SP/100 000 habitants pour chaque zone de proximité. ;
  - Répartition capacitaire et géographique équilibrée ;
  - Création d'une unité de soins palliatifs (USP) d'au moins 10 lits au CHRU Lille ;
  - Création de lits identifiés dans les établissements développant une activité de cancérologie, dans les hôpitaux locaux et les structures de proximité à orientation gériatrique ou développant des spécialités conduisant à prendre en charge des personnes en soins palliatifs ;
  - Implantation d'une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) par zone de 200 000 habitants ;
  - Offre de recours à une EMSP pour tout établissement de plus de 400 lits.
- Développer les SP dans les lieux de vie : favoriser l'intervention des HAD et des réseaux ;
- Sensibiliser et former les personnels soignants ;
- Mettre en place un réseau régional « soins palliatifs » qui doit s'étendre à la prise en charge de la douleur ;
- Intégrer les usagers dans la prise en charge.

2. Bilan du volet (2006-2011)

2.1. Les soins palliatifs en établissements de santé

- Les USP :

Des visites de contrôle de l'ensemble des USP de la région ont été réalisées en 2009 et en 2010. L'objectif était de s'assurer du respect des modalités d'organisation et de fonctionnement des unités définies dans la circulaire du 25 mars 2008.

Il en ressort les conclusions suivantes :
Les points forts :

- Respect des recommandations nationales pour ce qui concerne la pluridisciplinarité, le soutien et l'accompagnement psychosocial des patients et de leur entourage et aussi les locaux.

Il est nécessaire d'améliorer les points suivants :

- Définir les critères d'admission en USP de manière précise. Au vu des visites réalisées, il est parfois difficile d'objectiver l'admission ou le maintien de certains patients en unités. Il a été demandé à la coordination régionale des SP d'y travailler ce qui facilitera l'harmonisation des pratiques dans la région ;
  - Définir les articulations entre USP, LISP et EMSP dans les établissements qui disposent de ce panel d'équipements ;
  - Poursuivre les formations diplômantes des personnels soignants en SP ;
- Renforcer les effectifs médicaux et paramédicaux : les 3/4 des établissements présentent des effectifs inférieurs à 75% des recommandations nationales.

A l'issue de ces visites, il a été mis en place un groupe de travail sous l'égide de la coordination régionale des soins palliatifs pour élaborer un outil d'évaluation d'un patient en situation palliative. Cet outil en phase de test, est appelé à être diffusé à l'ensemble des unités de la région.

- Les LISP :

L'organisation et le suivi de l'activité des LISP suscitent des interrogations quant à leur plus-value sur l'amélioration de la prise en charge des personnes en fin de vie. Ces interrogations sont liées à la définition même des LISP qui ne sont pas des lits dédiés aux prises en charge palliatives mais dans lesquels il peut être mis en place ponctuellement une prise en charge palliative.
Ainsi :

- L'organisation des LISP dans un service qui n'en compte qu'un nombre limité n'est pas toujours formalisée
- Le renforcement attendu en personnel de par l'application de la T2A, n'est souvent pas réalisé. Il faut rappeler que la tarification des séjours palliatifs en court séjour est particulièrement intéressante pour les établissements de santé. Ce constat est national[16]
- Le développement des LISP en SSR est peu élevé alors que les soins palliatifs sont générés en grande partie par la gériatrie (1/3 des LISP dans la région Nord Pas de Calais). Ceci s'explique, en partie, par le mode de financement différent
- La présence de référents formés aux soins palliatifs n'est pas toujours assurée dans les services dotés de LISP

Pour faire face aux difficultés d'organisation des LISP, des établissements proposent leur regroupement dans un service donné en constituant des unités de soins palliatifs « Canada-Dry » comme le définit le Pr Régis AUBRY sans qu'elles répondent au référentiel des USP. D'autres établissements demandent secondairement leur transformation en USP comme dans notre région.

[16] Etat des lieux du développement des soins palliatifs en France en 2010 – Rapport du Pr Régis AUBRY à Mr le Président de la république

- Les Equipes mobiles de soins palliatifs :

Avec la mise en œuvre du SROS, l'Agence s'est attachée à créer des équipes sur l'ensemble des territoires en veillant à harmoniser leur financement qui se situe dans une fourchette de 250 000 € à 300 000 €. Ces équipes ont une activité transversale dans un établissement. Elles ont un rôle de soutien, conseil et formation auprès des équipes soignantes des services. Elle ne pratiquent en principe pas directement des actes de soins, ceux-ci relevant de la responsabilité de l'équipe soignante du service qui a fait appel à l'EMSP. Force est néanmoins de constater que, dans quelques établissements, le fonctionnement des LISP est assuré par l'EMSP de l'établissement.

Les équipes développent une activité essentiellement hospitalière. Elles peuvent intervenir dans des établissements médico-sociaux. Une enquête a été récemment lancée par l'ARS pour mesurer cette activité extra-hospitalière.

2.2. Les soins palliatifs au domicile et dans les établissements médico-sociaux

Plusieurs intervenants sont susceptibles de développer des soins palliatifs à domicile et dans les structures médico-sociales (EHPAD et structures pour personnes handicapées : les HAD, les réseaux mais aussi les équipes mobiles de soins palliatifs qui peuvent intervenir dans les structures médico-sociales (EHPAD pour l'essentiel). Le rôle et l'implication de ces différents acteurs sont variables d'un secteur géographique à l'autre (rôle en matière de soins, de formation des personnels). Un groupe de travail issu du comité thématique soins palliatifs – douleur – soins de support va prochainement être mis en place pour définir le rôle et les modalités de la coordination entre les intervenants (EMSP, réseaux et HAD) au domicile et en structures médico-sociales.

- Les HAD :

La région dispose de 15 HAD réparties sur l'ensemble des territoires. Le taux de recours à l'HAD est de 20/100000 h en 2010 dans notre région alors qu'il est de 15/100000 h en France métropolitaine. Elles développent une activité en soins palliatifs importante : en 2010, 40% de l'activité des structures de la région relève des soins palliatifs[17]. Cette moyenne régionale recoupe des variations entre HAD qui se situent entre 12% à 58%. Au niveau national, les soins palliatifs représentent 25 à 30% de l'activité des HAD.

- Les réseaux de soins palliatifs :

En 2011, la région compte 11 réseaux intervenant dans la prise en charge de patients relevant de soins palliatifs, dont 2 nouveaux financés fin 2009.

Parmi ces réseaux, deux seulement ne font que du soin palliatif (Cesame, Diamant). Les autres sont, selon le cas, multi thématiques et organisés en plateforme, ou proposent un accompagnement en soins de support des patients cancéreux ou atteints de pathologies lourdes y compris dans la phase palliative.

[17] Analyse de l'activité PMSI de l'année 2010 réalisée par la FNEHAD

La répartition territoriale des réseaux est la suivante :

- Artois-Douaisis : 3 réseaux, ;
- Hainaut-Cambrésis : 2 réseaux ;
- Littoral : 2 réseaux ;
- Métropole-Flandre Intérieure : 4 réseaux.

Sur les 15 zones de proximité de la région, seules 10 sont potentiellement couvertes par un réseau :

- Béthune-Bruay : Plateforme Prév'art-Emeraude ;
- Calaisis : Passerelles ;
- Cambrésis : Rescom ;
- Douaisis : Plateforme santé Douaisis-Oscar ;
- Dunkerquois : Amavi ;
- Flandre intérieure : Trèfles ;
- Lens-Henin : Cesame ;
- Lille : Rosalie et Plateforme Eollis ;
- Roubaix-Tourcoing : Diamant ;
- Valenciennois : Emera.

C'est ainsi plus de 78% de la population régionale qui peut bénéficier d'une prise en charge à domicile par un réseau de soins palliatifs.
Selon les données d'activité 2010, 1 440 patients ont ainsi été pris en charge, soit une moyenne de 131 par réseau (extrêmes 49-236).

Depuis 5 ans, un groupe régional, constitué de tous les réseaux de soins palliatifs, travaille à une harmonisation des pratiques : critères d'inclusion, bilan, protocoles d'accompagnement, ….
Ce groupe est issu de la Coordination Régionale des Soins Palliatifs, qui joue un rôle d'animation des professionnels et des structures de soins palliatifs, à travers la mise en place de groupes de travail. Elle organise également chaque année une journée régionale sur un thème donné.

Les EMSP :

Une directive nationale, adressée aux ARS en 2010[18], fixe les modalités d'intervention des EMSP dans les EHPAD. L'objectif est de rendre effective l'intervention des EMSP dans les EHPAD et de diffuser la culture palliative dans les établissements médico-sociaux. L'instruction du 15 juillet 2010 prévoit ainsi que le renforcement des EMSP existantes est subordonné à la réalisation d'une prestation formalisée dans les EHPAD. Une convention type est jointe à l'instruction et doit être signée comme préalable à l'intervention de l'équipe mobile.

[18] Instruction N° DGOS/R4/DGCS/2010/275 du 15 juillet 2010 relatives aux modalités d'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs dans les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes

Les premiers résultats de l'enquête lancée par l'ARS auprès des EMSP montrent que 13 équipes interviennent dans le secteur médico-social en particulier dans les EHPAD.

L'intervention des EMSP dans les EHPAD est inscrite dans le plan national soins palliatifs. Elle est également nécessaire dans les établissements médico-sociaux qui prennent en charge des personnes handicapées comme les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) et les Foyers d'Accueil Spécialisés (FAM). Ces structures sont amenées à prendre en charge des personnes en situation palliative sans qu'elles disposent de ressources en interne : les personnels appartiennent, pour l'essentiel, au secteur éducatif.

Expérimentation de la présence d'une IDE de nuit formée aux SP en EHPAD :

Cette expérimentation, lancée fin 2010 pour une durée d'un an sur les 22 régions métropolitaines, poursuit deux objectifs principaux :

- Comparer trois modes d'organisation en EHPAD : les établissements disposant d'IDE de nuit sur place, ceux mettant en place une astreinte opérationnelle d'IDE de nuit et ceux ne disposant d'aucun temps d'IDE la nuit ;
- Approfondir les modalités de mise en œuvre de l'astreinte opérationnelle.

Pour chaque région, un échantillon de trois établissements ayant des profils de résidents similaires est ainsi constitué avec un financement de 50 000 € pour la mise en place d'une astreinte opérationnelle.

- Les trois établissements retenus pour la Région Nord Pas-de-Calais sont :
- L'EHPAD rattaché au CH de WASQUEHAL pour l'organisation d'une astreinte opérationnelle de nuit ;
- L'EHPAD « Marguerite Yourcenar » de LILLE pour une présence sur place en permanence d'IDE de nuit ;
- L'EHPAD rattaché au CH de ROUBAIX pour la structure sans temps infirmier de nuit ;

Des données relatives au nombre d'hospitalisation et de décès survenus ainsi qu'à l'activité et au coût de l'astreinte sont à transmettre chaque mois pour étude nationale.

- L'organisation des soins palliatifs pédiatriques :

Des crédits MIGAC soins palliatifs pédiatriques ont été dégagés en 2010. Ces financements sont destinés à renforcer les équipes mobiles existantes par une compétence pédiatrique ce qui a été réalisé au CH Valenciennes. Ils doivent également permettre la mise en place d'une Equipe Ressource Régionale de Soins Palliatifs Pédiatriques telle que définie dans un cadre de référence national[19].
Les équipes du CHRU et du COL ont engagé depuis début 2010 une réflexion visant à élaborer un projet répondant au cadre de référence. Elles s'orientent vers la mise en place d'une équipe ressource régionale pour faciliter et accompagner le retour à domicile des enfants en situation palliative. Dans notre région, une centaine d'enfants décèdent chaque année selon les éléments recueillis par les équipes :
40 à 50 enfants atteints de cancer
50 enfants décédant d'une autre cause : maladies neurologiques ou neuromusculaires, mucoviscidose et complications de l'extrême prématurité et de maladies rares.

[19] Note à l'attention des directeurs généraux des ARS validée par le CNP en date du 17 décembre 2010

L'examen des dossiers des enfants décédés d'une progression tumorale montre qu'un enfant sur deux décède à domicile. Si on applique ce ratio à l'ensemble des pathologies, on peut estimer qu'une cinquantaine d'enfants relèveraient d'une prise en charge palliative à domicile.

L'équipe ressource régionale de soins palliatifs pédiatriques s'attachera à coordonner la prise en charge de l'enfant au plus près de son lieu de vie en s'appuyant sur les services hospitaliers de proximité, sur les professionnels libéraux et sur les ressources locales (EMSP, HAD, réseaux, services d'aide à domicile, association de bénévoles…).

L'équipe comportera un temps médical, une IDE, une secrétaire et une coordinatrice.

Au total, ce qui a été réalisé :

- Une augmentation de la capacité de prise en charge dans les établissements de santé avec : la mise en place d'une USP au CHRU ; la mise en œuvre d'une EMSP/200 000 habitants implantée dans les ETS de plus de 400 lits ; la reconnaissance de nouveaux lits de SP avec l'ouverture de plusieurs fenêtres de reconnaissance (2006, 2008, 2009 et 2011).
  Constat d'une augmentation de 67% de lits d'USP et de 354% de LISP entre 2006 et 2010 ;
- La mise en place de LISP et d'une EMSP à titre expérimental dans un établissement axé sur la prise en charge des personnes âgées ; l'équipe est appelée à intervenir dans les EHPAD rattachées à l'établissement expérimentateur ;
- Le développement des formations des personnels en particulier dans les USP (cf synthèse des visites de contrôle des unités) ; ce constat n'est pas aussi favorable dans les services dotés de LISP ;
- Le fonctionnement de la coordination régionale des soins palliatifs qui assure un rôle de fédération des acteurs des soins palliatifs (mise en place de groupes de travail, journées d'échanges et de pratiques…) ;
- Des crédits MIGAC soins palliatifs pédiatriques ont été dégagés en 2010 pour la mise en place d'une équipe ressource régionale de Soins Palliatifs pédiatriques telle que définie dans un cadre de référence national[20].

Au total, le SROS III a permis une augmentation et une diversification de l'offre de soins à l'échelle des territoires.

Des points restent à parfaire :

- Toutes les zones de proximité ne sont pas couvertes par les réseaux, bien que ceux-ci soient passés de 5 en 2005 à 11 en 2011 ;
- La coordination entre les dispositifs est perfectible : difficulté de positionnement des EMSP par rapport au fonctionnement des lits de SP et par rapport aux HAD ; acteurs mobilisés dans la prise en charge des soins palliatifs à domicile ;
- Les interventions des EMSP ou autres acteurs des soins palliatifs (réseaux,…) dans les structures médico-sociales (personnes âgées, personnes handicapées) sont insuffisantes et inégales selon les territoires ;
- La prise en compte des aidants.

[20] Note à l'attention des directeurs généraux des ARS validée par le CNP en date du 17 décembre 2010

Des indicateurs spécifiques sont inscrits dans les CPOM conclus entre l'ARS et les établissements de santé : répartition des LISP par service ; nombre et qualification des personnels formés aux soins palliatifs (formation diplômante)

Bilan de l'offre de soins palliatifs au 1 août 2011 :

- 22 USP (unité de soins palliatifs) dont 10 en SSR représentant 230 lits ;
- 229 LISP (lits identifiés de soins palliatifs) répartis dans 50 établissements ;
- 22 EMSP (équipe mobile de soins palliatifs).

Le taux minimal de 10 lits pour 100 000 habitants est atteint dans l'ensemble des zones à l'exception du Calaisis et du Sambre Avesnois.
Le taux maximal de 15 lits pour 100 000 habitants est atteint ou dépassé dans les zones de Arras, Cambrai, St Omer, Flandre-Intérieure et Lille.
Le taux d'équipement des autres zones se situe dans la fourchette.

Le Nord Pas de Calais figure parmi les régions les mieux dotées en lits de soins palliatifs comme le montre les chiffres issus du classement comparatif des régions françaises en 2007[21] :

- En 1ère position en terme de densité de lits d'USP (fourchette comprise entre 0,24 lits USP pour 100 000 habitants dans le Languedoc Roussillon à 3,66 lits pour le Nord Pas de Calais) ;
- Parmi les 6 premières régions les mieux dotées en LISP avec une densité régionale comprise entre 6 et 8 lits pour 100 000 habitants, la fourchette se situant entre 2,7 LISP en PACA à 11,55 dans le Limousin ;
- En 2ème position en terme de densité de lits d'USP et de LISP derrière le Limousin.

Ces taux d'équipement résultent d'un accroissement important du nombre de lits de soins palliatifs depuis 2005 réalisé dans la région Nord Pas de Calais : +95% de lits d'USP et +315% de LISP. Cette évolution fait suite à l'ouverture de plusieurs fenêtres de reconnaissance. Depuis 2009, les demandes des établissements s'orientent vers une transformation des LISP en USP : les 3 créations d'USP autorisées en 2011 résultent d'une transformation des LISP en lits dédiés. Ceci se traduit par une augmentation du nombre de lits en USP avec concomitamment une diminution du nombre de LISP et, au total, une stabilité du nombre global de lits de soins palliatifs.

[21] Rapport sur l'état des lieux du dispositif de soins palliatifs au niveau national – DRESS – n°85 février 2009

Zone de Proximité	Reconnaissance des lits dédiés et identifiés au 01/08/2011				Implantations cibles SROS III			Ecart		Population	Tx Eq lits SP / 100 000 hab
	EMSP Nb	USP Capacité	LISP Capacité	Total lits Cap tot	EMSP Cible	Tx 10 lits SP / 100 000	Tx 15 lits SP /100 000	mn	mx		
Artois-Ternois	2	10	22	32	au moins 1	23	35	9	-3		
Béthune-Bruay	1	19	20	39	au moins 1	29	43	10	-4		
Douaisis	1	20	10	30	au moins 1	25	37	5	-7		
Lens-Hénin	2	10	32	42	au moins 2	37	56	5	-14		
ARTOIS	**6**	**59**	**84**	**143**	**au moins 5**	**114**	**171**	**29**	**-28**	**1153748**	**12,39**
Cambrésis	1	12	15	27	au moins 1	18	27	9	0		
Sambre-Avesnois	1	10	11	21	au moins 1	24	36	-3	-15		
Valenciennois	2	18	34	52	au moins 2	35	52	17	0		
HAINAUT	**4**	**40**	**60**	**100**	**au moins 4**	**77**	**115**	**23**	**-15**	**742790**	**13,46**
Dunkerque	1	10	16	26	au moins 1	26	39	0	-13		
Calaisis	1	0	8	8	au moins 1	16	24	-8	-16		
St Omer	1	10	7	17	au moins 1	11	17	6	0		
Boulonnais	1	10	13	23	au moins 1	16	25	7	-2		
Berck-Montreuil	1	10	4	14	au moins 1	10	15	4	-1		
LITTORAL	**5**	**40**	**48**	**88**	**au moins 5**	**79**	**120**	**9**	**-32**	**808490**	**10,88**
Flandres Lys	0	0	13	13	au moins 1	9	13	4	0		
Lille	4	69	62	131	au moins 4	77	115	54	16		
Roubaix-Tourcoing	3	22	32	54	au moins 2	42	63	12	-9		
METROPOLE	**7**	**91**	**107**	**198**	**au moins 7**	**128**	**191**	70	7	**1319462**	**15,01**
Total	**22**	**230**	**299**	**529**		**398**	**597**	**131**	**-68**	**4024490**	**13,14**

2. CONTEXTE

Le programme de développement des SP 2008-2012 définit plusieurs objectifs :

- Axe 1 : la poursuite du développement de l'offre hospitalière et l'essor des dispositifs extra-hospitaliers :

Plusieurs mesures s'inscrivent dans cet axe parmi lesquelles il convient de souligner les mesures suivantes :

  - Créer des unités de soins palliatifs (USP) dans les établissements présentant plus de 600 décès par an en court séjour et reconnaître des LISP dans les établissements présentant plus de 200 décès annuels ;
  - Développer les réseaux de soins palliatifs ;
  - Développer la culture des soins palliatifs dans les USLD et les hôpitaux locaux à travers la formation des personnels soignants ;
  - Développer la prise en charge des soins palliatifs pédiatriques ;
  - Identifier des LISP en SSR ;
  - Rendre effective l'intervention des EMSP dans les établissements médico-sociaux (structures de prise en charge des personnes handicapées notamment) et diffuser la culture palliative dans ces établissements ;
  - Expérimenter la présence d'IDE de nuit dans les EHPAD.

- Axe 2 : l'élaboration d'une politique de formation et de recherche ;
- Axe 3 : le soutien des proches et la communication après la maladie.

3. ORIENTATIONS

- Favoriser la formation des professionnels de santé (formation initiale et formation continue).
- 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 et en référence aux recommandations d'organisation définies nationalement.
- Réajuster le nombre et la répartition 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)

- Privilégier la mise en œuvre de LISP en médecine et en SSR
- Eviter la dispersion des LISP dans les établissements : recommandations pour 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.

4. DECLINAISON DES OQOS EN IMPLANTATION

Maintien des implantations existantes.

XII. SOINS DE SUITE ET READAPTATION (SSR)

1. ETAT DES LIEUX

1.1. Rappel des objectifs du SROS III

En rééducation et réadaptation fonctionnelles (RRF) :

- 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[22], ont tenu compte des décrets relatifs à l'activité de SSR et 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.

Toutes les actions définies dans les orientations sont en cours de mise en œuvre.
Les services de SSR tiennent une place centrale dans les parcours de soins des personnes en situation de perte d'autonomie. A ce titre, la thématique s'intègre tout particulièrement dans les objectifs retenus pour l'axe du PSRS relatif à l'accès aux soins.

1.1.1. Indicateurs d'évaluation

Concernant l'offre de soins de suite et réadaptation :

- Nombre d'établissements assurant une offre de soins de suite et de réadaptation non spécialisés, pour chaque territoire de santé ;
- Nombre d'établissements assurant une offre de soins de suite et de réadaptation dans chacune des modalités de SSR spécialisés, pour chaque territoire de santé ;
- Nombre de lits et de places installés et répartition par mention (SSR non spécialisés et SSR spécialisés).

Concernant la filière « soins hospitaliers de courte durée/soins de suite et de réadaptation »:

- Quantification et suivi des séjours longs en secteur d'hospitalisation de courte durée de médecine et de chirurgie ;
- Nombre et répartition des transferts et mutations vers le secteur de SSR depuis le secteur d'hospitalisation de courte durée et répartition par regroupements de GHM, hors ambulatoire ;
- Nombre de transferts précoces depuis le SSR vers le secteur de soins hospitaliers de courte durée (MCO) ;
- Caractérisation des populations hospitalisées en SSR (âge, dépendance physique et cognitive,…) ;
- Délais d'admission en service de SSR.

Concernant la production et la consommation de soins de suite et de réadaptation :

- Répartition de l'activité en SSR des établissements en nombre de journées et en nombre de venues, selon les différentes mentions d'autorisation (SSR non spécialisés ou spécialisés) et les modalités de prise en charge (hospitalisation complète, hospitalisation de jour) ;
- Quantification et suivi des séjours longs en secteur de soins de suite et de réadaptation ;
- Consommation de soins de suite et de réadaptation de la population de chaque territoire de santé : volume en journées et en venues et localisation de la consommation de la population de chaque territoire (fuite et attractivité)

[22] Arrêté du directeur de l'ARH 59-62 du 22 octobre 2009, portant avenant n° 6 au SROS III.

Objectifs en termes d'implantations

Territoires de santé	OQOS retenus dans le SROS III	Autorisations au 1/1/2011
Artois	25 à 26	26
Hainaut	23	23
Littoral	17	17
Métropole	31 à 32	31

Objectifs quantifiés de l'offre de soins de suite en hospitalisation complète (journées)

Territoires de santé	Production 2007	OQOS minimum 2011	OQOS maximum 2011contractualisés	OQOS maximum 2011
Artois	367 423	367 423	477 574	477 574
Hainaut	377 637	377 637	448 213	448 213
Littoral	345 481	345 481	440 439	469 805
Métropole	471 563	471 563	624 435	624 435

Objectifs quantifiés de l'offre de soins de suite en hospitalisation de jour (venues)

Territoires de santé	Production 2007	OQOS minimum 2011	OQOS maximum 2011contractualisés	OQOS maximum 2011
Artois	29 368	29 368	52 086	57 260
Hainaut	37 854	37 854	50 758	50 758
Littoral	25 880	25 880	34 934	48 405
Métropole	60 898	60 898	68 409	68 927

2. ORIENTATIONS

- Inciter dans chaque territoire de santé, les acteurs des services d'hospitalisation de courte durée et des SSR à maintenir ou à mettre en place des filières organisées de soins par type de spécialité (exemple : filière en neurologie).
- 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 des SSR au niveau des territoires de santé.
- Achever et réussir la nouvelle planification de l'offre de SSR (notamment concernant les soins de suite spécialisés).
- Améliorer et stabiliser le système d'information en SSR.
- Optimiser l'accès et la qualité de l'orientation des personnes vers l'offre de soins de suite et de réadaptation.
- Considérer les SSR, non plus uniquement comme une activité de soins réglementée « hospitalière », mais comme une activité charnière entre les 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.
- Assurer une meilleure coordination des acteurs sanitaires et médico-sociaux, conduisant à éviter des ruptures lors du parcours de santé des personnes atteintes d'une affection invalidante.
- 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.
- Préciser la place des services de SSR dans le dispositif d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient.

3. DECLINAISON DES IMPLANTATIONS

3.1. Nombre d'implantations d'activité de soins de suite et de réadaptation

Territoires de santé	Implantations actuelles	Implantations cibles
Artois	26	26
Hainaut	23	23
Littoral[23]	17	17
Métropole	31	30 à 31

[23] L'Hôpital Maritime de Berck-sur-Mer, dépendant de l'AP-HP, n'est pas comptabilisé ici.

3.2. Nombre d'implantations pour la prise en charge des enfants ou des adolescents

Territoires de santé	Implantations actuelles	Implantations cibles
Artois	1	1
Hainaut	1	1
Littoral	3	3
Métropole	1	1 à 2

3.3. Nombre d'implantations d'activités de soins de suite et de réadaptation spécialisés

Prise en charge spécialisée des conséquences fonctionnelles des affections de l'appareil locomoteur :

Territoires de santé	Implantations actuelles	Implantations cibles
Artois	5	5 à 6
Hainaut	7	7 à 8
Littoral	6	6
Métropole	8	8 à 9

Prise en charge spécialisée des conséquences fonctionnelles des affections du système nerveux

Territoires de sante	Implantations actuelles	Implantations cibles
Artois	5	5
Hainaut	5	5
Littoral[24]	5	5
Métropole	8	8

Prise en charge spécialisée des conséquences fonctionnelles des affections cardio-vasculaires

Territoires de sante	Implantations actuelles	Implantations cibles
Artois	3	3 à 4
Hainaut	4	4
Littoral	5	5
Métropole	3	3 à 4

[24] L'Hôpital Maritime de Berck-sur-Mer, dépendant de l'AP-HP, qui détient une autorisation pour cette mention, n'est pas comptabilisé ici.

Prise en charge spécialisée des conséquences fonctionnelles des affections respiratoires

Territoires de sante	Implantations actuelles	Implantations cibles
Artois	6	6
Hainaut	3	3
Littoral	4	4
Métropole	5	5

Prise en charge spécialisée des conséquences fonctionnelles des affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien[25]

Territoires de sante	Implantations actuelles	Implantations cibles
Artois	3	3
Hainaut	3	3
Littoral	2	2 à 3
Métropole	3	3

Prise en charge spécialisée des conséquences fonctionnelles des affections onco-hématologiques[26]

Territoires de sante	Implantations actuelles	Implantations cibles
Artois	1	1 à 2
Hainaut	1	1
Littoral	2	2
Métropole	2	2

[25] L'Hôpital Maritime de Berck-sur-Mer, dépendant de l'AP-HP, qui détient une autorisation pour cette mention, n'est pas comptabilisé ici.

[26] La mention relative à la prise en charge spécialisée des affections onco-hématologiques est restreinte à l'onco-hématologie, c'est-à-dire la prise en charge des hémopathies malignes.

Prise en charge spécialisée des conséquences fonctionnelles des affections des brûlés

Territoires de sante	Implantations actuelles	Implantations cibles
Artois	0	1
Hainaut	1	1
Littoral	1	1
Métropole	1	1

Prise en charge spécialisée des conséquences fonctionnelles des affections liées aux conduites addictives

Territoires de sante	Implantations actuelles	Implantations cibles
Artois	3	3
Hainaut	3	3
Littoral	3	3
Métropole	2	2 à 3

Prise en charge spécialisée des conséquences fonctionnelles des affections de la personne âgée poly pathologique, dépendante ou à risque de dépendance

Territoires de sante	Implantations actuelles	Implantations cibles
Artois	12	12 à 13
Hainaut	11	11
Littoral[27]	7	7
Métropole	16	16

Objectifs en termes d'accessibilité

[27] L'Hôpital Maritime de Berck-sur-Mer, dépendant de l'AP-HP, qui détient une autorisation pour cette mention, n'est pas comptabilisé ici.

À ce stade et en l'absence d'un système d'information suffisamment performant, il n'est pas possible de définir de cibles en termes de délais d'admission en service de SSR.

La montée en charge du dispositif de coordination SSR grâce au déploiement complet en 2012 de l'outil « Trajectoire » permettra d'envisager la définition d'objectifs en accessibilité au cours de ce SROS-PRS.

L'outil « Trajectoire » apportera des données fondamentales de suivi des parcours entre services de courte durée et de SSR, une fois son déploiement complet terminé au cours de l'année 2012.

XIII. ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX (AVC)

1. ETAT DES LIEUX

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) : à raison 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 avec la mise en place d'une section multidisciplinaire du Comite régional de lutte contre les maladies cardiovasculaires, dédiée aux AVC, qui aurait pour missions :
  - d'impulser la structuration de la filière de soins des patients AVC ;
  - d'évaluer les structures, les procédures et les résultats ;
  - de contribuer a l'élaboration et au suivi du volet AVC du SROS, en s'appuyant sur les orientations nationales.
- Garantir la permanence et la continuité des soins ;
- Développer la prévention ;
- Améliorer la coordination des différents acteurs.

2. CONTEXTE

La Commission régionale dédiée à la prise en charge des AVC a 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.

Les premiers lits de soins intensifs destinés à la prise en charge des AVC dans des établissements de santé de la région ont été reconnus dès 2007, permettant ainsi la création de sept UNV. Actuellement, dix UNV existent dans la région. Une onzième devrait l'être d'ici la fin de l'année 2011 sur la Métropole.

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

Mais les filières de prise en charge sont le plus souvent non formalisées ou 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.

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.

3. ORIENTATIONS

Le plan national AVC 2010-2014 demande de « *placer l'AVC comme priorité du projet régional de santé » ;*

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 opérationnels :

- 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 ces objectifs, qui comprend un programme d'actions opérationnelles découlant de ces quatre orientations :

- Améliorer la prévention et l'information de la population avant, pendant et après l'AVC :
  - Développer la prévention de l'accident vasculaire cérébral ;
  - Informer la population sur l'AVC depuis les signes d'alerte jusqu'à l'accompagnement du handicap ;
  - Développer l'éducation thérapeutique du patient (ETP) ;
  - Poursuivre les actions de sensibilisation du public, en lien avec les associations de patients.
- Mettre en œuvre des filières de prise en charge et les systèmes d'information adaptés :
  - Placer l'AVC comme priorité du projet régional de santé et la mettre en œuvre à travers les schémas régionaux de prévention, d'organisation des soins (volets hospitalier et ambulatoire) et d'organisation médico-sociale ;
  - Définir le contenu d'une consultation «bilan» post AVC, l'expérimenter et la mettre en œuvre ;
  - Organiser la prise en charge des AVC de l'enfant ;
  - Déployer et utiliser un système d'information adapté aux enjeux ;
  - Conduire des projets pilotes et des expérimentations d'organisation ; permettre leur analyse et leur mutualisation.
- Assurer l'information, la formation et la réflexion des professionnels :
  - Développer les formations relatives à l'AVC pour faire évoluer les compétences des professionnels de santé ;
  - Poursuivre l'élaboration de protocoles opérationnels, de recommandations de pratiques professionnelles, de référentiels nationaux de prise en charge de l'AVC ;
  - Améliorer les pratiques des professionnels de santé ;
  - Développer la réflexion éthique pluriprofessionnelle des acteurs de l'AVC.
- Promouvoir la recherche et veiller aux équilibres démographiques :
  - Soutenir le développement coordonné de plusieurs registres populationnels des AVC ;
  - Contribuer aux travaux sur la régulation de la démographie des professions de santé.

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

XIV. ADDICTOLOGIE

1. ETAT DES LIEUX

1.1. Bilan qualitatif

1.1.1. Rappel des objectifs :

- Permettre un recours à des soins précoces et adaptés à chaque personne présentant une pratique addictive ou un usage nocif de substance psychoactive :
  - Organiser, pour la personne en recherche de soins, un parcours à travers une prestation de proximité, un recours spécialisé, ou une hospitalisation (consultations hospitalières externes, articulation avec les CSAPA, pluridisciplinarité et proximité) ;
  - Permettre le repérage précoce des pratiques addictives et de l'usage nocif (équipes hospitalières de liaison en addictologie, avec formation des professionnels hospitaliers, intervention aux urgences, formalisation des modalités d'intervention, inscription aux CPOM des établissements) ;
  - Offrir une prise en charge coordonnée en intra et extra hospitalier (parcours coordonné du patient à partir des consultations hospitalières externes d'addictologie, articulation des interventions, y compris de réinsertion, à partir de la rédaction de conventions inter établissements).

- Assurer la qualité des soins pour les personnes présentant un usage nocif 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 (services ou unités dédiés, au personnel dédié et spécifiquement formé, modalités diversifiées d'accueil avec alternatives à l'hospitalisation complète, développement des sevrages et soins résidentiels complexes) ;
  - Garantir la prévention, le dépistage, la réduction des risques, la prise en charge des addictions et des comorbidités dans tous les établissements de santé (respect des recommandations HAS, protocoles et outils de repérage, conventions interservices ou unités, ciblage pour la prise en charge sanitaire des patients présentant des comorbidités) ;
  - 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 (à partir des lieux de soins en addictologie, des maternités et réseaux de périnatalité, des lieux de soins mère-enfant tels que les dyades, ou des lieux d'accueil à vocation sociale, grâce à une équipe mobile) ;
  - 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 (formation au repérage précoce intervention brève = RPIB des acteurs de la santé en ville, des médecins généralistes et de la santé au travail, former les équipes de maraude).

- Développer les compétences des acteurs de l'addictologie :
  - Développer l'enseignement de l'addictologie dans les trois cycles des études médicales (différencié en fonction des différents cycles d'étude, et comportant l'enseignement du RPIB) ;
  - Ouvrir l'accès au diplôme universitaire d'addictologie pour les professionnels paramédicaux (de façon à obtenir un socle de connaissances permettant la délégation de tâches dans un cadre formalisé garantissant la qualité des soins) ;
  - Intégrer l'actualisation ou l'acquisition des compétences addictologiques dans la formation médicale continue (quel que soit le mode d'exercice des professionnels de santé).

1.1.2. Réalisations :

- Structuration en 3 niveaux :

  - Niveau de proximité :
  Développement des consultations hospitalières externes de tabacologie et d'addictologie, et couverture de l'ensemble (100%) des structures d'urgences au sens du décret de 2006 par des équipes hospitalières de liaison en addictologie :
  - Niveau de recours :
  Reconnaissance contractuelle de 10 niveaux de recours médecine en addictologie, 2 à 3 par territoire de santé, comportant tous les équipements du niveau de proximité, et en capacité de développer l'activité de sevrage et soins résidentiels complexes, de par la structuration du service ou de l'unité, mettant en œuvre les protocoles et conventions mentionnées dans le volet SROS, et chargés de mettre en place une alternative à l'hospitalisation complète.
  Parmi les établissements ayant une activité de psychiatrie 4 sont porteurs de services spécialisés en addictologie ou d'intersecteur d'alcoologie-addictologie : CH de Lens, EPSM Val de Lys – Artois, EPSM de l'agglomération lilloise, CH de St-Amand. Tous ont demandé la reconnaissance contractuelle.
  - Niveau hospitalo-universitaire :
  Reconnaissance contractuelle du service d'addictologie du CHRU, comportant les équipements de recours, et ayant mis en place les éléments hospitalo-universitaires de la reconnaissance en termes de formation (création du poste de PU-PH en addictologie, avec existence de la capacité en addictologie pour les médecins depuis le SROS précédent, instauration d'un DU d'études complémentaires de soins infirmiers en addictologie, introduction d'un module addictologie dans le cursus des études médicales), et envisageant la constitution d'une fédération de recherche clinique en addictologie.

- Mise en place de la Commission Régionale Addictions :

6 réunions ont eu lieu permettant l'adoption du Schéma Régional d'Addictologie en 2009, avec la constitution de plusieurs groupes de travail : Outils de la loi 2002-2 (travaux clos), Formation-Recherche dont Profession infirmier en addictologie, qui débouchera prochainement sur l'élaboration d'un protocole de coopération entre professionnels de santé pour le Programme Ambulatoire de Sevrage de Boissons Alcooliques (PASBA), Jeunes, Filières et parcours de soins, Traitements de Substitution aux Opiacés, Valorisation des groupes d'entraide.

L'objectif en est de veiller à la mise en place et au bon fonctionnement du dispositif, et de permettre la concertation afin d'assurer la transversalité et les articulations entre prévention, médico-social (structures spécialisées d'intervention : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie, Centres d'Accueil, d'Accompagnement et de Réduction des risques des Usagers de Drogues, Appartements de Coordination Thérapeutique, Communauté Thérapeutique), et sanitaire, afin d'assurer la fluidité du parcours du patient.

- Prise en compte des spécificités des jeunes :

Travaux spécifiquement engagés pour les troubles graves des comportements alimentaires par le service d'addictologie du CHRU et le GHICL (St Vincent), avec la mise en place d'un réseau régional et de secteur spécifique d'hospitalisation complète et de jour pour le CHRU, de consultations spécialisées. Conventions pour l'hospitalisation des jeunes toxicomanes

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

Ces actions sont de mise en œuvre difficile malgré l'implication des réseaux de périnatalité. Elles portent sur la consommation de tabac et cannabis, sont moins aisées sur l'alcool. Les acteurs ont tissé des liens, plusieurs maternités bénéficient actuellement des prestations des équipes de liaison en addictologie (recensement en cours). Les professionnels des maternités sont actuellement extrêmement demandeurs, ce qui constitue une avancée certaine. 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 RPIB :

Formation depuis 2008 de plus de 200 médecins généralistes et de la santé au travail
Extension de ces formations en 2010 à l'ensemble des professionnels de santé et proposition envisagée aux acteurs sociaux.
Sensibilisation au RPIB pour 300 autres professionnels et étudiants

1.2. Bilan quantitatif

- Création de 9 consultations d'addictologie-tabacologie (CH de l'arrondissement de Montreuil, Calais, Lens, Polycliniques d'Hénin-Beaumont, Liévin, Divion, CFR de Oignies, Clinique A. Paré de Béthune, GHICL-Site de St Vincent) ;

- Renforcements ou créations (4) sur 14 sites des équipes hospitalières de liaison en addictologie et des consultations externes d'addictologie : au CHRU et à la Clinique Mitterie de Lomme, aux CH de Roubaix, Tourcoing, Valenciennes, Maubeuge, Avesnes-sur-Helpe, Douai, Carvin, Dunkerque, Calais, CHAM, Hénin-Beaumont, Bapaume ;

- Reconnaissance contractuelle de 10 niveaux de recours en addictologie : CH de Boulogne-sur-Mer, St-Omer, Hénin-Beaumont, Somain, Clinique Mitterie, Roubaix, Tourcoing, Hazebrouck, Avesnes-sur-Helpe, Le Cateau-Cambrésis (en cours) ;

- Création d'hôpitaux de jour sur 7 sites à Boulogne-sur-Mer, St-Omer et Hénin-Beaumont (en cours), CHRU, Somain, Mitterie, Roubaix ;

- Révision du SROS-SSR et reconnaissance de la spécialisation addictologie de recours pour 10 sites, 1 à 3 par territoire de santé : Hôpital de Zuydcoote, ESPIC L'archipel La Presqu'île de Longuenesse, CH de Carvin, Arras (à Maroeuil), Cliniques les Bruyères à Auberchicourt, Mitterie à Lomme, CH de Roubaix, du Cateau-Cambrésis, d'Avesnes-sur-Helpe (HDJ à Maubeuge), Hôpital départemental de Felleries Liessies ;

Critères d'évaluation portant sur les OQOS et moyens :

Augmentation de la capacité d'hospitalisation de 23% soit 108 lits et places :
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 14,3/10^5hab).
La répartition 2011 par territoire de santé va du Littoral (13/10^5hab) en passant par le Hainaut (14,5/10^5 habitants) puis la Métropole et l'Artois (15/10^5 habitants).

2. CONTEXTE ET ENJEUX

Evolution règlementaire, nouveaux plans :
- Plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007 – 2011 ;
- Préparation d'un nouveau plan de prise en charge et de prévention des addictions ;
- Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008 – 2012 ;
- Préparation d'un nouveau plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies ;
- Schéma régional d'addictologie adopté par arrêté préfectoral du 07 juillet 2009 ;
- Plans départementaux de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2010 – 2012.

La notion d'addictions recouvre les usages de substances psycho actives et les addictions dites comportementales. Il convient de distinguer les pratiques addictives comportant un usage ou comportement simple, à risque ou nocif de la dépendance à laquelle est attaché le terme d'addiction. Cette dernière affection est une maladie nécessitant des soins prolongés. C'est dire l'intérêt d'intervenir avant sa survenue, par la mise en place d'actions de prévention, de repérage et de prise en charge précoce.
Les conséquences des pratiques addictives concernent le sujet, avec nombreuses implications somatiques, psychiques et sociales, son entourage et même la société du fait des délits, accidents … sous l'emprise de substance ou de compulsion. Le sujet est donc large et nécessite l'implication de nombreux partenaires, dont différents services de l'Etat (Education Nationale, DIRECCTE, DISP, Justice, Forces de l'Ordre et Douanes, …) et les collectivités territoriales notamment en termes de prévention et/ou de formation.

Concernant les aspects santé, la région Nord Pas-de-Calais est fortement impactée par les pratiques addictives. La mortalité prématurée évitable liée au tabac et à l'alcool représente respectivement 25 et 8 % du total des décès prématurés sur la période 2004 – 2007. En 2009, la région est placée en tête pour le taux comparatif des décès prématurés par cancers des voies aéro-digestives supérieures et œsophage, de même pour les cirrhoses alcooliques du foie, que ce soit pour les femmes ou pour les hommes. Le taux comparatif de mortalité prématuré par cancer de la trachée, des bronches et du poumon (lié au

tabagisme) est le plus élevé de France pour les hommes et le plus faible pour les femmes alors même qu'il est en augmentation constante pour ces dernières. Le taux relatif à 1000 personnes de 20 à 39 ans sous traitement de substitution aux opiacés est l'un des plus importants en France.

Les soins hospitaliers sont destinés au public présentant des problématiques récurrentes et des comorbidités somatiques, psychiatriques ou sociales lourdes nécessitant un plateau technique. L'entrée dans le dispositif se fait par le biais de l'adressage en consultations externes lors des demandes de soins, ou à partir de l'action des équipes hospitalières de liaison en addictologie intervenant auprès des patients ayant des pratiques addictives, de passage aux urgences ou hospitalisés pour un autre motif. Un bilan est réalisé et un parcours de soins proposé. Les soins en hospitalisation sont délivrés dans le cadre de services de court séjour (sevrage simple dans les niveaux de proximité, et sevrage et soins résidentiels complexes dans les niveaux de recours et hospitalo-universitaire) de médecine ou de psychiatrie lorsque ces derniers mettent en place une structure spécifique d'addictologie, et de moyen séjour (services de soins de suite et de réadaptation spécialisés en affections liées aux conduites addictives). Les modalités de délivrance des soins sont diversifiées entre hospitalisation complète et de jour pour les niveaux de recours et hospitalo-universitaire.

Les travaux récents ont montré la nécessité d'une approche commune pour la prise en charge des différents types d'addictions. L'un des enjeux actuel est la nécessaire convergence des orientations thérapeutiques dans les différents lieux de soins en addictologie, avec mise en place de véritables filières de soins. L'accompagnement dans la pluri professionnalité, la durée et la proximité est dévolu au dispositif médico-social en y associant en accord avec l'usager son médecin traitant. La fluidité du parcours de l'usager est une priorité pour éviter les ruptures de soins. Le rôle des associations d'usagers, groupes d'entraide et d'autosupport est également à souligner.

Du fait des conséquences sur la santé et de la mortalité prématurée liées au tabagisme, l'accompagnement au sevrage tabagique est une priorité. Toutefois, les consultations hospitalières externes d'addictologie à orientation tabacologique ont pour vocation d'être généralistes, afin de permettre un bilan complet des addictions d'un patient et de leurs conséquences, puis de proposer une prise en charge adaptée. De même, l'impact des addictions des femmes en période de périnatalité justifie la mise en place de moyens d'évaluation et d'accompagnement spécifiques en lien avec l'ensemble des acteurs concernés. Il en est ainsi pour d'autres types de publics tels que les personnes en situation de précarité, les jeunes et les détenus.

Les actions de réduction des risques, notamment infectieux liés au VIH et aux hépatites, mais aussi risques d'accidents et d'exposition sexuelle, sont des priorités de santé publique, tout comme le repérage précoce des cancers des voies aéro-digestives supérieures et de l'œsophage. La fréquence des comorbidités psychiatriques chez les patients présentant des addictions, les difficultés de prise en charge des addictions chez les patients psychiatriques imposent des relations étroites et l'échange de savoir-faire entre les deux dispositifs de soins concernés. Les orientations suivantes sont proposées en complément de celles du schéma régional d'addictologie 2008 - 2011, du SROMS-PRS et du schéma régional de prévention.

3. ORIENTATIONS

- 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 pharmaciens d'officine et 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'usager addict à s'inscrire dans un parcours de soins coordonné (ouverture des droit 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.
- 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.

XV.PSYCHIATRIE

AVERTISSEMENT :
Ce volet sera révisé en 2012, dès la publication du Plan Santé Mentale

1. ETAT DES LIEUX

1.1. Bilan qualitatif

1.1.1. Rappel des objectifs

- Développer la formation et la recherche (poursuivre l'effort pour améliorer la démographie médicale et paramédicale, concrétiser le centre fédératif de recherche en santé mentale, renforcer la compétence des médecins de ville) ;
- Améliorer 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) ;
- Mieux répondre à des besoins spécifiques de la population (adapter les possibilités de prise en charge en psychiatrie infanto-juvénile -dyades mère-enfant -améliorer la PEC 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).

1.1.2. Réalisations

- Dynamisation de la F2RSM ;
- Amélioration de l'offre de soins, avec développement de l'offre ambulatoire et relocalisations-reonstructions, financement de centres d'accueil et de crise ;
- Diminution du taux d'hospitalisation en inadéquation, dynamisation des réseaux précarité santé mentale et des équipes mobiles psychiatrie précarité.

1.2. Bilan quantitatif

Priorisation sur la psychiatrie infanto-juvénile :

- Développement et renforcement d'alternatives à St-Amand, Maubeuge et Arras ;
- Création d'un centre d'accueil et de crise à Camiers ;
- Renforcement du centre de ressources pour l'autisme ;
- Création d'une structure pour adolescents à Wasquehal et d'un espace pour adolescents au CH de Dunkerque ;
- 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.

Psychiatrie générale :

- Renforcement des alternatives à Cambrai, Maubeuge, Jeumont, Bruay-sur-Escaut ;
- Création d'une Structure Alternative d'Accueil Spécialisé (SAAS) à Camiers (les SAAS sont des concepts du Nord Pas-de-Calais sur budgets sanitaires, ayant vocation à prendre en charge « des personnes présentant des troubles stabilisés mais qui ne sont ni ré-insérables, ni susceptibles d'être pris 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) ;
- Restructuration de la psychiatrie générale de la métropole lilloise reste en cours.

Renforcement des postes de psychologues en mission locale à Béthune, Boulogne, Calais, Montreuil, Tourcoing, et dans les Weppes.

Restructuration de la psychiatrie du territoire Métropole (Lille et environs)

Bilan PRISM

22 opérations inscrites au plan réparties sur 20 établissements ; montant total du plan = 105 millions d'€ ; à ce jour, 11 opérations de reconstruction ont été contractualisées pour un montant de 50 millions d'€ et finalisées, 2 en cours de réalisation, 5 autres sont en cours de contractualisation.

En conclusion **:**
2010 était la dernière année du PRISM; la majorité des opérations étaient alors engagées, avec un effort de la part des établissements pour compenser le différentiel entre l'estimation de 2006 et le coût final.

Critères d'évaluation portant sur les OQOS et moyens :

- Nombre d'implantations par territoire de santé des équipements et services assurant une activité en psychiatrie
- Volume d'activité de soins par territoire de santé
- Rapports d'activité des équipements et services assurant une activité en psychiatrie
- ETP médecins et non médecins rapportés à 10^5 habitants par territoire de santé

2. CONTEXTE ET ENJEUX

- Préparation d'un nouveau plan psychiatrie santé mentale ;
- Plan national de lutte contre le suicide 2011 – 2016 (septembre 2011) ;
- Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge – et ses décrets d'application ;
- Rapport IGAS __« Analyse d'accidents en psychiatrie et propositions pour les éviter » Dr Françoise Lalande et Carole Delépine, mai 2011.

En 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 (taux comparatif régional supérieur de 48,1 % chez les hommes et de 25 % chez les femmes par rapport à la France métropolitaine en 2007– 2009).

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 former 40 internes de psychiatrie chaque année, dont un peu plus de la moitié restent en région Nord Pas-de-Calais. Sont inscrits à l'Ordre des Médecins au 1er 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 de la population en 2009 est 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.

Les enjeux actuels pour la psychiatrie générale seront de pourvoir aux multiples demandes des usagers et des partenaires dans le cadre d'un nouveau contexte législatif, avec de nouvelles procédures et du fait du déficit de la démographie médicale. Ce dernier défi est à relever également pour la pédopsychiatrie, en veillant à mieux articuler les deux dispositifs de psychiatrie avec ceux de leurs partenaires dont le médico-social.

3. ORIENTATIONS

- Prévenir et prendre en charge la souffrance psychique
- Organiser le repérage et la prise en charge de l'autisme, des TED et des troubles des apprentissages
- Organiser la prise en charge psychiatrique des adolescents
- Accéder aux soins lors d'une demande de soins psychiatriques
- Organiser un parcours de soins de psychiatrie en intersectoriel, supra sectoriel et régional
- Mieux articuler l'action sanitaire, MS et sociale en psychiatrie
- Réduire la mortalité des personnes présentant des troubles psychiques
- Réduire la mortalité par suicide

4. DECLINAISON DES IMPLANTATIONS

ACTIVITE	CONSTATS └ MESURES PRINCIPES REGIONAUX	ARTOIS DOUAISIS			HAINAUT			LITTORAL			METROPOLE FLANDRE INTERIEURE		
PSYCHIATRIE	Développement des alternatives à l'hospitalisation complète └ maintien des objectifs non atteints du SROS III **Principe régional : assurer une prise en charge de qualité et de proximité**	Psy générale Existant + Prévoir			Psy générale Existant + Prévoir			Psy générale Existant + Prévoir			Psy générale Existant + Prévoir		
		HC HJ HN PFT AT CC CP C	12 15 5 6 9 2 3	0 à +2 0 à+ 3 0 0 0 à +9 0 0	HC HJ HN PFT AT CC CPC	8 9 2 4 4 1 2	0 à +1 0 à +3 0 à +3 0 à +2 0 à +9 0 à +1 0	HC HJ HN PFT AT CC CPC	11 10 2 2 4 0 1	0 0 à +1 0 à +3 0 à +1 0 à +7 0 à +2 0	HC HJ HN PFT AT CC CPC	16 17 3 2 18 2 3	0 à +1 0 à +3 0 à +6 0 à +2 0 à +2 0 à +1 0
		Psy infanto juvénile Existant + Prévoir			Psy infanto juvénile Existant + Prévoir			Psy infanto juvénile Existant + Prévoir			Psy infanto juvénile Existant + Prévoir		
		HC HJ HN PFT CC	3 5 2 1 0	0 à +2 0 à +7 0 0 à +3 0 à +1	HC HJ HN PFT CC	1 5 1 2 1	0 à +3 0 à +5 0 à +1 0 à +2 0	HC HJ HN PFT CC	4 7 2 3 1	0 à +1 0 à +5 0 0 0	HC HJ HN PFT CC	4 9 0 1 1	0 à +1 0 à +8 0 à +3 0 à +3 0 à +1

XVI. TRANSFUSION SANGUINE

INTRODUCTION

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 ; ainsi, la cohérence avec le SROS est à assurer.
Le prochain SOTS est prévu pour 2012.

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.

1. DEFINITIONS

- Dépôt de délivrance : assure, à partir d'un stock de produits sanguins défini par convention entre l'établissement et l'EFS, la distribution nominative de produits sanguins pour les patients admis dans l'établissement siège du dépôt ;
- Dépôt d'urgence: dispose d'un stock de concentrés globulaires, seulement de groupe O, (et parfois aussi de plasmas frais congelés, de groupe AB) destinés à une utilisation uniquement en urgence vitale;
  Il existe d'ailleurs d'une convention avec l'EFS permettant la reprise des produits non utilisés ;
- Dépôt relais: autorisation de conserver des produits sanguins délivrés nominativement par l'EFS pour des patients de l'établissement jusqu'à leur péremption, convention entre EFS et établissement ;
- Dépôt urgence-relai : dispose des deux autorisations décrites ci-dessus.

Tout dépôt est soumis à autorisation avec des contraintes variables selon son niveau.

2. 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 aux dépôts (de délivrance) est de 2.805 CGR/an en 2010 (de 853 à 4.908) .

3. ORIENTATIONS

- Concernant les sites de distribution/délivrance de l'EFS

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

- il est préconisé que le site transfusionnel de Dunkerque mette en œuvre cette activité, par transfert de celle exercée par le centre hospitalier de Dunkerque ;
- 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 des établissements de soins

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

XVII. GROUPES DE TRAVAIL

1. RÉANIMATION / SOINS INTENSIFS / SURVEILLANCE CONTINUE

Nom du référent	Dr Cécile LAMY, Dr Pascal RICOUART	
Composition du groupe de travail	Dr CHAGNON	Chef du service réanimation polyvalente - CH Valenciennes
	Pr MATHIEU	Chef du pôle réanimation - CHRU
	Dr THEVENIN	Chef du service réanimation polyvalente - CH Lens
	Dr PORDES	Chef du service réanimation polyvalente-CH Boulogne
	Pr VALLET	chef du pôle anesthésie réanimation - CHRU
	Dr RIEGEL	Responsable réanimation neurochirurgicale - CHRU
	Pr LECLERC	Responsable réanimation pédiatrique - CHRU
	Pr FOURRIER	Réanimateur - CHRU
	Dr SNAUWAERT	Chef du service réanimation spécialisée - Polyclinique du Bois
	Dr GERONIMI	Responsable médical USIC et SI - polyclinique de Bois Bernard
	Dr FONTAINE	Responsable médical USIC et SI - polyclinique Vauban
	R. BERTRAND	Représentant DG CHRU
	J-R RICHARD	Représentant CH Lens
	P. JAHAN	Représentant CH Valenciennes
	M. BLUA	Représentant CH Calais
	L. CHIAREL	Directeur clinique Bois-Bernard
	O. DEVRIENDT	Directeur - Polyclinique Vauban
	Dr RICOUART	ARS - DOS
	M-O SAILLARD	FHF
	O. VERRIEZ	FHP
	G. DAYEZ	FEHAP
Dates de réunions	12 et 28 septembre 2011	

2. CHIRURGIE

Nom du référent :	Dr Gérard MOLMY	
Composition du groupe de travail :	Pr HERBAUX	Chirurgien pédiatrique - CHRU
	Dr MEURETTE	Chirurgien - Clinique St Amé
	Pr TRIBOULET	Chirurgien viscéral - CHRU
	Pr ROULAND	Chirurgien - CHRU
	Pr CHAMBON	Chirurgien - CHRU
	Dr BOUXIN	Chirurgien - Hopale Berck sur Mer
	Pr VALETTE	Anesthésiste
	A-S NEIRINCK	Représentante DG CHRU
	L CHIAREL	Directeur de la Clinique de Bois Bernard
	Dr MAHIEU	Responsable anesthésie - GHICL
	Mme DEWAILLY	Cadre de santé de bloc - CH Valenciennes
	M LECLERCQ	Cadre de santé de bloc - Clinique du Parc
	M LEBURGUE	FHF
	Dr DARRAS	FHP
	P FAUCHOIT	FEHAP
	Dr GUL	ARS - DOS
	Dr HASSE	ARS - DSEE
	Dr D'ALMEIDA	ARS - DOMS
	Dr DUBOIS	Chirurgien - Clinique Bois Bernard
	Participation également de l'ensemble de la communauté hospitalière du CHRU de Lille.	
Dates de réunion :	24 juin 2011	

3. IMAGERIE MEDICALE

Nom du référent	Dr Philippe DALINVAL	
Composition du groupe de travail	Dr MAERTEN	ARS DOS
	G. TIERS	ARS DOS
	F. AUTIN	Service santé - Conseil Régional Nord Pas-de-Calais
	MC PAUL	FHF
	Dr CATESSON	FHP
	Dr VERCLYTTE	FEHAP
	Pr PRUVO	Radiologue - CHRU Lille
	Dr DEHAENE	Radiologue - FNMR Lille
	Dr LIESSE	Radiologue - CH Roubaix
	Dr CEUGNART	Radiologue - COL Lille
	Dr GUILBEAU	Radiologue - Clinique de Bois Bernard
	Dr LAMBERT	Radiologue - Société fse de radiologie Lille
	Dr LECOUFFE	Médecin nucléaire - Privé - Arras
	Pr HUGLO	Médecin nucléaire - SFBMN - CHRU Lille
	Dr MAKKI	Médecin nucléaire - SFBMN - CH Béthune
	Dr BAILLIEZ	Médecin nucléaire - SFBMN - Clinique du Bois Lille
	Dr MARTIN	Radiothérapeute - Clinique du Bois Lille
	Dr TOKARSKI	Radiothérapeute - CH Lens
	Pr LARTIGAU	Radiothérapeute - COL Lille
	Dr RHLIOUCH	Radiothérapeute - Pôle santé Artois Arras
	JP FLORIN	Ingénieur bio-médical - AFIB - CHRU Lille
	V. CHEVAL	Manipulatrice - AFPPE - COL Lille
	D. DUFRENOY	Cadre manipulateur - SCM Hermeugoz Lille
	M. MOREL	Cadre manipulateur - AFPPE - CH Valenciennes
	E. BOUCHE	Physicien médical - Centre De Vinci Douai
	T. SARRAZIN	Physicien médical - COL lille
	T. PRANGERE	Radiopharmacien - CHRU Lille
Dates de réunions	18 janvier, 12 avril, 24 mai, 5 juillet, 6 septembre 2011	

4. TECHNIQUES INTERVENTIONNELLES UTILISANT L'IMAGERIE MEDICALE EN CARDIOLOGIE

Nom du référent	Dr Cécile LAMY

Composition du groupe de travail	Pr KACET	CHRU
	Dr SUDRE	CHRU
	Dr MODINE	CHRU
	Pr PRUVO	CHRU
	Dr ROBIN	CHRU
	Pr KOUSSA	CHRU
	Pr PRAT	CHRU chirurgie cardiaque adulte
	Pr GODART	CHRU cardiologie pédiatrique
	Pr GRAUX	GHICL Centre Hospitalier Saint-Philibert
	Dr VILAREM	Centre Hospitalier de Valenciennes
	Dr PECHEUX	Centre Hospitalier Lens
	Dr GUESNIER	GCS Artois
	Dr DUJARDIN	Centre Hospitalier Douai
	Dr LALLEMANT	Centre Hospitalier Boulogne
	Dr WERQUIN	Centre Hospitalier Dunkerque
	Dr ELKOHEN	Centre Hospitalier de Roubaix
	Dr THIEULEUX	Centre Hospitalier de Calais
	Dr LEFEBVRE	Clinique de la Louvière
	Dr PONCELET	Polyclinique d'Hénin Beaumont
	Dr HOCHART	Cabinet de Cardiologie Polyclinique Bois Bernard Rouvroy
	Dr DIEVART	Clinique Villette
	Dr BRIMONT	Cabinet Médical Dampierre Polyclinique Vauban
	Dr CARON	Polyclinique du Parc Maubeuge
	Dr MAES	Clinique du Parc Croix
	Dr LEMAIRE	Clinique du Bois Lille
	Dr FOSSATI	Syndicat des cardiologues libéraux
	B. ROSSETTI	CHRU
	V. DESMYTTERE	CH Valenciennes
	Un représentant	CH Lens
	Un représentant	CH Boulogne
	Un représentant	CH Dunkerque
	MC. PAUL	CH Roubaix
	E. DECHIROT	Générale de Santé

Dates de réunions	8 septembre 2011

5. PERINATALITE / AMP / DPN

Nom du référent	Dr Elisabeth VERITE, Mme Suzanne DERNONCOURT

Composition du groupe de travail	D VANDEVELDE	ARS - DSP
	N SOUCI	ARS - DOS
	Dr CACAN	ARS - DOMS
	D PERCHERON	Président du Conseil régional
	O ANOT	Usager - Centre Nascita CIANE
	Dr AUCOURT	Anesthésiste - CH Lens
	Dr BAILLEUX	Gynécologue-obstétricien - Réseau Ombrel (invité)
	A-S. BAUDCHON	Service de PMI - CG 59
	Dr BERAL	Gynécologue-obstétricien - CH Calais (suppléant)
	B. BERCAL	Chef du Service départemental de l'Action sociale - CG62
	Dr BILLIAERT	Médecin généraliste - URPS médecins Présidente du réseau "Naître dans le Douaisis"
	Dr BOIDEIN	Neuropédiatre - GHICL
	H. BOMY	Coordinatrice - réseau Ombrel (invitée)
	Dr BONTE	Médecin généraliste (suppléant)
	Dr BRABANT	Gynécologue-obstétricien - GHICL (suppléant)
	S. CARPENTIER	Sage-femme - Réseau Ombrel (invitée)
	Dr COLLIER	Gynécologue médical/ IVG - CHRU (suppléant)
	C. CROY	Coordinatrice - Réseau Hainaut (invitée)
	S. DARRAS-BELVERGE	Secrétaire - Réseau Artois (invitée)
	Pr DEBARGE	Gynécologue-obstétricien - CHRU
	I. DELCROIX-NAULAIS	Déléguée régionale Droits des femmes et égalité
	A. DEPONDT	Délégation régionale Droits des femmes et égalité (suppléante)
	Dr DOGNIN	Gynécologue-obstétricien - CH Douai
	Dr DUCLOY-BOUTHORS	Anesthésiste - CHRU
	Dr DUCLOY	Anesthésiste - clinique Cotteel
	C. DUPONT	Conseil départemental de l'ordre des sages femmes (invitée)
	E. FILLEUL	Sage-femme PMI - CG 62
	Dr FONTAINE	Anesthésiste-réanimateur - CH Valenciennes
	E. GAVELLE	Sage-femme Cadre - CHRSO (invitée)
	I. GEBKA	Coordinatrice - réseau du Douaisis (invitée)
	N. GORET	Administrateur ADE CAF
	Dr GUIONNET	Gynécologue-obstétricien - CH Valenciennes (invitée)
	P. HODICQ-VUILLEMOT	Animatrice - réseau la leche League
	Dr HOUZE DE L'AULNOIT	Gynécologue-obstétricien - GHICL (suppléant)
	C. PRUVO	Coordinatrice Lille Roubaix Tourcoing - réseau Neurodev

Dates de réunions	12 ai, 16 juin, 8 septembre, 6 octobre, 17 novembre, 15 décembre 2011

6. INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG)

Nom du référent	Dr Elisabeth VERITE

Composition du groupe de travail	Tous les centres d'orthogénie sont représentés ou participent par échanges de mail ainsi que les CG, associations de planification familiale. Dr AMBASSA Nathalie — Gynécologue médicale- CH d'Arras Dr ALAO Omoladé — Médecin de santé publique- URPS Dr AL RAYES Hassan — Gynécologue obstétricien-CH de Cambrai Dr ANANI Aghogba — Médecin généraliste-CH de Douai Dr BAILLEUX Bernard — Gynécologue obstétricien- CH Seclin Dr BATAILLON Carole — Médecin généraliste- CH Valenciennes Dr BONTE Arnaud — Médecin généraliste BONTE Annie — CH Douai Dr BOULEMIA RAMDANE Malika — Gynécologue obstétricien- CH Béthune Dr BOULINGUEZ Jacques — Gynécologue- CH Montreuil/mer Dr BULOT Christine — Médecin généraliste BULTEEL Marie-Claire Dr CHATELLIN Michèle — Médecin généraliste Dr COCIUBA Mariana — Gynécologue obstétricien - CH Sambre Avesnois Dr COLIN Claude — Gynécologue obstétricien - CH Béthune Dr COLLIER Francis — Gynécologue médical-CHRU de Lille Dr COTTE Martine — Médecin généraliste CROY Caroline — Coordinatrice réseau du Hainaut- CH Valenciennes DARRAS Sylvana — Coordinatrice réseau périnatalité Artois- CH Douai DEBIEVRE Kathy — CH Armentières DEROISSE Michel Dr U BOUETIEZ Gildas — Gynécologue obstétricien DUCROCQ Valérie Dr FABRETTI Patrick — Gynécologue obstétricien Dr FALCE Patrick — Gynécologue obstétricien FERTE Claire FILLEUL Eddie — Sage-femme Dr FLEURY-DOYELLE Brigitte — Gynécologie médicale FONTAINE Anita — Conseillère conjugale Dr HANNEQUART Philippe — Médecin général Dr HELSENS Claudie — Médecin généraliste Dr HUBERT Didier — Gynécologue obstétricien Dr JAAFRI Abdelkrim — Gynécologue médical et obstétricien JUNGERS Françoise — Formatrice

	KARIM Etienne	
	Dr LEFEBVRE Philippe	Gynécologue médical
	Dr LEFEVRE Jacques	Gynécologue obstétricien
	LEROY Christine	
	Dr LETOMBE Brigitte	Gynécologue médicale
	Dr LOSSOIS Catherine	Gynécologue obstétricien
	Dr LOUIS Marie-Pierre	Pédiatre
	Dr LOVI Fidèle	Médecin généraliste
	Dr MACKOWIAK Nathalie	Médecin généraliste
	MANESSIEZ Christine	
	MARARA Christian	
	MARASCO Vanessa	
	Dr MARQUIS Pierre	Gynécologue obstétricien
	Dr MARTIN Marie-Jeanne	Médecin généraliste
	Dr MOORE Francis	Gynécologue obstétricien
	Dr MORIZOT Daniel	Gynécologue obstétricien
	MORVAN Marie-Laure	
	Dr MOXHON Eric	Gynécologue obstétricien
	Dr PARMENTIER Dominique	Gynécologie-obstétrique
	Dr PAS Hervé	Gynécologie médicale
	Dr NOTTEAU Christian	Gynécologie-obstétrique
	Dr PEREZ Stéphane	Médecin généraliste
	Dr RADULESCO Monique	Gynécologue médicale
	Dr RIFF Michèle	Médecin généraliste
	Dr ROUSSEAU Dorine	Médecin généraliste
	TORABI Claudine	Conseillère municipale Berck/mer
	Dr VANDEVELDE Michel	Chargé de mission
	VANHOENACKER Michèle	Infirmière Conseillère du Recteur
Dates de réunions	12 mai, 16 juin, 8 septembre, 6 octobre, 17 novembre, 15 décembre 2011 Sous-groupe IVG-contraception 19 mai 2011	

7. PEDIATRIE

Groupe d'experts (ex COTER) constitué ou souhaité	Commission régionale de la naissance et de la petite enfance
Nom du référent	Dr Elisabeth VERITE Mme Suzanne DERNONCOURT

Composition du groupe de travail	D VANDEVELDE	ARS - DSP
	N SOUCI	ARS - DOS
	Dr CACAN	ARS - DOMS
	D PERCHERON	Président du Conseil régional
	O ANOT	Usager - Centre Nascita CIANE
	Dr AUCOURT	Anesthésiste - CH Lens
	Dr BAILLEUX	Gynécologue-obstétricien - Réseau Ombrel (invité)
	A-S BAUDCHON	Service de PMI - CG 59
	Dr BERAL	Gynécologue-obstétricien - CH Calais (suppléant)
	B BERCAL	Chef du Service départemental de l'Action sociale -CG62
	Dr BILLIAERT	Médecin généraliste - URPS médecins Présidente du réseau "Naître dans le Douaisis"
	Dr BOIDEIN	Neuropédiatre - GHICL
	H BOMY	Coordinatrice - réseau Ombrel (invitée)
	Dr BONTE	Médecin généraliste (suppléant)
	Dr BRABANT	Gynécologue-obstétricien - GHICL (suppléant)
	S CARPENTIER	Sage-femme - Réseau Ombrel (invitée)
	Dr COLLIER	Gynécologue médical/ IVG - CHRU (suppléant)
	CCROY	Coordinatrice - Réseau Hainaut (invitée)
	S DARRAS-BELVERGE	Secrétaire - Réseau Artois (invitée)
	Pr DEBARGE	Gynécologue-obstétricien - CHRU
	I DELCROIX-NAULAIS	Déléguée régionale Droits des femmes et égalité
	A DEPONDT	Délégation régionale Droits des femmes et égalité (suppléante)
	Dr DOGNIN	Gynécologue-obstétricien - CH Douai
	Dr DUCLOY-BOUTHORS	Anesthésiste - CHRU
	Dr DUCLOY	Anesthésiste - clinique Cotteel
	C DUPONT	Conseil départemental de l'ordre des sages femmes (invitée)
	E FILLEUL	Sage-femme PMI - CG 62
	Dr FONTAINE	Anesthésiste-réanimateur - CH Valenciennes
	E GAVELLE	Sage-femme Cadre - CHRSO (invitée)
	I GEBKA	Coordinatrice - réseau du Douaisis (invitée)
	N GORET	Administrateur ADE CAF
	Dr GUIONNET	Gynécologue-obstétricien - CH Valenciennes (invitée)
	P HODICQ-VUILLEMOT	Animatrice - réseau la leche League
	Dr HOUZE DE L'AULNOIT	Gynécologue-obstétricien - GHICL (suppléant)

Dates de réunions :	12 mai, 26 mai, 16 juin, 23 juin, 8 septembre, 6 octobre, 17 novembre, 15 décembre 2011 et consultations par voie électronique,

8. OBESITE

Nom du référent	Dr Annie DELCOURT, Dr Vincent VAN BOCKSTAEL
Composition du groupe de travail	Pr FONTAINE CHRU Dr LECERF Institut Pasteur Dr LEMAIRE CH Béthune Pr ROMON CHRU – réseau OSEAN Dr VERKINDT Médecin libéral Dr ANDRIEUX CH Arras Dr SCHILL HM Zuydcoote Dr CALAFFE Clinique Ambroise Paré Pr PATTOU CHRU Dr LOEUILLE CH Dunkerque Pr WEILL CHRU Dr GRONNIER GHICL Dr POPIELARZ CRF Les Hautois Oignies A ROCOURT FNEHAD Dr VERIER-MINE FHF B DESCHILDRE FHP C DELALEE CHRU G DAYEZ FEHAP URPS Médecins
Dates de réunions	13 anvier,18 février,15 avril, 13 mai, 24 juin, 19 octobre 2011

9. GERONTOLOGIE (dont soins de longue durée et plan Alzheimer)

Nom du référent	Dr Marguerite Marie DEFEBVRE	
Experts associés à la rédaction	Pr PUISIEUX, CHRU Lille	
membres du Groupe « vieillissement » interrogés début juillet	Dr FOURNIER, CH Lens	
	Pr PUISIEUX	Gériatre - CHRU - président réseau de santé de gérontologie LHL
	Dr PASQUIER	Neurologue - présidente réseau santé Alzheimer - Meotis - CM2R
	Dr LAVERSIN	Gériatre CH Carvin
	D DESCHILDRE	Directeur des EHPAD - CH Béthune
	Dr LOUVET	Médecin coordonnateur EHPAD Orchidées Lannoy
	C VANBESIEN	Directeur filière gériatrique CH Douai
	Dr HENNION	Directrice filière gériatrique GHICL
	Pr FOURNIER	Gériatre - Président EOLLIS et MAIA Phalempin
	E SYS	Directeur CHI Wasquehal
	Dr WIART	Gériatre - Président CLIC
	Dr DOUILLY	Médecin coordonnateur - EHPAD CH Calais
	Dr CLICHE	Gériatre et directeur - clinique St Roch Cambrai
	Dr DAMBRE	Gériatre CH Valenciennes
Dates de réunion du GTI	25 ai, 7 juin, 28 septembre 2011	

10. CANCER

Nom des référents :	Dr Isabelle LOENS	
Composition du groupe de travail :	M MILHAU	Chargée de mission - Conseil régional
	P MENU	ARS - DOS
	L PETRI	ARS - DSP
	Dr RICOUART	ARS - DOS
	Pr ROSE	Hématologie - GHICL
	Pr LARTIGAU	Radiothérapie - COL
	Dr PREVOST	Radiothérapie - Centre Marie Curie
	B LECLERCQ	Directeur - COL
	V LOUHICHI	Radiophysicienne - Centre Iridis Dunkerque
	Dr BLOCK	Oncologue - CH Valenciennes
	Dr DARLOY	Oncoradiothérapeute - Centre De Vinci
	Pr BONNETERRE	Responsable de formation - COL
	Y MARLIER	Directeur - CH Boulogne
	K LECQ	Directrice - Clinique des Dentellières
	Pr TRIBOULET	Chirurgien - Coordonnateur médical de la fédération de cancérologie - CHRU
	S LESQUERBAUT	Coordonatrice réseau régional de cancérologie
	JM BONNEL	Usager - Ligue contre le Cancer 62
	MH LOUCHEUX	Usager - Ligue contre le Cancer 59
	Dr FORZY	Médecin Coordinateur Opaline 62
	F LAUREYNS	Directeur plateforme santé du Douaisis
	E VETU	Représentant AIRE Cancers
	C BERCEZ	Coordonatrice Oncomel
	K LIGIER	Registre des cancers de la Métropole
	C BOUST	Ingénieur chargée des pathologies professionnelles Pôle Santé travail – CARSAT
	Pr PREUDHOMME	Biologiste CHRU Lille
	Dr COPIN	Anatomo-cyto-pathologiste CHRU Lille
	Dr COUVREUR	Médecin généraliste
	Dr BONNIERE	Anatomo-cyto-pathologiste libéral
	C DE PAW	Directrice adjointe URPS Médecins
Dates de réunion :	6 juin, 30 juin, 22 septembre 2011	

11. SOINS PALLIATIFS

Nom des référents :	Dr Isabelle LOENS	
Composition du groupe de travail :	Dr RICOUART	ARS - DOS
	C VINCENT	ARS - DOS
	V RINGLER	ARS - DOMS
	D IGNACE	ARS - DOMS
	Dr SEGUY	Gastroentérologue - CHRU
	D BOURY	Département d'Ethique - Centre d'éthique médicale
	Pr DEBROUKER	Unité de soins palliatifs - GHICL
	C DENDONCKER	Diététicienne - CHRU
	Dr GAMBLIN	Médecin USP - COL
	Dr DECHERF	Médecin USP - Clinique des Bonnettes
	Dr LEMAIRE	Médecin EMSP - CH Valenciennes
	Dr DEREGNAUCOURT	Médecin - réseau Diamant
	P THYRION	Coordonatrice régionale des SP
	D MORELLE	Cadre de santé - réseau Rosalie
	E De WILDEMAN	IDE - réseau Passerelles
	Pr DESROUSSEAUX	Médecin douleur et SP - CHRU
	C DEGRYSE	Cadre sante - CHI Wasquehal
	P HERMANT	Directeur HAD Lens et président FNHAD
	C MANTEL	Cadre santé - HAD Littoral antenne de Fruges
	Dr DE RYCKER	Médecin coordonnateur EHPAD Faches Thumesnil
	V OSTYN	IDE - EHPAD Faches Thumesnil
	J WULLSCHLEGER	Directrice - maison médicale Jean XXIII
	Dr PERNES	Neuropédiatre - Centre St Exupéry Vendin le Vieil
	Dr AVEZ	Médecin Douleur Infantile - CHRU
	Pr BLOND	Médecin - centre de référence de la douleur CHRU
	Dr BERNARDY	Médecin - consultation douleur CH Lens
	C GHESQUIERE	Usager - UDAF 59
	Dr MADELAINE	Médecin douleur - Polyclinique du Bois
Dates de réunion :	16 uin 2011 – 15 septembre 2011	

12. SOINS DE SUITE ET READAPTATION (SSR)

Nom du référent	Dr Philippe DALINVAL	
Composition du groupe de travail	Dr BEUGIN	Clinique Mitterie Lomme
	Dr DEBROUCKER	Clinique Villeneuve d'Ascq
	Dr DEPARCY	CH Dron Tourcoing
	Dr D'HALLUIN	CH Roubaix
	Dr IDIRI	Centre de gériatrie Wasquehal
	Dr B. POLLEZ	Responsable pôle handicap - ICL Lille
	Dr ROUSSEAUX	Hôpital Swynghedauw CHRU Lille
	Pr THEVENON	CHRU Lille
	Dr ISTAS	CRF l'Espoir Hellemmes
	Dr BIERRY	Clinique St Roch Roncq
	B. DOLLE	DG groupe Hopale Berck sur Mer
	Dr FARASSE	URPS Médecins
	F. GOUYER	Directeur CRF Marc Sautelet Villeneuve d'Ascq
	S. GUNST	Directeur CH Jeumont
	S. HERLIN	Directeur SSR Les Abeilles Briastre
	C. NIO	Directeur CRF Raimbeaucourt
	M. THUMERELLE	Directeur Hôpital Swynghedauw CHRU Lille
	Dr FOURNIER	Gériatre - CH LENS
	Dr GARET	CRF Les Hautois Oignies
	Dr TAILLEZ	Service SSR - CH Carvin
	Dr PETIT	Service SSR - CH Arras
	Dr AMBROZY	Centre La Rougeville St Saulve
	Dr CLICHE	Clinique St Roch Cambrai
	Dr DEROIDE	Service MPR CH Valenciennes
	C. HENNION	FNEHAD
	Dr HENONIN	Unité locale de soins pour PA Escaudin
Dates de réunions	29 ars, 31 mai 2011	

13. ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX (AVC)

Nom du référent	Dr Philippe DALINVAL	
Composition du groupe de travail	C. DHAUSSY	ARS - DOS
	B. DELAETER	ARS - MAPI (suppléant)
	Dr MOUNIER-VEHIER	Neurologue - CH Lens
	Dr JOSIEN	Neurologue - CH Béthune
	Dr GIRARD-BUTTAZ	Neurologue - CH Valenciennes
	Dr ROSOLACCI	Neurologue - CH Sambre Avesnois
	Dr DEREEPER	Neurologue - CH Calais
	Dr DEVOS	Neurologue - CH Boulogne
	Dr TOUZANI	Neurologue - CH Dunkerque
	Dr ADNET-BONTE	Neurologue - CH Roubaix
	Dr GOLDSTEIN	Urgentiste - SAMU 59
	Dr VALETTE	Urgentiste - SAMU 62
	Pr PRUVO	Radiologue - CHRU
	Pr LECLERC	Radiologue - CHRU
	Dr MICHELIN	Radiologue - CH Roubaix
	Pr KACET	Cardiologue - CHRU
	Dr DUJARDIN	Cardiologue – CH Douai (suppléant)
	Dr ROUSSEAUX	Médecin MPR - CHRU
	Pr LEJEUNE	Neurochirurgien - CHRU
	Dr THUIN	URPS médecins
	Dr NUTTENS	Médecin DIM - CH Douai
	Dr H KOHLER	Médecin DIM - CH Valenciennes (suppléant)
	MC PAUL	Directrice - CH Roubaix
	Pr LEYS	Neurologue - CHRU
	Dr LUCAS	Neurologue - CHRU (suppléant)
	M. SIMONEAU-DEVILLERS	Direction déléguée aux neurosciences - CHRU
	Dr CLICHE	Directeur clinique St Roch - Cambrai
	Dr FOURRIER	Polyclinique de la Louvière - Lille
	Dr MACKOWIAK	GHICL
	Pr HAUTECOEUR	GHICL (suppléant)
	I. BRASSART	GHICL
	H. de RIEMAECKER	Association France AVC 59/62
	D. DESSEAUX	Association France AVC 59/62 (suppléant)
Dates de réunions	16 ars, 6 juin, 20 septembre 2011	

14. ADDICTOLOGIE

Nom du référent	Mme Catherine RIGAUT-COMBES, Dr Francine VANHEE

Composition du groupe de travail	D. LENOIR	DG ARS
	JP ROBELET	ARS - DOS
	Dr VANDEVELDE	ARS - DSP
	S. DESGARDIN	Inspection académique 59
	Dr DUBOIS	Inspection académique 62
	Mme VANHOENACKER	Rectorat
	M. RAVERDY	DISP
	J-P GUILLOTON	Directeur adjoint - DDCS 59
	M. CRUNELLE	Directeur adjoint - DDCS 62
	Un représentant	DIRRECTE
	E. RICHARD	Directeur adjoint - DRJSCS
	M. TOURBEZ	CG 59
	Mme DAMAGEUX	CG 62
	Mme BACHELET	Conseil régional
	M. DELAVAL	URIOPSS
	E. DOOGHE	Directrice - ANPAA
	MA TESTELIN	Directrice - Eclat - GRAA
	Dr DANEL	COPAH
	M. FONTAINE	GRANITéA
	Mme VILLEZ	GRANITéA (suppléant)
	M. LEMAIRE	Directeur général VISA
	M. BOURHIS	VISA (suppléant)
	Pr COTTENCIN	Université
	Pr GOUDEMAND	Université (suppléant)
	Mme CATTIAUX	CEFIEC
	Dr VOSGIEN	Psychiatre- CH Lens
	Dr LEDENT	Médecin généraliste – CH Carvin (suppléant)
	Un représentant	EPSM
	M. CROIZE	
	M. LOSE	(suppléant)
	Mme DEPAUW	URPS médecins
	Pr BORDET	CEIP
	Dr GAUTIER	CEIP (suppléant)
	Dr DEHEUL	CEIP (suppléant)
	Dr MASQUELIER	G&T 59 62
	Dr RIFF	G&T 59 62 (suppléant)
	M. WYPYCH	Prévart

Dates de réunions	Commission régionale addictions : 19/11/2010; Comité thématique 10/06/2011; 08/07/2011; Prévu 07/10/2011 Groupes de travail de la Commission Régionale Addictions : Traitements de substitution aux opiacés ; Jeunes ; Filières et Réseaux ; Formation –Evaluation-Recherche ; Infirmiers(ères) en addictologie ; Valorisation des groupes d'entraide (Gpe outils de la loi 2002-2 clos après rendu travaux).

15. PSYCHIATRIE

Nom des référents	Dr Francine VANHEE, M Philippe DAGBERT

Composition du groupe de travail	P. JACSON	CH Valenciennes
	Dr DRICI	Pédopsychiatre - CH Cambrai
	G. NIVESSE	Directeur - IDAC
	Dr J-Y. ALEXANDRE	Psychiatre - EPSM agglomération lilloise
	D. STEKELOROM	CG 62
	Dr DOUBLIZE	GHICL
	Dr LEFEBVRE	Psychiatre - Clinique du Littoral
	Dr BETREMIEUX	Pédopsychiatre - CH Hénin-Beaumont
	Dr DELION	PUPH - CHRU
	Dr SALOME	Psychiatre - psdt CME - EPSM Flandres
	N. ALQUIER	Directrice - Clinique de l'Escrebieux
	M. BRETON	Délégué régional fédération Croix Marine
	B. ESCAIG	Président UNAFAM Nord-Pas-de-Calais
	B. DORE	Chargée de mission - URAPEI
	E. JOUBERT	CG 59
	S. CHAVATTE	EPSM agglomération lilloise
	M. PRESTINI	Directrice - CREAI
	M. MANSOURI	IEM Zuydcoote
	N. CUVELIER	CG 59
	Pr THOMAS	Vice-président F2RSM
	V. SELLEZ	CG 62
	V. DODIN	GHICL
	B. DELAVAL	URIOPSS
	O. ALAO	URPS médecins
	C. ETHUIN	Président - association Nord mentalités
	Dr LEHEMBRE	Psychiatre libéral Lille
	Dr DANEL	Directeur F2RSM
	N. CHETOUI	MDPH 62
	R. RIBEAUCOURT	ABEJ
	J. HALOS	Directeur - EPSM Lille Métropole
	P. BOURDIN	CG 59
	Dr VIRNOT	Pédopsychiatre - CH Douai
	G. LEFEBVRE	CH Douai
	Dr DEBAISIEUX	Psychiatre - psdt CME - EPSM Val de Lys
	Dr LAJUGIE	Psychiatre - psdte CME - EPSM Lille Métropole
	F. CAPLIER	Directeur adjoint - EPSM agglomération lilloise
	J. NOEL	Directeur - EPSM agglomération lilloise

Dates de réunions	Commission : 09/02/2011; 04/05/2011 Comité thématique : 29/06/2011; 14/09/2011; Prévue 23/11/2011 Groupe de travail pédopsychiatrie : 22/03/2011 et 15/04/2011 Groupe de travail prévention : 14/03/2011 et 12/04/2011 Groupe de travail accès aux soins : 17/03/2011 et 12/04/2011 Groupe de travail mortalité évitable : 09/03/2011 et 01/04/2011 Présentation sur les territoires : Littoral 09/05/2011; Hainaut 28/06/2011 Participation aux groupes de travail GCS Psychiatrie Artois et Coopération psy Métropole, psychiatrie du Littoral

16. TRANSFUSION SANGUINE

Nom du référent :	Mme le Dr Marianne SANDLARZ	
Composition du groupe de travail	Dr JJ HUART	Directeur Général EFS Nord de France
	Dr E. RESCH	Directeur de la distribution EFS Nord de France
	Mr R. SMUCZYNSKI	Secrétaire Général EFS Nord de France