



**ELABORATION DU SROS
ETAT DES LIEUX - BILAN DU
SROS III**

SOMMAIRE

INTRODUCTION

- 1- Présentation des caractéristiques du SROS-PRS
- 2- Méthodologie régionale
 - 2-1 Organisation interne de l'ARS
 - 2-2 Pilotage et concertation
- 3- Calendrier
- 4- Cadre réglementaire

BILAN DIAGNOSTIC : Présentation de l'offre de soins régionale et par territoire de santé

- 1.1 Etude socio-économique de la patientèle
- 1.2 Evolution des dépenses de santé dans le Nord-Pas-de-Calais (2007-2009)
- 1.3 Données relatives aux soins de 1^{er} recours
- 1.4 Données relatives aux établissements de santé

BILAN DU SROS III PAR VOLET

- 1- Prise en charge des urgences et articulation avec la permanence des soins
- 2- Permanence des soins ambulatoires constituant une partie de la thématique permanence des soins des établissements de santé et urgences
- 3- Chirurgie
- 4- Hospitalisation à domicile
- 5- Télésanté-Télémedecine
- 6- Cancer
- 7- Pneumologie
- 8- Douleur
- 9- Soins palliatifs
- 10- Diabète
- 11- Lutte contre l'obésité
- 12- Réanimation-surveillance continue- soins intensifs
- 13- Techniques interventionnelles utilisant l'imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie
- 14- Imagerie médicale
- 15- Périnatalité- AMP-DPN/ IVG/ Petite enfance
- 16- Soins de suite et de réadaptation
- 17- Santé mentale
- 18- Vieillesse/ USLD/ Alzheimer
- 19- Transfusion sanguine

LES MISSIONS DE SERVICE PUBLIC

TRANSVERSALITES

INTRODUCTION

1- PRESENTATION DES CARACTERISTIQUES DU SROS-PRS

L'élaboration du Schéma Régional de l'Offre de Soins (SROS) s'inscrit dorénavant dans le cadre global du Projet Régional de Santé (PRS), et en déclinaison du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS).

A ce titre, les **caractéristiques** attendues du nouveau schéma régional d'organisation des soins, issu de la loi HPST, sont les suivantes :

- cohérence du PRS et approche intégrée des schémas régionaux de l'offre de soins, de prévention et de l'offre médico-sociale pour la mise en œuvre des objectifs du Plan Stratégique Régional de Santé :
 - o lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé
 - o cibler les investissements nécessaires de façon à réduire l'écart entre la région et le territoire métropolitain et à renforcer l'efficacité du système de santé et de soins de la région
 - o gérer les risques sanitaires, les déterminants de santé et l'accès aux soins
 - o orienter le système de santé pour répondre aux droits des personnes à un parcours de santé
- extension au secteur ambulatoire : l'exercice est nouveau ; il doit nécessairement être en lien et en concertation avec les acteurs de terrain et la dynamique de construction du projet est un élément déterminant de sa mise en œuvre.
- ➔ Le volet ambulatoire du SROS ayant une valeur essentiellement indicative, conformément aux termes de la loi, seules des priorités partagées avec les professionnels de santé libéraux et les élus locaux obtiendront la légitimité nécessaire à leur mise en œuvre sur le terrain. Ensuite l'approche pragmatique doit être privilégiée, dans un contexte de libre choix du patient et de liberté d'installation des médecins. Enfin, le champ de compétence du volet ambulatoire est large : il concerne l'ensemble des acteurs de santé exerçant en ville. Dans le cadre de ce premier exercice, les priorités d'action seront ciblées sur les zones fragiles où l'offre doit être consolidée et resserrée sur quelques projets structurants pour l'offre de soins de premier recours.
- ➔ Sur le volet hospitalier, les enjeux sont importants : adéquation offre / besoins, efficacité, qualité des soins, respect de l'ONDAM
 - mise en place d'un nouveau mode de pilotage de l'activité hospitalière se substituant aux OQOS
 - développement des alternatives à l'hospitalisation complète
 - chiffrage du SROS concomitant à son élaboration
- ➔ Le SROS devra comporter, en outre, un chapitre par activité de soins ou équipements lourds soumis à autorisation ou à OQOS. Les volets même récents doivent être réécrits sur les OQOS ou sur les priorités du nouveau SROS.
- ➔ Le SROS devra également prévoir un chapitre sur les missions de service public (nouveau HPST) qui relèvent pour partie d'activités de soins pour lesquelles un volet est à prévoir, ou de sujets structurels (formation, recherche) ; elles portent également

sur la lutte contre l'exclusion ou les soins aux personnes placées en centre de rétention administrative.

A noter : le SIOS reste en vigueur jusqu'en 2013.

2- METHODOLOGIE REGIONALE

2-1-organisation interne de l'ARS

➤ **Conduite du projet SROS :**

Responsabilité : Direction DOS

Equipe-projet : unique pour l'ensemble du SROS

- Chefferie de projet : E. POLLET (DOS – Pôle Métropole)
 - Dr DALINVAL, Dr LOENS, Dr DEFEBVRE (DSEE)
 - S. LEQUEUX, Ch. VINCENT (DOS- soins de premier recours)
 - M. PANDOLFO, Y. BEAUCHAMP (DOS – pôle qualité des soins)
 - M. LONGUEPEE (DOS – Dép. Etablissements de santé – Planification)

➤ **Groupes de travail**

Au démarrage des travaux, une concertation avec des experts régionaux et des personnalités qualifiées s'est avérée utile, dans certains domaines, pour fédérer les acteurs et susciter un premier échange de fond.

Des groupes thématiques internes ont désormais été constitués. Ils ont vocation à apporter leur éclairage sur les prises en charge thématiques, quel que soit le champ dans lequel celles-ci s'exercent (prévention, soins, accompagnement médico-social). Ces groupes seront élargis à des experts régionaux et personnalités qualifiées. Ils prendront alors la forme de comités thématiques.

Enfin, le groupe projet propose de pouvoir s'appuyer sur des compétences et des partenaires extérieurs notamment pour le volet ambulatoire. Il sera impératif de solliciter des compétences au sein :

- des URPS,
- des Caisses d'Assurance maladie,
- du Conseil régional (pour le volet 1^{er} recours – établissement du diagnostic)

Ces appuis devront permettre de partager le diagnostic et les orientations.

2-2 - pilotage et concertation

3 niveaux de concertation sont prévus :

- un premier niveau pour le pilotage des travaux

Mise en place d'un **comité de pilotage** co-présidé par le Directeur général délégué à l'Offre de soins, la Présidente de la CSOS, et un représentant de l'URPS médecins. Ce comité sera composé de :

- un représentant du Conseil régional,
- un représentant de l'Assurance maladie
- un représentant d'usagers

- des représentants des fédérations hospitalières : FHF, FEHAP, FHP, URIOPSS
- la direction générale et le président de CME du CHRU
- le représentant des présidents de CME et un représentant des présidents de CME des établissements psychiatriques
- des représentants du secteur ambulatoire : Fédération des maisons de santé pluridisciplinaires, Groupement régional des réseaux
- des représentants des URPS : Médecins, Infirmiers, Pharmaciens, Masseurs-Kinésithérapeutes
- un représentant du conseil de l'Ordre des Pharmaciens
- un représentant du Conseil régional de l'Ordre des médecins
- un représentant de l'Université catholique de Lille.

➤ un second niveau de concertation qui s'intègre à la construction du Projet Régional de Santé et qui mobilise les instances de démocratie sanitaire :

- Comité de pilotage PRS
- Comité scientifique et méthodologique
- CRSA – CSOS
- Conférences de territoire

➤ un troisième niveau qui correspond aux consultations spécifiques :

Compte tenu du code de la santé publique et des modes de fonctionnement des syndicats des professions de santé libérales, il faudra consulter et inclure, dès la phase d'élaboration du diagnostic, les URPS. En effet, l'article R 4031-2 du CSP prévoit notamment que : « *Les unions régionales contribuent à l'organisation de l'offre de santé régionale. Elles participent notamment :*

1° A la préparation et à la mise en œuvre du projet régional de santé ;

2° A l'analyse des besoins de santé et de l'offre de soins, en vue notamment de l'élaboration du schéma régional d'organisation des soins ;

3° A l'organisation de l'exercice professionnel, notamment en ce qui concerne la permanence des soins, la continuité des soins et les nouveaux modes d'exercice ; »

De fait, en sus des consultations mentionnées ci-dessus des conférences de territoire et de la commission spécialisée, les URPS, ou la Fédération Régionale des Professionnels de Santé qui regroupe des représentants de chaque URPS (sur mandat des URPS), seront consultées à chaque étape de l'élaboration du SROS.

3- CALENDRIER

Les SROS 3 ne peuvent plus être révisés depuis le 01/07/2010, et la validité du SROS 3 confirmée par le maintien des territoires de santé antérieurs sur la période est limitée au 31/03/2011, soit 5 ans après l'arrêté initial du 31/03/2006.

La prorogation de la validité des SROS en cours est envisagée par modification législative, jusqu'à adoption du SROS-PRS.

Si tous les volets ne sont pas inclus dans le premier arrêté SROS-PRS, il n'est pas opposable aux matières non traitées.

Calendrier prévision d'élaboration du SROS de la région NPDC

Région	janv-11	févr-11	mars-11	avr-11	mai-11	juin-11	juil-11	août-11	sept-11	oct-11	
SROS : calendrier affiché en région NPDC											
Elaboration et concertation											
équipe projet	méthodologie		bilan-diagnostic		orientations		rédaction		finalisation		consolidation des schémas
référénts thématiques		premier bilan et cadrage	bilan - diagnostic	orientations		rédaction					
groupe OQOS		bilan 2009		mise en place OQOS nouveaux et dialogue de gestion	élaboration OQOS sur volets thématiques						
synthèse par territoire				sur bilan			sur orientations		sur schéma		
COPIL											
CSOS											
Consultation des conférences de territoires											
Consultation CRSA (6 semaines)											
Arrêté DGARS portant SROS											

4 – CADRE REGLEMENTAIRE

Dispositions législatives et réglementaires sur les objectifs du SROS	
L 1434-7 « Prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d' efficacité et d' accessibilité géographique »	
Le schéma régional d'organisation des soins comporte : 1° Une partie relative à l'offre de soins définie à l'article L. 1434-9 . Cette partie est opposable aux établissements de santé, aux autres titulaires d'autorisations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, ainsi qu'aux établissements et services qui sollicitent de telles autorisations ;	L 1434-9 Le schéma régional d'organisation des soins fixe, en fonction des besoins de la population, par territoire de santé : 1° Les objectifs de l'offre de soins par activités de soins et équipements matériels lourds, dont les modalités de quantification sont fixées par décret ; 2° Les créations et suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds ; 3° Les transformations et regroupements d'établissements de santé, ainsi que les coopérations entre ces établissements ; 4° Les missions de service public assurées par les établissements de santé et les autres personnes citées à l'article L. 6112-2 ; 5° Les objectifs et les moyens dédiés à l'offre de soins en milieu pénitentiaire. En fonction des objectifs de l'offre de soins mentionnée au 1° en matière de biologie médicale, le directeur général de l'agence régionale de santé peut s'opposer, dans les conditions définies à l'article L. 6222-2 , à l'ouverture d'un laboratoire de biologie médicale ou d'un site de laboratoire de biologie médicale.
2° Une partie relative à l'offre sanitaire des professionnels de santé libéraux, des maisons de santé, des centres de santé, des pôles de santé, des laboratoires de biologie médicale et des réseaux de	Le SROS indique par territoire de santé les besoins en implantations pour l'exercice des soins [de premier recours] : <ul style="list-style-type: none">- professionnels de santé libéraux- pôles de santé, maisons de santé- centres de santé- laboratoires de biologie médicale

santé.	<ul style="list-style-type: none"> - réseaux de santé <p>Il détermine les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, maisons de santé, pôles et centres de santé.</p> <p>L 1434-8 Le SROS détermine les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins médicaux est particulièrement élevé (dans les 3 ans, le DGARS évalue la satisfaction des besoins en implantations pour l'exercice des soins de 1^{er} recours)</p> <p>En fonction des objectifs de l'offre de soins mentionnée au 1° en matière de biologie médicale, le directeur général de l'agence régionale de santé peut s'opposer, dans les conditions définies à l'article L. 6222-2, à l'ouverture d'un laboratoire de biologie médicale ou d'un site de laboratoire de biologie médicale.</p>
Coordination	<p>Le SROS « précise les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins », ainsi que les coopérations notamment entre</p> <ul style="list-style-type: none"> - les établissements de santé. - les communautés hospitalières de territoire - les établissements sociaux et médico-sociaux - les centres de santé - les structures et professionnels de santé libéraux <p>Il organise la coordination entre les services de santé [de premier recours] et les établissements de santé assurant une activité au domicile des patients intervenant sur le même territoire de santé.</p> <p>Il détermine les modalités de coordination des soins de toute nature apportés au patient.</p> <p>Il précise les modalités de coordination des établissements, professionnels et services de santé.</p>
Accessibilité	<p>Le SROS détermine les objectifs retenus pour assurer une offre de soins suffisante aux tarifs des honoraires prévus au [secteur 1] 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale</p> <p>Il « prend en compte les difficultés de déplacement des populations ainsi que les exigences en matière de transports sanitaires, liées en particulier aux situations d'urgence »</p>



BILAN DIAGNOSTIC : Présentation de l'offre de soins régionale et par territoire de santé

I – ETUDE SOCIO-ECONOMIQUE DE LA PATIENTELE

(A compléter)

II – EVOLUTION DES DEPENSES DE SANTE DANS LE NORD-PAS-DE-CALAIS (2007-2009)

Evolution des dépenses sanitaires dans le Nord Pas de Calais (en K€)

	2007	2008	2009
Hôpital	3 281 518	3 475 948	3 720 564
Ville	3 811 527	3 891 932	4 001 169
Total	7 093 045	7 367 880	7 721 733

Source : CNAMTS

Evolution des dépenses sanitaires en France Métropolitaine (en K€)

	2007	2008	2009
Hôpital	52 455 436	54 967 099	57 205 229
Ville	55 409 940	56 918 742	58 256 853
Total	107 865 376	111 885 841	115 462 082

Source : CNAMTS

En 2009, les dépenses sanitaires (ville et hôpital) de la région s'élevaient à 7, 722 milliards d'euros contre 7, 093 milliards en 2007. Le taux de croissance annuel moyen s'établit ainsi à 4,34 %, supérieur à la progression nationale (3,46 %).

Alors que les dépenses de ville restent en région sur une progression proche de la moyenne nationale sur la période 2007 à 2009 (respectivement 2,46 % contre 2,54 % en taux de croissance annuel moyen), les dépenses hospitalières régionales progressent nettement plus vite, avec un taux de croissance annuel moyen de 6,48 % contre 4,43 % pour la France Métropolitaine.

En 2009, la région représentait 6,69 % des dépenses sanitaires de la France Métropolitaine mais 6,50 % pour les dépenses hospitalières et 6,87 % pour les dépenses de ville. En regard, sa population représentait 6,46% de la population nationale. Depuis 2007, la part des dépenses de ville est restée stable tandis que celle des dépenses hospitalières a progressé de 0,24 %.

Le poids des dépenses hospitalières dans les dépenses sanitaires de la région est passé de 46,26 % en 2007 à 48,18 % en 2009, soit une progression de près de 2 points. Ce poids est de 49,54 % au niveau national en 2009, en progression de 0,9 points par rapport à 2007. La région rattrape ainsi progressivement son retard sur le champ des dépenses hospitalières par rapport au champ des soins de ville.

En 2009, dans la région :

- la dépense moyenne hospitalière par habitant est de 920,96 € contre 914,90 € au niveau national
- la dépense moyenne par habitant en soins de ville est de 990,42 € contre 931,72 € au niveau national
- la dépense moyenne sanitaire par habitant atteint 1.911,38 € contre 1.846,63 € au niveau national.

III – DONNEES RELATIVES AUX SOINS DE 1er RECOURS

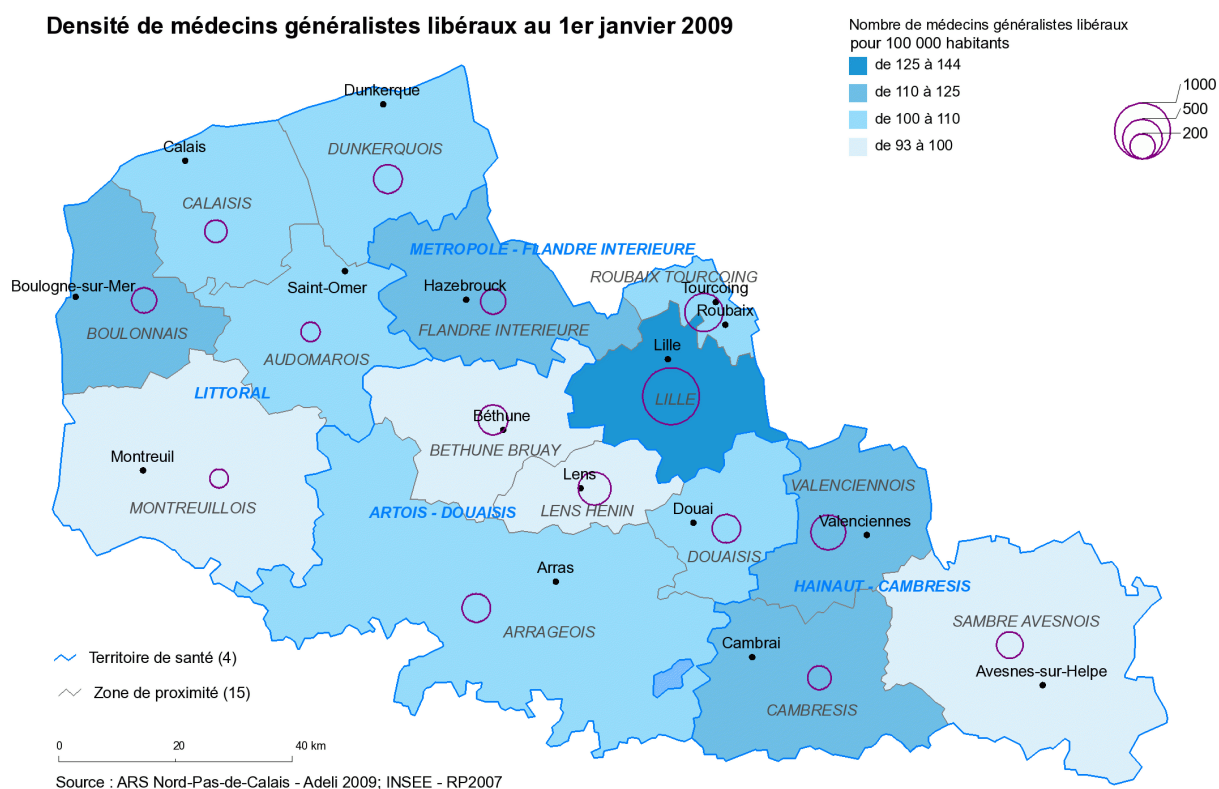
Le diagnostic conduit à observer, d'une part, que l'offre de soins de premiers recours est quasi identique à la moyenne nationale, et, d'autre part, que cette offre est inégalement répartie sur le territoire.

3.1. Analyse quantitative de l'offre de soins de premier recours :

Cette analyse a été faite sur les 3 principales professions libérales de premier recours : les médecins généralistes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes.

3.1.1. Une offre de médecins généralistes équivalente à la moyenne nationale mais inégalement répartie :

On dénombre 112 médecins généralistes pour 100 000 habitants contre 111 au niveau national. Il existe toutefois des disparités infrarégionales. On constate en effet des écarts de densité de 1 à 1,3 selon les territoires de santé. A titre d'exemple on dénombre 100 médecins généralistes pour 100 000 habitants dans l'Artois - Douaisis contre 129 dans la Métropole - Flandre Intérieure.

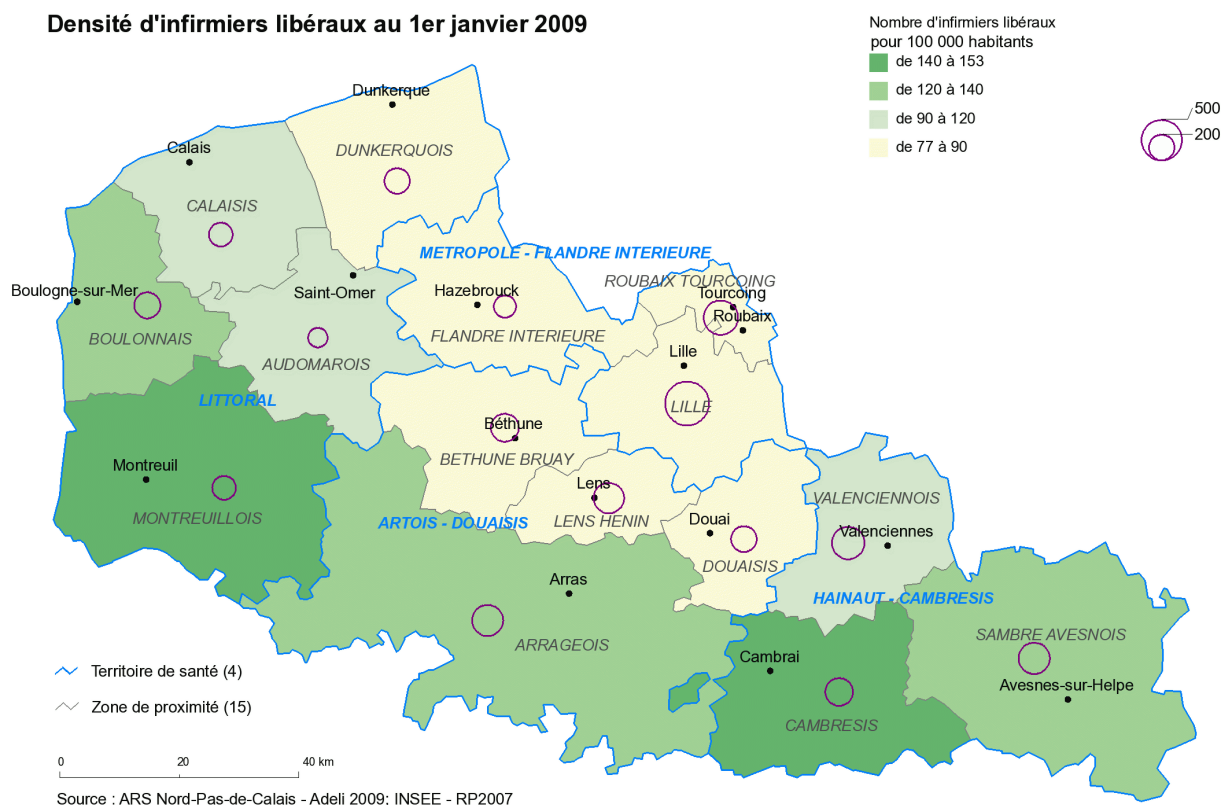


Une partie du bassin minier (Béthune-Lens : entre 93 et 100 MG) peut apparaître comme sous dotée au regard des autres zones. Toutefois, ne sont pas inclus sur cette carte les médecins généralistes du régime des mines qui contribuent à prendre en charge une partie de la population résidente.

Enfin, on observe un déficit réel d'offre de soins de médecins généralistes libéraux dans les territoires ruraux de Sambre Avesnois et le Montreuillois.

3.1.2. Une offre d'infirmiers libéraux nettement en dessous de la moyenne nationale et inégalement répartie :

La densité régionale d'infirmiers libéraux est inférieure de 23 points à celle observée en France (96 contre 119). Il existe par ailleurs des disparités infrarégionales : écarts de densité de 1 à 1,4 selon les territoires de santé : Métropole - Flandre intérieure = 83 / Hainaut Cambrésis = 116.



Si ces écarts de densité peuvent paraître importants, il est à signaler qu'en 2008 dans le cadre de l'avenant 1 à la convention nationale des infirmiers libéraux¹, on dénombrait :

- 1 zone très sous dotée
- 12 zones sur dotées.

Lorsqu'on en fait le bilan après 3 ans de mise en œuvre en région, on constate que les effectifs infirmiers ont augmenté de manière plus importante dans la région qu'au niveau national (+6,8% vs + 2,4%). L'écart est donc en train de se réduire. Par ailleurs, les effectifs dans la zone très sous dotée ont augmenté sensiblement.

Dans les zones sur dotées la baisse des effectifs a été plus importante dans la région qu'au niveau national (-4,5% vs -3%).

Sur ces bases, l'avenant conventionnel n°1 a atteint son objectif.

Zones	France	Région NPDC
-------	--------	-------------

¹ L'avenant 1 à la convention nationale des infirmiers avait pour objectif de réguler les nouvelles installations : limiter les installations dans les zones sur dotées et les favoriser dans les zones considérées comme très sous dotées.

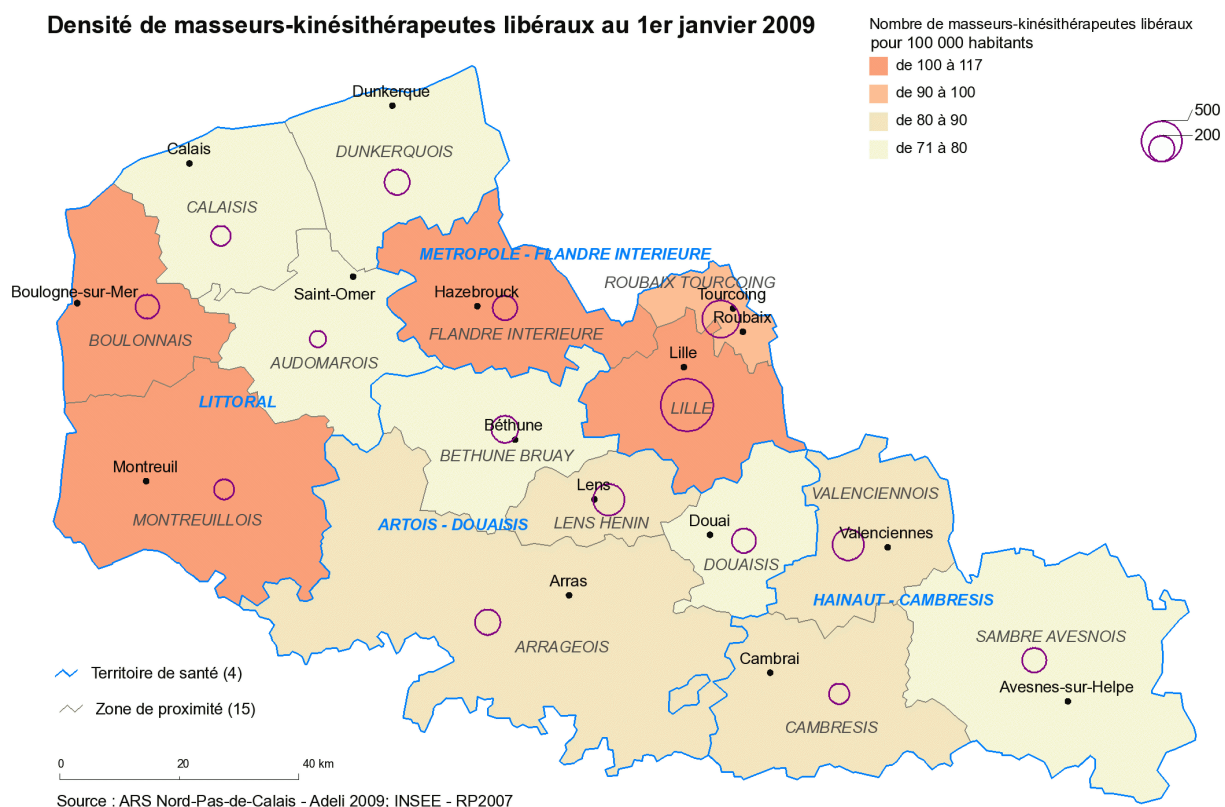
Très sous dotées	+10,6%	+50%
Sous dotées	+2,7%	+3,8%
Intermédiaires	+3,5%	+9%
Très dotées	+1,5%	+3,6%
Sur dotées	-3%	-4,5%
TOTAL	+2,4%	+6,8%

Evolution du nombre d'infirmiers libéraux en exercice calculée sur la base des effectifs de l'année 2008 (année de référence pour le calcul du niveau de dotation)

3.1.3. Une densité régionale des masseurs kinésithérapeutes légèrement supérieure à la moyenne nationale :

La densité régionale des masseurs kinésithérapeutes libéraux est de 91 pour 100 000 habitants contre 85 au niveau national.

Il existe toutefois là encore, selon les territoires, des disparités infrarégionales. Elles restent néanmoins moins marquées que pour les médecins généralistes et les infirmiers libéraux. 40% des masseurs kinésithérapeutes exercent sur le territoire de santé Métropole - Flandre intérieure.



3.1.4. Une offre de soins de 1er recours relativement jeune

31% des médecins généralistes libéraux ont plus de 55 ans (36,7% au niveau national).

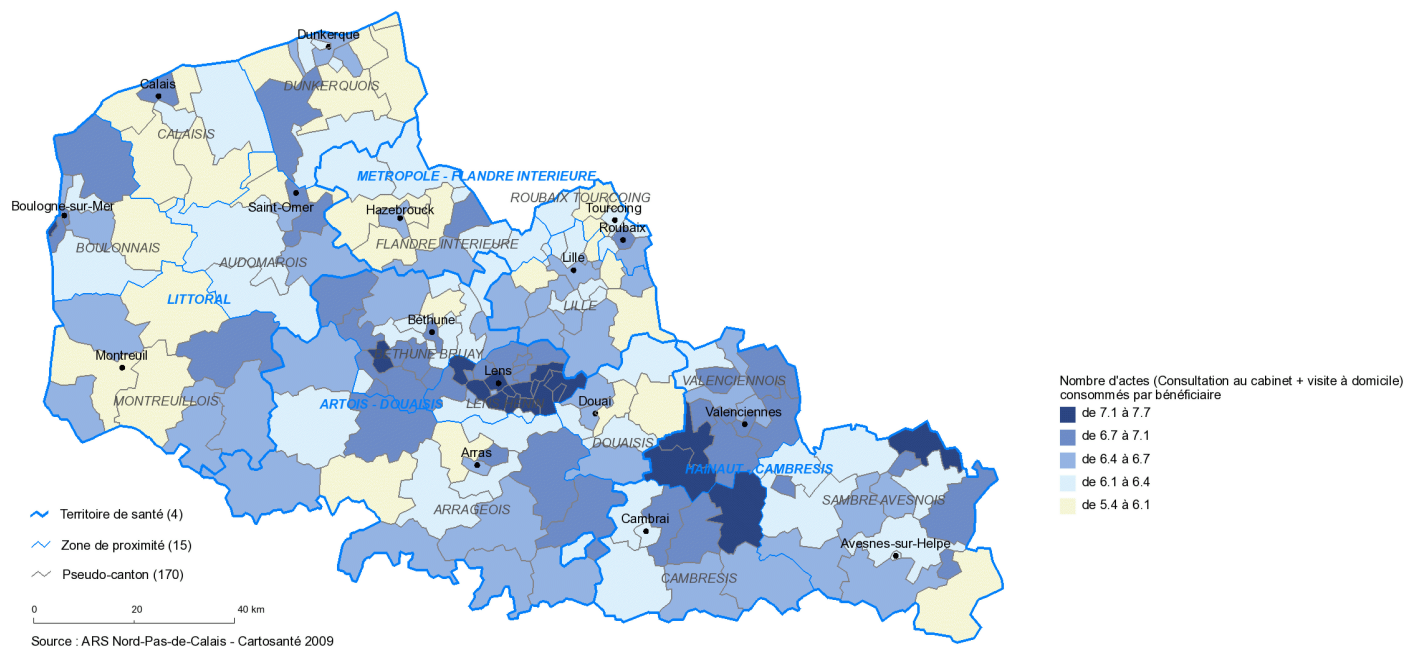
Les infirmiers et masseurs kinésithérapeutes sont une population jeune : seuls 12,36% des infirmiers libéraux et 15,24% des masseurs-kinésithérapeutes ont plus de 55 ans.

Il existe là encore des disparités infrarégionales. Le Littoral compte la part la plus importante de professionnels de santé de plus de 55 ans.

3.1.5. Une consommation d'actes de soins de médecine générale plus forte sur les territoires du Hainaut et de l'Artois

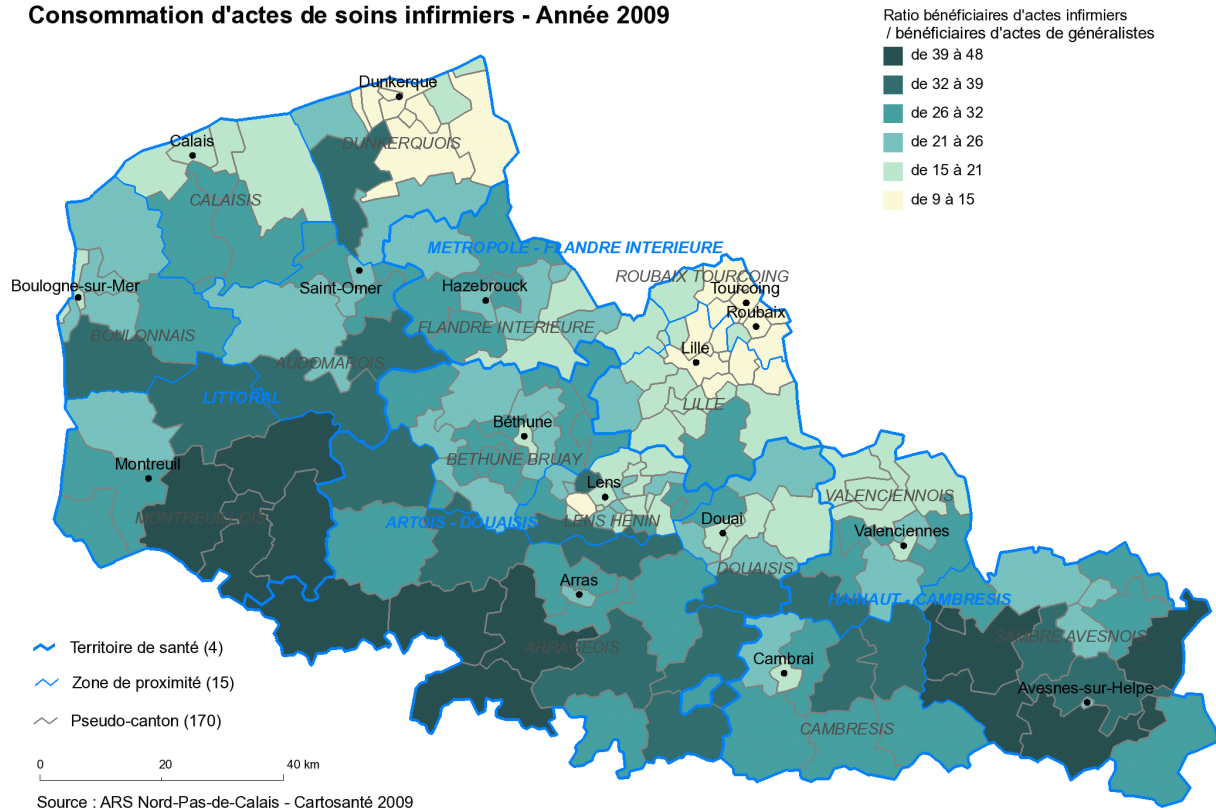
L'analyse des données conduit à observer que les bénéficiaires de soins de médecine générale sur les territoires du Hainaut et de l'Artois consomment jusqu'à 50% d'actes en plus par rapport à la moyenne régionale. Ce constat peut être explicité par les indicateurs de comorbidité et socio-économique.

Consommation d'actes de soins généralistes - Année 2009



Les soins infirmiers sont consommés en plus grand nombre dans les zones rurales, là où les populations sont vieillissantes.

Consommation d'actes de soins infirmiers - Année 2009



3.2. Analyse qualitative :

Cette analyse qualitative porte d'une part, sur la structuration de l'offre de soins et d'autre part, sur des pratiques individuelles ou collectives dont on peut penser qu'elles améliorent la qualité des soins.

3.2.1. Une offre de soins de premiers recours à la recherche de plus d'efficience :

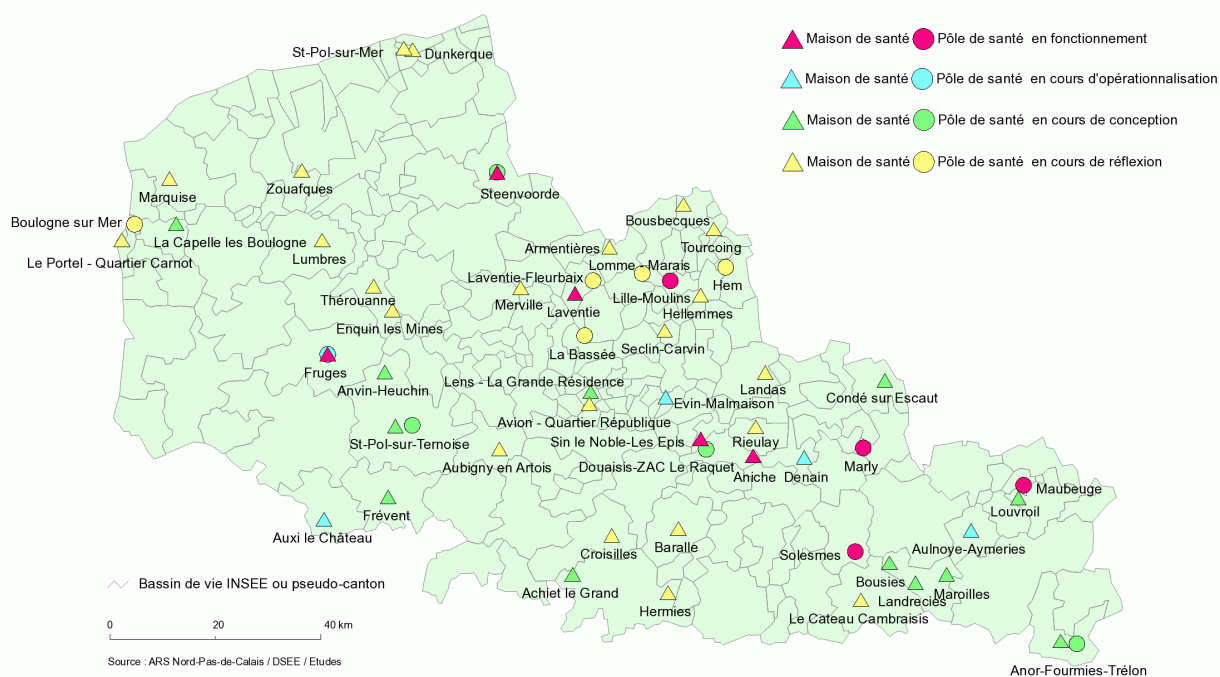
On observe depuis maintenant 3 ans une dynamique forte des professionnels de santé libéraux pour des structures de soins coordonnées de type maison et pôle de santé.

Ainsi, on peut dénombrer :

- > une cinquantaine de projets de maisons ou pôles de santé recensée en région
- > 9 maisons ou pôles de santé en fonctionnement qui participent à l'expérimentation nationale sur les nouveaux modes de rémunération.

Ces projets sont essentiellement localisés dans des territoires en sous-densité médicale et/ou à forts besoins de santé (territoires ruraux/semi-urbains, ZUS)

Recensement des maisons et pôles de santé (en fonctionnement et en projet) - Mars 2011



On observe par ailleurs ces derniers mois un nombre croissant de projets dans des territoires urbains sans problématique particulière.

Ce dernier constat est le signe que ce mode d'exercice est plus qu'un outil devant permettre de répondre aux problématiques de démographie des professionnels de santé libéraux. En effet, il permet de mieux structurer l'offre de soins de premier recours ; il séduit les professionnels de santé libéraux par sa capacité à faciliter l'organisation du travail ; il permet une prise en charge coordonnée des soins plus efficiente.

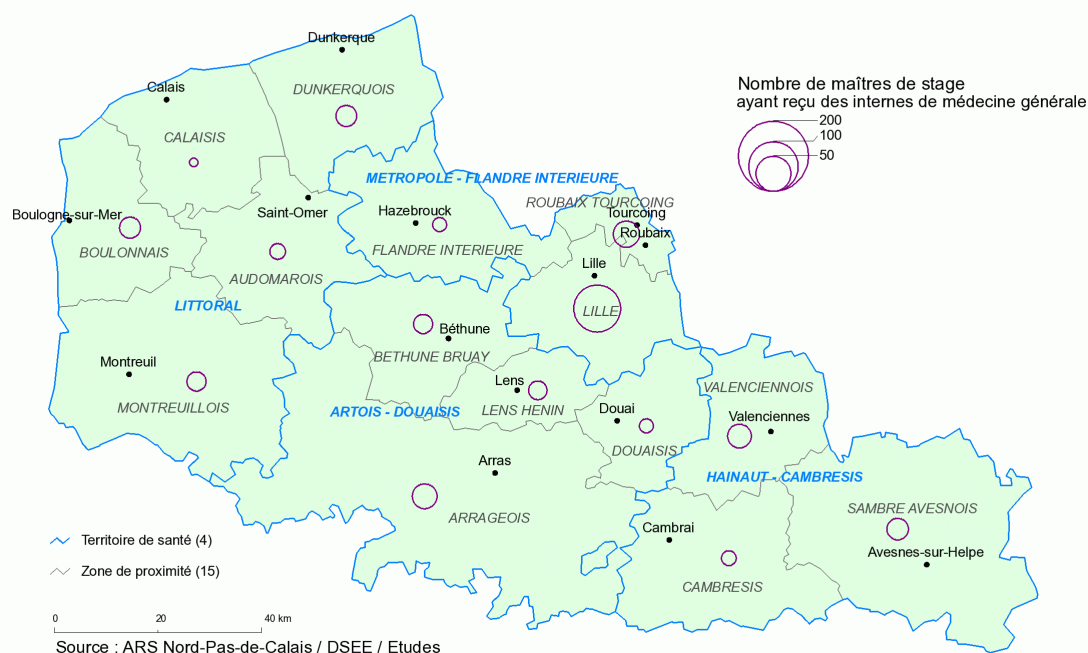
3.2.2. Une volonté croissante d'améliorer la qualité des pratiques :

On dénombre aujourd'hui près de 390 maîtres de stages de médecine générale en région (novembre 2010). Leur répartition sur le territoire est toutefois inégale :

- > 42% sur la Métropole
- > 22% sur le Littoral,
- > 20% sur l'Artois
- > 15,8% sur le Hainaut

Par ailleurs, il existe dans la région Nord-Pas-de-Calais 24 groupes qualité impliquant environ 250 médecins généralistes. 54% d'entre eux sont situés sur le territoire de la Métropole.

Lieux de stage de médecine générale - semestre mai 2009 / novembre 2010



3.3. L'offre de soins réglementée : la délivrance du médicament, la biologie médicale et l'offre de transports sanitaires :

3.3.1. *L'accès aux médicaments et rôle des pharmaciens dans l'offre de soins de premiers recours :*

L'ouverture des pharmacies d'officine est, par opposition aux autres professionnels de santé libéraux, réglementée². En effet, il existe des quotas de pharmacies d'officines par tranches de population résidente.

➤ **Nombre de pharmacies ouvertes**

On comptabilise, au 1^{er} mars 2011, 1493 officines de pharmacie ouvertes dans la région Nord-Pas-de-Calais : 966 dans le département du Nord et 527 dans le département du Pas-de-Calais.

	communes < 2500 hab	communes de 2500 à 30 000 hab	communes > 30 000 hab	total des communes
NORD	160	525	281	966
PAS DE CALAIS	94	339	94	527
NORD PAS DE CALAIS	254	864	375	1493

² L'article L.5125-11 du code de la santé publique prévoit qu'une pharmacie ne peut être ouverte que dans les communes dont le nombre d'habitants est au moins égal à 2 500 habitants

NB : On observe, depuis quelques mois, dans le département du Nord un accroissement des restitutions de licence d'officine de pharmacie pour cessation définitive d'activité. C'est ainsi qu'en dix mois quatre pharmaciens ont restitué la licence de l'officine qu'ils exploitaient.

A ces officines de pharmacie, s'ajoutent :

- 33 pharmacies minières : 12 pour le Nord et 21 pour le Pas-de-Calais
- 8 pharmacies mutualistes : 5 pour le Nord et 3 pour le Pas-de-Calais

➤ **Desserte de la population en médicaments et densité d'officines de pharmacie**

La desserte de la population en médicaments :

165 communes de la Région Nord-Pas-de-Calais ne sont pas considérées comme desservies par une officine de pharmacie, soit 2,1% de la population régionale :

Région Nord - Pas-de-Calais	Nb de communes non desservies	Population des communes non desservies	Part des populations non desservies par Territoire de Santé
Territoire de Santé de l'Artois - Douaisis	66	29 096	2,5%
Territoire de Santé du Hainaut - Cambrésis	36	19 266	2,6%
Territoire de Santé du Littoral	43	17 458	2,2%
Territoire de Santé de Métropole - Flandre Intérieure	19	17 805	1,3%
Total	164	83 625	2,1%

- Territoire de Santé de l'Artois

66 communes du territoire de santé de l'Artois – Douaisis ne sont pas considérées comme desservies par une officine de pharmacie, soit 2,5% de la population de ce territoire de santé :

Territoire de Sant de l'Artois - Douaisis	Nb de communes non desservies	Population des communes non desservies	Part des populations non desservies par Zone de Proximité
Zone de Proximité de l'Arrageois	44	11 964	4,9%
Zone de Proximité de Béthune - Bruay	9	5 948	2,0%
Zone de Proximité de Lens - Hénin	2	1 073	0,3%
Zone de Proximité du Douaisis	11	10 111	4,1%
Total	66	29 096	2,5%

- Territoire de Santé du Hainaut Cambrésis

36 communes du territoire de santé du Hainaut-Cambrésis ne sont pas considérées comme desservies par une officine de pharmacie, soit 2,6% de la population de ce territoire de santé :

Territoire de Sant du Hainaut - Cambrésis	Nb de communes non desservies	Population des communes non desservies	Part des populations non desservies par Zone de Proximité
Zone de Proximité du Cambrésis	5	2 192	1,4%
Zone de Proximité de Sambre - Avesnois	24	11 592	5,0%
Zone de Proximité de Valenciennois	7	5 482	1,6%
Total	36	19 266	2,6%

- Territoire de Santé du Littoral

43 communes du territoire de santé du Littoral ne sont pas considérées comme desservies par une officine de pharmacie, soit 2,2% de la population de ce territoire de santé :

Territoire de Santé du Littoral	Nb de communes non desservies	Population des communes non desservies	Part des populations non desservies par Zone de Proximité
Zone de Proximité de l'Audomarois	6	4 646	3,9%
Zone de Proximité du Boulonnais	4	1 684	1,0%
Zone de Proximité du Calaisis	6	3 915	2,5%
Zone de Proximité du Montreuillois	23	4 895	4,3%
Zone de Proximité du Dunkerquois	4	2 318	0,9%
Total	43	17 458	2,2%

- Territoire de Santé de Métropole –Flandre intérieure

19 communes du territoire de santé de Métropole – Flandre Intérieure ne sont pas considérées comme desservies par une officine de pharmacie, soit 1,3% de la population de ce territoire de santé :

Territoire de Santé Métropole - Flandre Intérieure	Nb de communes non desservies	Population des communes non desservies	Part des populations non desservies par Zone de Proximité
Zone de Proximité de Flandre Intérieure	6	7 008	3,9%
Zone de Proximité de Lille	11	9 000	1,3%
Zone de Proximité de Roubaix Tourcoing	2	1 797	0,4%
Total	19	17 805	1,3%

Densité d'officines de pharmacie :

La région Nord-Pas-de-Calais dispose, en moyenne, de 37 officines de pharmacie pour 100 000 habitants, avec une densité départementale sensiblement identique à la densité régionale.

	communes < 2500 hab	communes de 2500 à 30 000 hab	communes > 30 000 hab	total des communes
NORD	38	37	38	38
PAS DE CALAIS	22	42	41	36
NORD PAS DE CALAIS	30	39	38	37
Données population municipale au 1er janvier 2010 (recensement 2008)				
nombre d'officines de pharmacie au 1er mars 2011				

Pour ce qui concerne le nombre d'habitants pour une officine de pharmacie, la moyenne régionale est de 2 696 habitants pour une officine de pharmacie. La moyenne nationale était, en 2001, de 2 560 habitants pour 1 officine de pharmacie (source « Activité des pharmacies et revenus des pharmaciens » INSEE avril 2004)

	communes < 2500 hab	communes de 2500 à 30 000 hab	communes > 30 000 hab	total des communes
NORD	2 641	2 689	2 600	2 655
PAS DE CALAIS	4 225	2 374	2 441	2 770
NORD PAS DE CALAIS	3 338	2 565	2 560	2 696
Données population municipale au 1er janvier 2010 (recensement 2008)				
nombre d'officines de pharmacie au 1er mars 2011				

➤ **Surnombre d'officines de pharmacie au regard des dispositions réglementaires.**

L'article L.5125-11 du code de la santé publique prévoit qu'une pharmacie ne peut être ouverte que dans les communes dont le nombre d'habitants est au moins égal à 2 500 habitants. Cet article précise, depuis 2008, que l'ouverture d'une nouvelle officine dans une commune de plus de 2 500 habitants où au moins une licence a déjà été attribuée peut être autorisée par tranche entière supplémentaire de 3 500 habitants ; auparavant celle-ci était de 2 500 habitants.

Cette nouvelle disposition a eu pour effet d'accentuer le surnombre d'officines de pharmacie dans la région. On constate, ainsi, un surnombre de 340 officines de pharmacie dans la région Nord – Pas-de-Calais au regard du numérus clausus. Le surnombre serait donc de 22%.

Le regroupement d'officines de pharmacie, prévu par l'article L5125-15 du code de la santé publique, est un outil qui doit permettre de faire diminuer le nombre de pharmacies notamment dans les zones très urbanisées. Cependant, il n'existe pour le moment aucun dispositif incitant les pharmaciens à se regrouper, hormis le maintien de la licence de l'officine regroupée.

	communes de 2500 à 30 000 hab	communes > 30 000 hab	total des communes
NORD	139	74	213
PAS DE CALAIS	98	29	127
NORD PAS DE CALAIS	237	103	340
Données population municipale au 1er janvier 2010 (recensement 2008)			
nombre d'officines de pharmacie au 1er mars 2011			

➤ **Participation des pharmaciens aux missions issues de la loi HPST**

Diagnostic à réaliser

3.3.3. La biologie médicale :

Diagnostic en cours

3.3.4. Les transports sanitaires

➤ **Détermination du nombre théorique de véhicules sanitaires**

Les modalités de calcul du nombre théorique de véhicules de transport sanitaire terrestre correspondant aux besoins de la population de chaque département sont définies dans l'arrêté d'octobre 1995.

Cet arrêté retient :

- d'une part, la répartition de la population départementale en 2 catégories : les communes de 10 000 habitants et plus et les communes de moins de 10 000 habitants ;
- d'autre part, l'application de ratios à la population totale résidant
 - dans les communes de 10 000 habitants et plus, l'application du ratio 1 véhicule pour chaque tranche complète de 5 000 habitants ;
 - dans les communes de moins de 10 000 habitants, l'application du ratio 1 véhicule pour chaque tranche complète de 2 000 habitants.

Le nombre théorique ainsi obtenu peut, en fonction des spécificités locales, être minoré ou majoré de 10 % au plus.

L'arrêté prévoit que les nombres théoriques de véhicules doivent être revus au moins tous les 5 ans.

Les derniers arrêtés pris pour les 2 départements de la région l'ont été le :

- 13 janvier 1995 dans le Nord ;
- 19 septembre 2005 dans le Pas de Calais.

La majoration de 10% y a été appliquée pour chaque département.

Calculs pour 2011

sur la base du recensement de la population 2008 (source INSEE)

Départements	Communes de 10 000 habitants et plus		Communes de moins de 10 000 habitants		Nombre théorique de véhicules	Majoration / Minoration		Nombre de véhicules autorisés
	Population totale	Véhicules	Population totale	Véhicules		+10% maxi	-10% maxi	
NORD	1 464 174	293	1 142 195	571	864	950	778	921 (+31 hors quota)
PAS DE CALAIS	559 339	112	927 860	464	576	637	518	872 (+10 hors quota)
Total	2 023 513	405	2 070 055	1 035	1 440	1 587	1 296	1 793 (+41 hors quota)

Les nombres théoriques de véhicules de chaque département laissent apparaître des excédents de véhicules : + 57 véhicules dans le Nord et + 296 véhicules dans le Pas-de-Calais.

En revanche, si la majoration de 10% maximum est appliquée, le département du Nord devient sous équipé en véhicules sanitaires (-29). Le département du Pas-de-Calais reste néanmoins excédentaire de 235 véhicules.

Le détail par zone de proximité souligne les disparités en matière de répartition des véhicules au sein de la région. Si les effectifs des secteurs du Douaisis, du Dunkerquois et de la Flandre intérieure s'équilibrent, ceux des autres secteurs, en particulier l'Audomarois et Lens- Hénil, sont très largement au-delà des effectifs théoriques nécessaires.

Territoires de santé	Zones de proximité	Catégories de communes	Amb	ASS U	VSL	Total		Nombre théorique		Différentiel	
								-que			
Artois Douaisis	Arrageois	+ 10 000	12	3	23	38	15	9	11	+ 29	+ 43
		- 10 000	41	4	72	11		10		+ 14	
	Béthune Bruay	+ 10 000	21	5	30	56	14	17	12	+ 39	+ 22
		- 10 000	28	8	53	89		10		3	
	Douaisis	+ 10 000	12	4	20	36	10	17	10	+ 19	+ 6
		- 10 000	18	13	40	71		7		84	
	Lens Hénil	+ 10 000	41	7	64	11	21	42	12	+ 70	+ 89
		- 10 000	39	12	50	10		3		82	
Hainaut Cambrais	Cambrais	+ 10 000	14	3	31	48	11	10	68	+ 38	+ 49
		- 10 000	19	8	42	69		7		58	

	Sambre Avesnois	+ 10 000	13	12	36	61	14	14	98	+ 47	+ 47	
		- 10 000	26	7	51	84	5	84		0		
	Valenciennois	+ 10 000	25	21	64	11	15	33	12	+ 77	+ 31	
		- 10 000	15	9	24	48	8	94	7	- 46		
Littoral	Audomarois	+ 10 000	12	5	30	47	12	8	50	+ 39	+ 75	
		- 10 000	26	5	47	78	5	42		+ 36		
	Boulonnais	+ 10 000	13	3	26	42	62	16	58	+ 26	+ 4	
		- 10 000	6	3	11	20		42		- 22		
	Calaisis	+ 10 000	12	4	29	45	83	15	58	+ 30	+ 25	
		- 10 000	12	6	20	38		43		- 5		
	Dunkerquois	+ 10 000	6	17	34	57	81	30	86	+ 27	- 5	
		- 10 000	7	4	12	24		56		- 32		
	Montreuillois	+ 10 000	6	2	12	20	89	6	50	+ 14	+ 39	
		- 10 000	19	6	44	69		44		+ 25		
	Métropole Flandre intérieure	Flandre intérieure	+ 10 000	6	7	17	30	76	12	73	+ 18	+ 3
			- 10 000	10	10	26	46		61		- 15	
Lille		+ 10 000	49	33	33	11	15	10	21	+ 12	- 60	
		- 10 000	21	6	9	36	1	10	1	- 72		
Roubaix Tourcoing		+ 10 000	34	10	28	72	86	74	10	- 2	- 15	
		- 10 000	2	4	8	14		27	1	- 13		

➤ **Analyse qualitative de l'offre de transports sanitaires :**

Structure de l'offre de transports sanitaires :

Théoriquement, compte tenu de la possibilité de disposer de deux VSL pour une ambulance la répartition pourrait être pour 100 autorisations délivrées de :

- 66 véhicules sanitaires légers (VSL)
- 33 ambulances

Or, la structure réelle de l'offre de transports sanitaires est la suivante : 44% d'ambulances (AMB + ASSU) et 56% de VSL. On observe ainsi une sous représentation du nombre de VSL. Cette observation correspond aux constats réalisés par les syndicats de transporteurs sanitaires eux-mêmes et les établissements de santé.

Une analyse approfondie de l'offre en structures de soins (ajout des taxis conventionnés) ainsi que des caractéristiques des populations qui composent chaque secteur permettra d'établir un diagnostic plus précis de l'offre en véhicules sanitaires corrélée aux besoins, affinés par zone de proximité.

Les transports bariatriques :

On assiste dans la région, comme dans d'autres, à des demandes croissantes de transports pour personnes obèses (de plus de 150 kg). Or, aucune société privée dans la région, ni les pompiers, ne disposent de véhicule et matériel adaptés à ces transports. Seul le SAMU du Nord dispose d'un véhicule qu'il réserve aux urgences vitales.

Dans le Nord-Pas-de-Calais, ce sont les pompiers qui assurent ces transports dans des véhicules toute utilité ou des sociétés de transports (non sanitaires) dans des véhicules non autorisés à cet effet. A titre exceptionnel, le transport est parfois réalisé par un véhicule équipé spécifiquement au sein du SAMU 59.

Les sociétés privées n'ont jamais investi ces équipements car transporter ces personnes suppose d'avoir un véhicule et du matériel adaptés ainsi que des équipes doublées (4 personnes au lieu de deux) ; l'investissement financier est donc lourd. Par ailleurs, quand bien même les sociétés privées adapteraient un véhicule, déjà autorisé, à ce type de transport, cela engendrerait des difficultés au regard des normes en vigueur. Enfin, pour les transports remboursés par l'assurance maladie, le tarif fixé dans la convention nationale est insuffisant puisque le transport des personnes obèses est facturé au même tarif que n'importe quel autre transport. Or, le nombre de personnes nécessaires pour manipuler le patient est sensiblement plus élevé (3 voire 4 personnes pour 2 personnes habituellement).

4.1. *Evolution du paysage hospitalier*

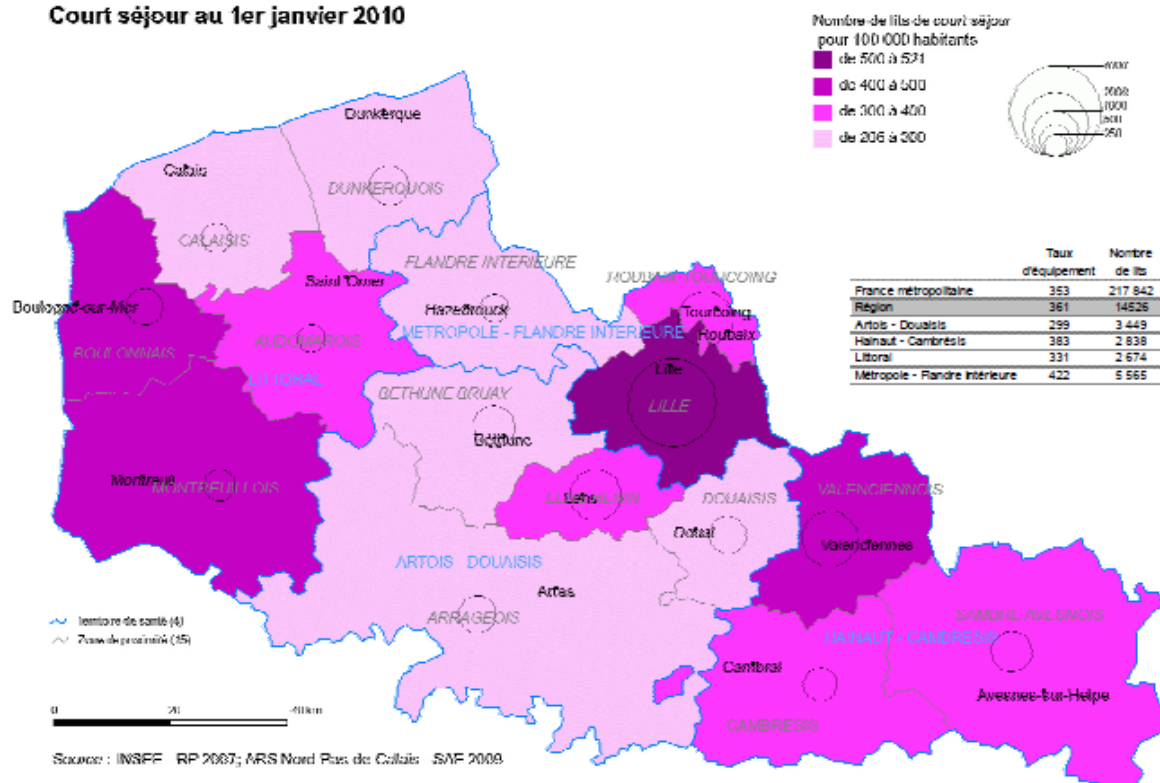
➤ Equipement

Le court séjour

Au 1er janvier 2010, le secteur hospitalier du Nord-Pas-de-Calais dispose de 14 526 lits d'hospitalisation complète de court séjour, c'est-à-dire pour des prises en charge qui durent en général moins d'une semaine. Près de 7500 lits sont affectés à des services de médecine, environ 5500 en chirurgie et 1500 en obstétrique. Globalement, cela représente un taux de 361*, soit un équipement supérieur à la moyenne française (353*). En effet, les taux d'équipement régionaux sont plus élevés qu'en France métropolitaine et cela pour la médecine, la chirurgie et l'obstétrique.

Le territoire de Métropole-Flandre intérieure affiche le taux le plus élevé avec 422* mais avec une forte disparité entre les zones de proximité (521* pour la ZP de Lille et 206* pour la ZP de Flandre intérieure). Le territoire du Hainaut-Cambrésis a un taux supérieur à celui de la région avec 383*, le Valenciennois étant pourvu à hauteur de 435*, le Sambre-Avesnois et le Cambrésis autour de 335*. Le Littoral (331*) a un taux inférieur à la moyenne nationale, avec deux zones de proximité supérieures à la moyenne (Montreuillois et Boulonnais) et trois inférieures (Dunkerquois, Calaisis et Audomarois). L'Artois-Douaisis constate le faible taux de 299*, toutes les zones de proximité ayant un taux inférieur à la moyenne régionale, voire nationale.

Court séjour au 1er janvier 2010



Le moyen séjour

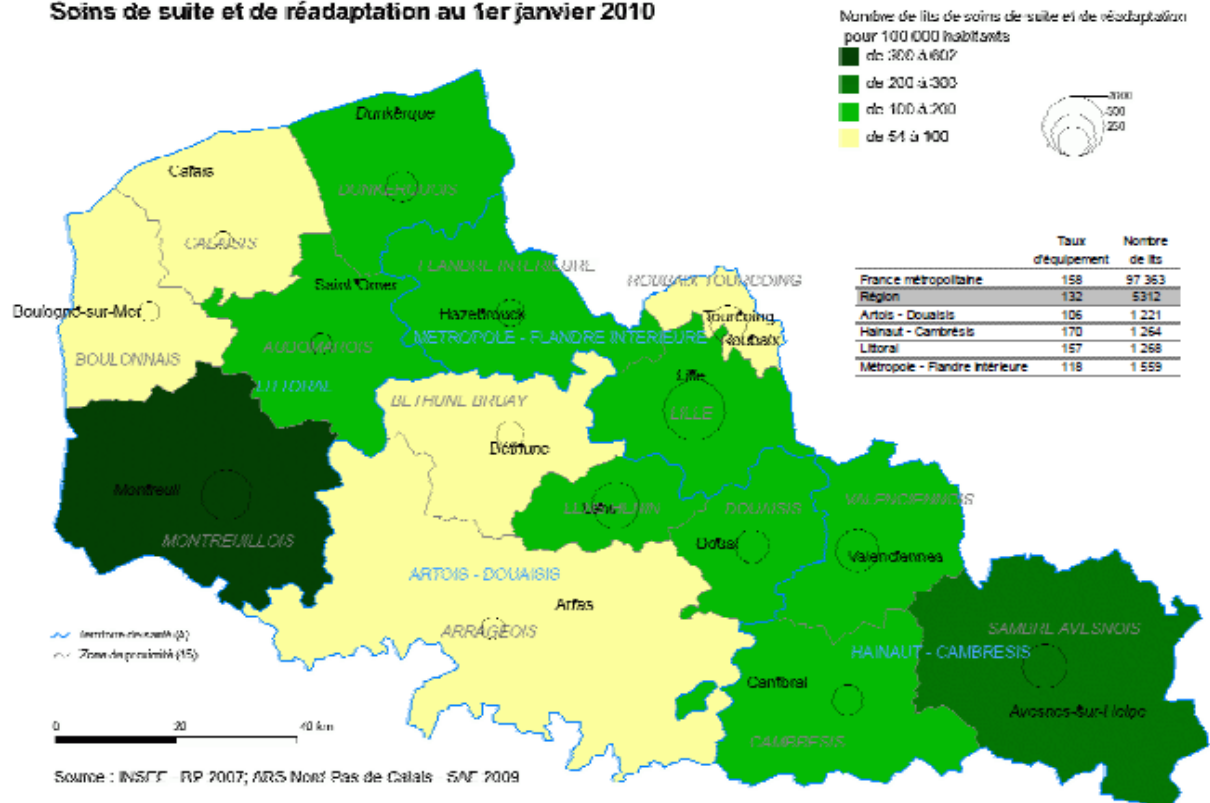
Au 1er janvier 2010, 5 312 lits sont dédiés aux soins de suite et de réadaptation en hospitalisation complète dans les établissements de santé du Nord-Pas-de-Calais, correspondant à des prises en charge le plus souvent inférieures à un mois, dont 1718 sont plus spécifiquement destinés à la réadaptation fonctionnelle. Rapporté à la population, la région dispose ainsi d'un taux d'équipement de 132* en soins de suite et de réadaptation. Cet équipement est inférieur au taux d'équipement moyen en France (158*).

Le territoire le mieux doté est le Hainaut-Cambrésis avec 170*, notamment le Sambre-Avesnois (225*) et le Valenciennois (140*).

Le Littoral constate un taux proche de la moyenne nationale (157*), avec en particulier un taux largement supérieur à cette moyenne dans le Montreuillois (602*); les autres zones de proximité de ce territoire sont par contre en dessous de la moyenne régionale, notamment le Calaisis avec seulement 54*.

Le territoire de Métropole-Flandre intérieure a un taux inférieur à la moyenne régionale mais, comme pour le court séjour, de fortes disparités sont constatées : toutes les zones sont en dessous de la moyenne avec la zone de proximité de Lille (138*), celle de Roubaix-Tourcoing (87*), et celle de Flandre-intérieure (114*).

Soins de suite et de réadaptation au 1er janvier 2010



L'hospitalisation à domicile

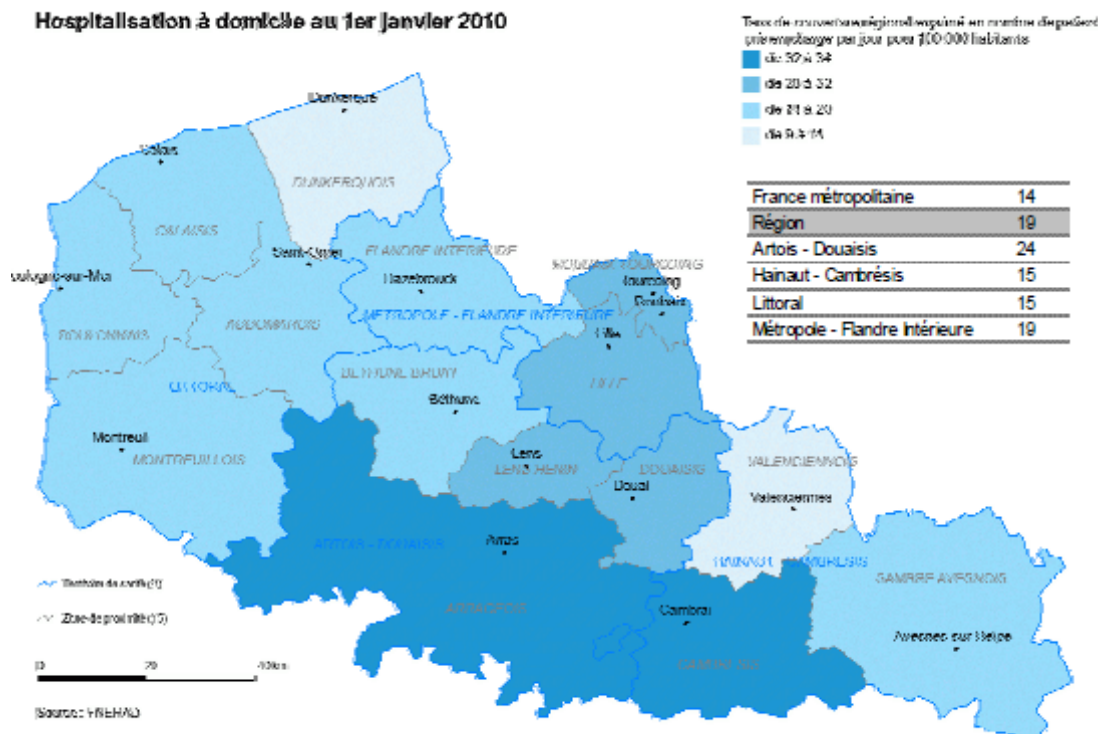
Au 1er Janvier 2010, l'offre de Soins en Hospitalisation à Domicile est de 767 places en moyenne. Globalement cela représente 19 places pour 100 000 habitants soit un équipement supérieur à la moyenne française (14 places pour 100 000 habitants).

Le territoire Artois - Douais affiche le taux le plus élevé avec 24 places pour 100 000 habitants mais avec une forte disparité entre les zones de proximité (34 places pour l'Arrageois et 15 places pour Béthune-Bruay).

Les territoires du Hainaut-Cambrésis et du Littoral affichent un taux légèrement supérieur à la moyenne française (15 places pour 100 000 habitants). Le territoire de Métropole-Flandre intérieure affiche un taux de 19 places pour 100 000 habitants conforme à la moyenne Régionale.

A ce jour toutes les zones de proximité sont couvertes par une structure d'Hospitalisation à Domicile.

Hospitalisation à domicile au 1er janvier 2010



La psychiatrie générale

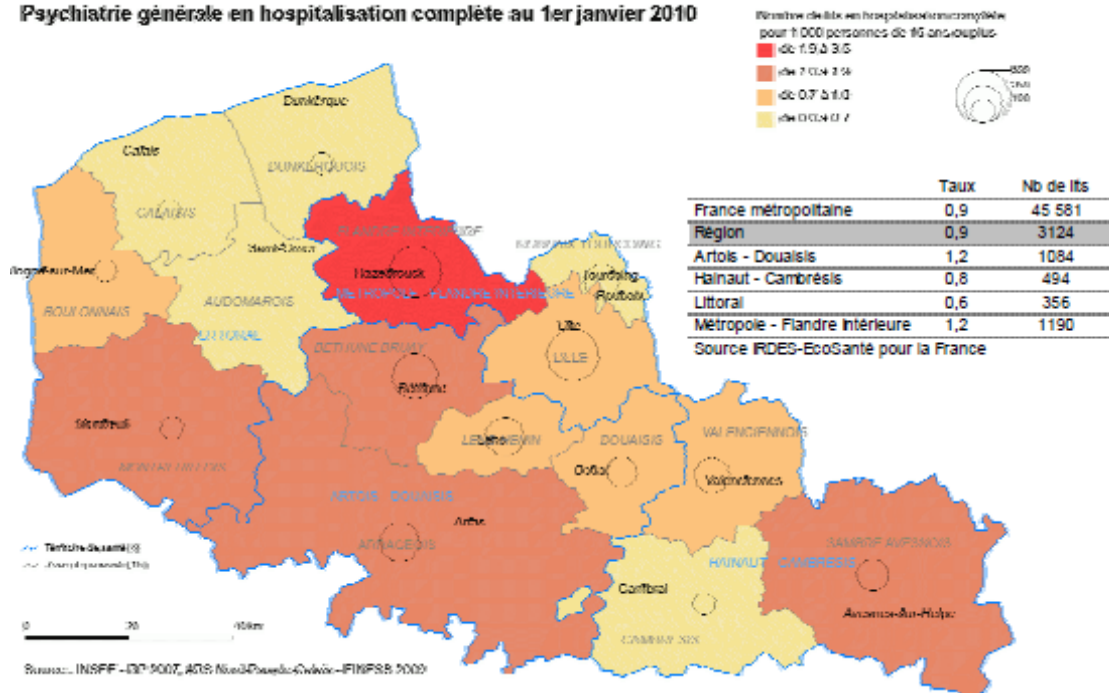
Au 1er janvier 2010, les établissements de santé du Nord-Pas-de-Calais proposent 3 124 lits en hospitalisation complète dans les services de psychiatrie pour adultes, soit 0,9 lits pour 1 000 habitants de 16 ans et plus. Ce taux est identique à celui de la France métropolitaine. Neuf lits sur dix sont situés dans des établissements publics

Deux territoires ont un niveau d'équipement plus élevé que la moyenne : le territoire de Métropole-Flandre intérieure et le territoire de l'Artois-Douaisis avec 1,2 lits pour 100 hab. chacun.

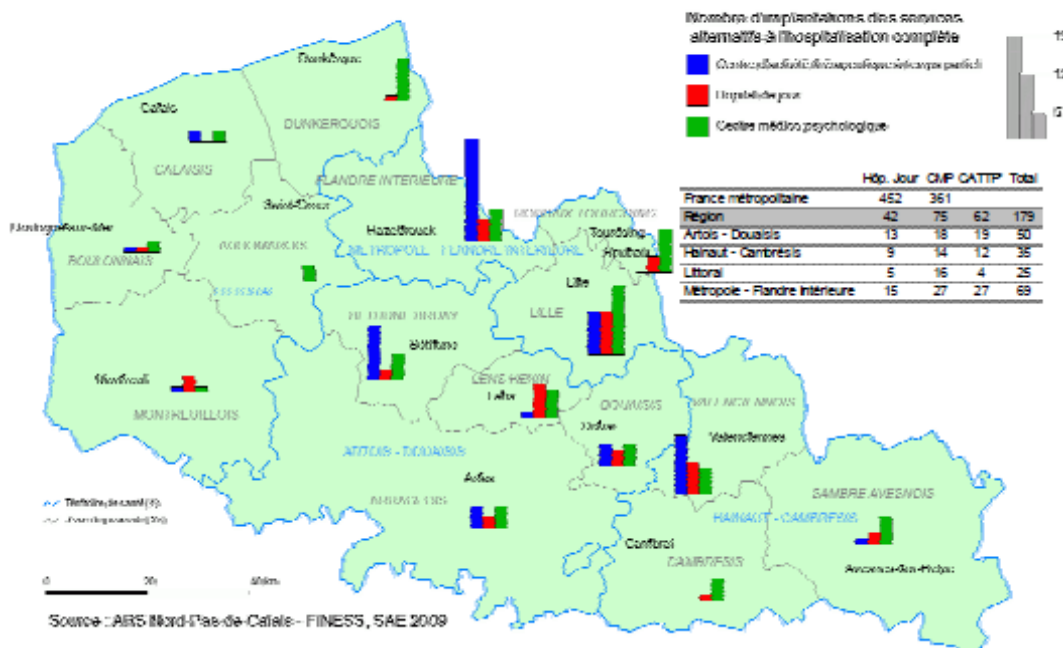
Le territoire du Hainaut-Cambrésis constate un taux proche de la moyenne tandis que le Littoral a le plus faible taux (0,6 lits pour 100 hab.)

Une partie importante de l'accueil des personnes ayant un problème de santé mentale se fait dans des services alternatifs à l'hospitalisation complète, notamment dans les 42 hôpitaux de jour de la région. Enfin, dans le Nord-Pas-de-Calais, 75 centres médico-psychologiques (CMP) permettent aux patients de consulter un professionnel et 62 centres d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP) accueillent les personnes et leur proposent des activités sur des demi-journées.

Psychiatrie générale en hospitalisation complète au 1er janvier 2010



Psychiatrie générale - Alternatives à l'hospitalisation complète au 1er janvier 2010

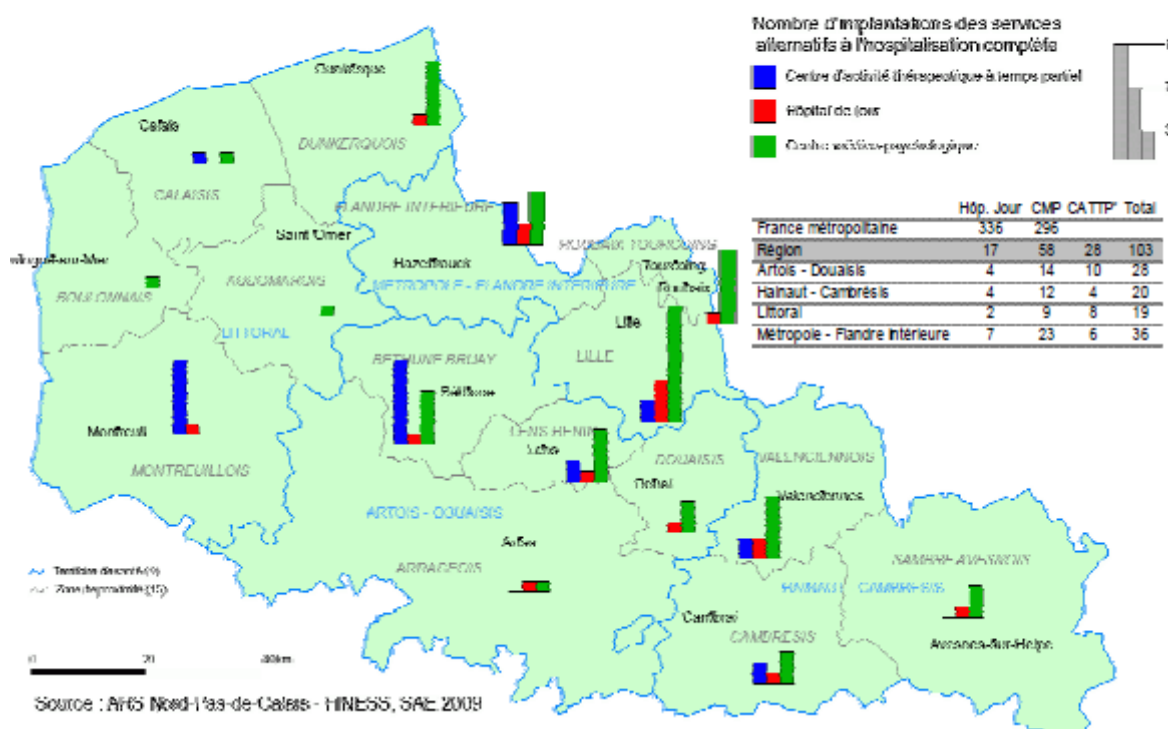


La psychiatrie infanto-juvénile

Les enfants et adolescents ayant des problèmes de santé mentale sont rarement hospitalisés à temps complet. Ainsi, ce sont les services alternatifs à l'hospitalisation complète qui interviennent dans la majorité des cas.

Dans le Nord-Pas-de-Calais, 17 hôpitaux de jour prennent en charge des enfants dans leur service de psychiatrie pendant la journée. 58 centres médico-psychologiques (CMP) proposent des consultations de professionnels et 28 centres d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP) accueillent des enfants et adolescents pour des temps courts en journée.

Psychiatrie infanto-juvénile - Alternatives à l'hospitalisation au 1er janvier 2010



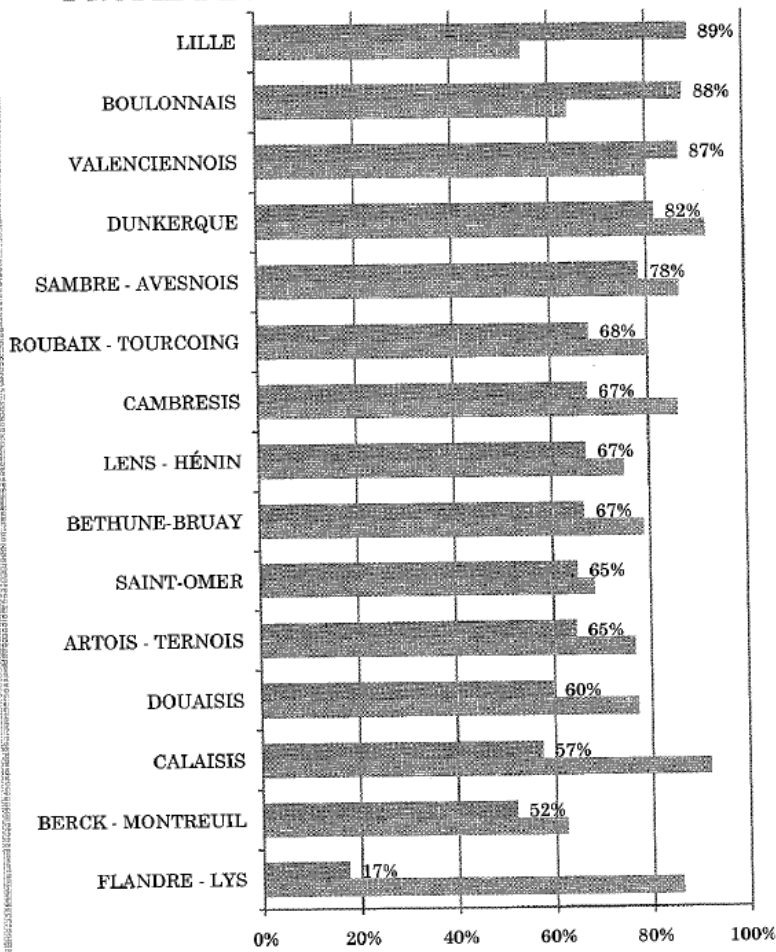
4.2. Activité des établissements de santé

4.2.1. Attractivité

Activité	Type d'hospitalisation	Nb de séjours 2009 des patients de la région Région patient	Nb de séjours 2009 des patients de la région réalisés dans d'autres régions (fuite)	Nb de séjours 2009 de patients d'autres régions réalisés dans la région (attractivité)	SOLDE (attractivité -fuite) 2009	Nb de séjours 2009 produits par les établissements de la région	Impact des flux sur l'activité 2009
Chirurgie	Complète	203 283	4 744	6 596	1 852	205 135	0,9%
	Ambulatoire	121 360	1 614	2 676	1 062	122 422	0,9%
Médecine	Complète	358 434	7 694	6 965	- 729	357 705	-0,2%
	Partielle	154 834	3 030	3 055	25	154 859	0,0%
Techniques interventionnelles	Complète et partielle	170 493	1 871	2 645	774	171 267	0,5%

Il ressort du tableau ci-dessus que les établissements répondent essentiellement aux besoins des patients de la région ; le taux de fuite est faible et ne s'exprime qu'en médecine.

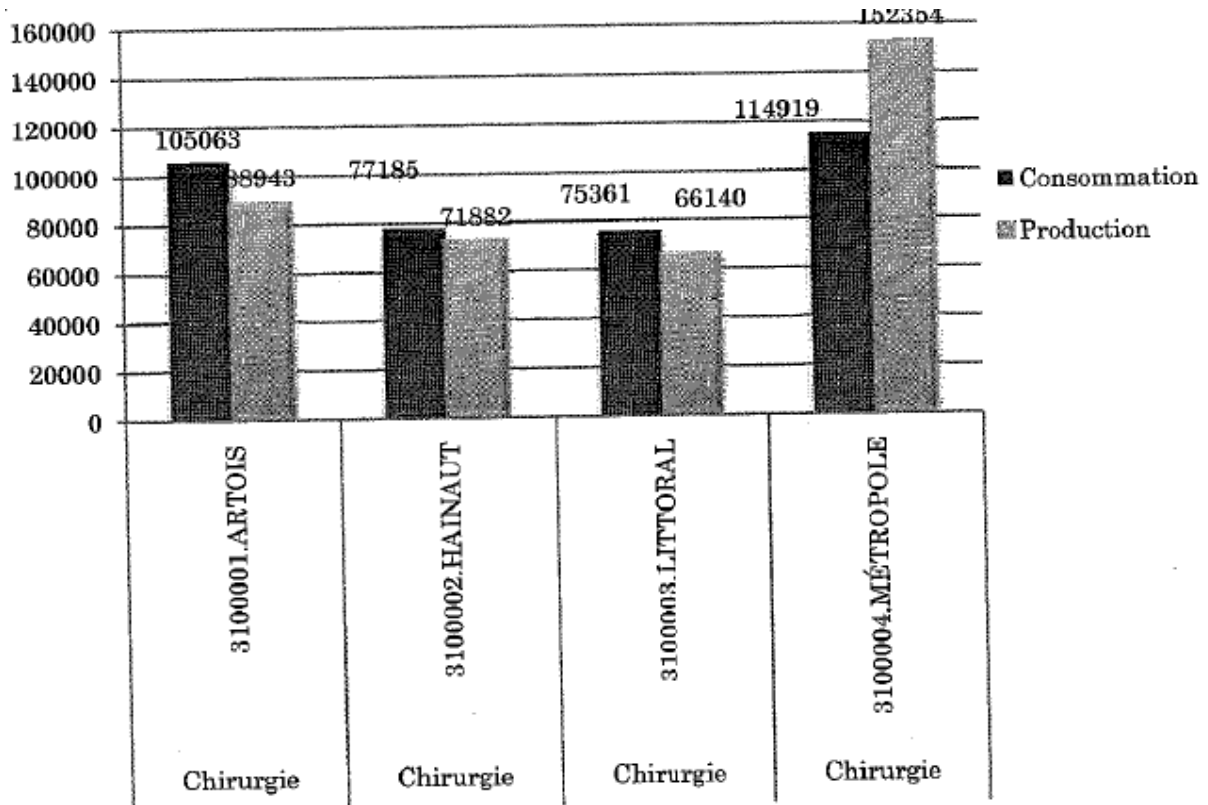
PROFIL DES ZONE DE PROXIMITE

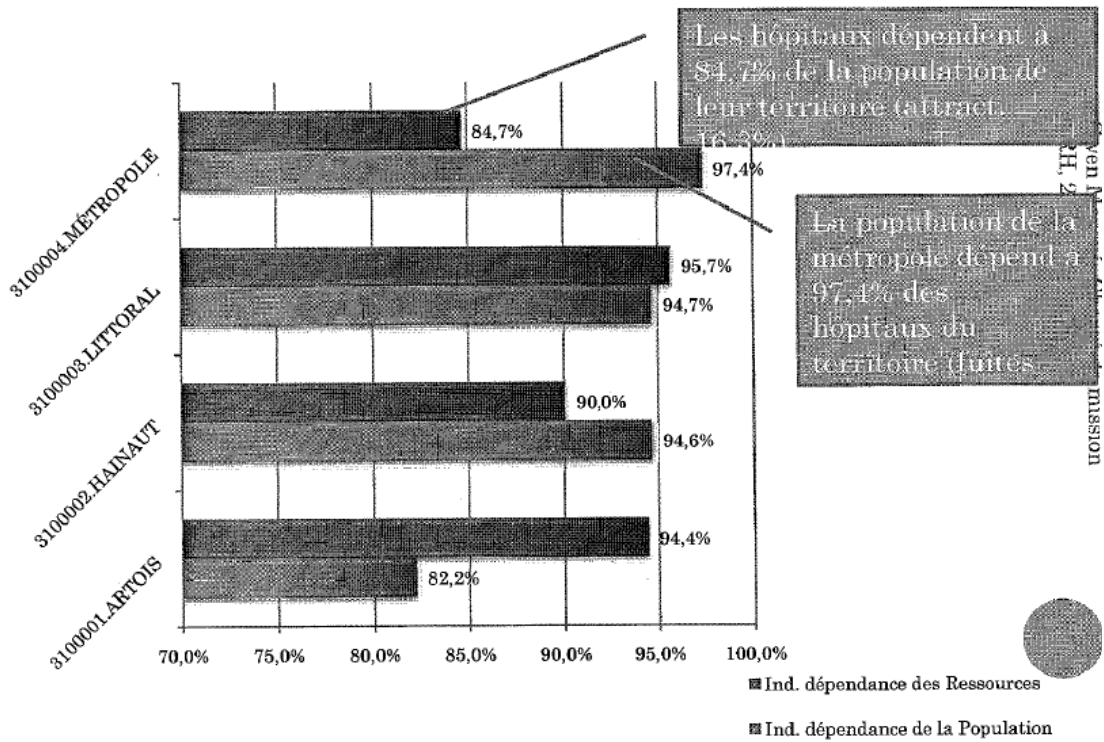


En bleu

○ Population très dépendante des établissements (pas de fuites)

○ Population peu dépendante des établissements (fortes fuites)





4.2.2. Taux de recours

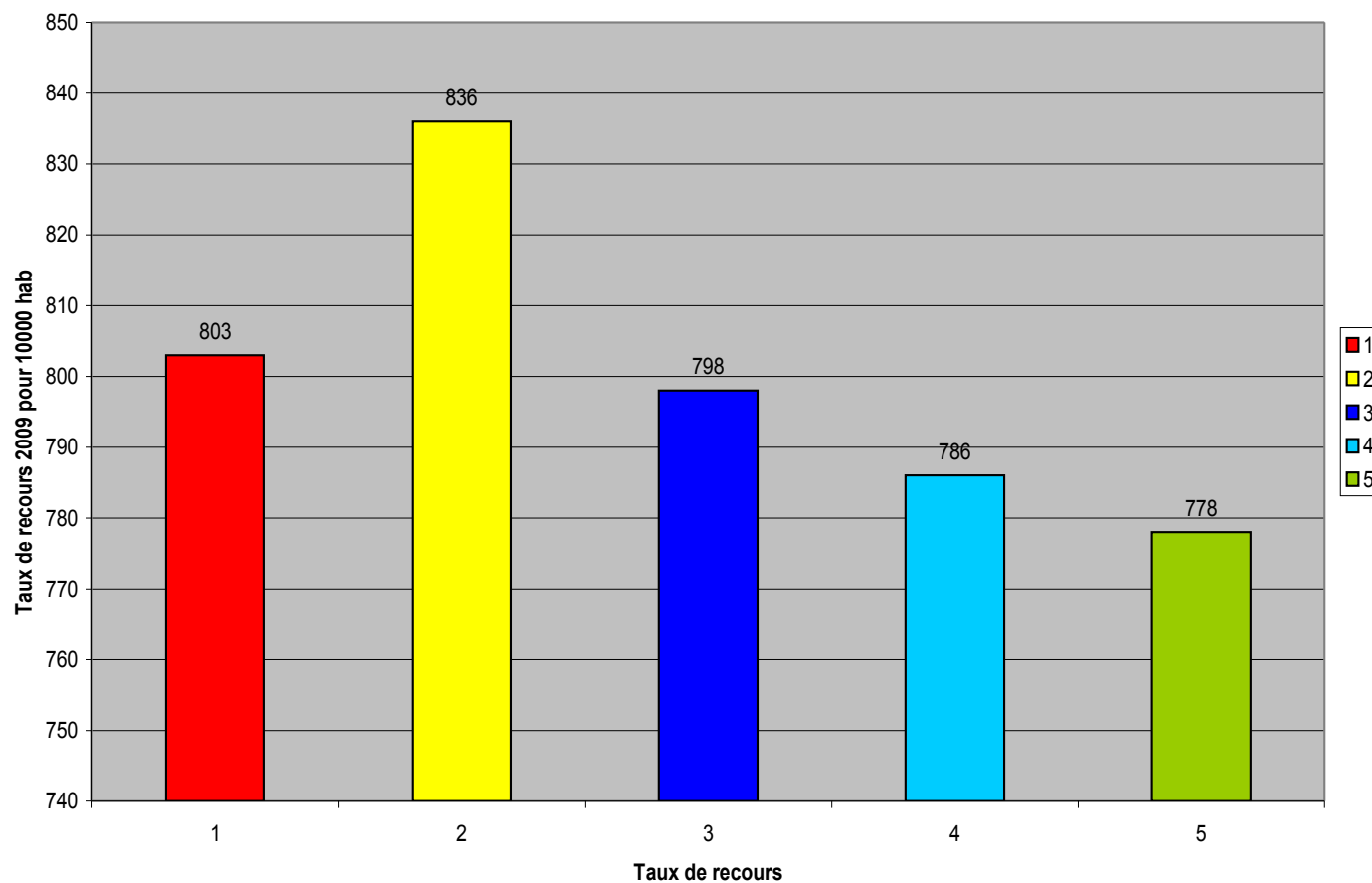
Taux de recours globaux

Les graphiques ci-dessous permettent une comparaison des différents taux de recours régionaux par rapport à la moyenne nationale.

- Chirurgie

On constate un taux de recours global (hospitalisation complète et hospitalisation à temps partiel) plus élevé que la moyenne nationale.

Taux de recours Chirurgie

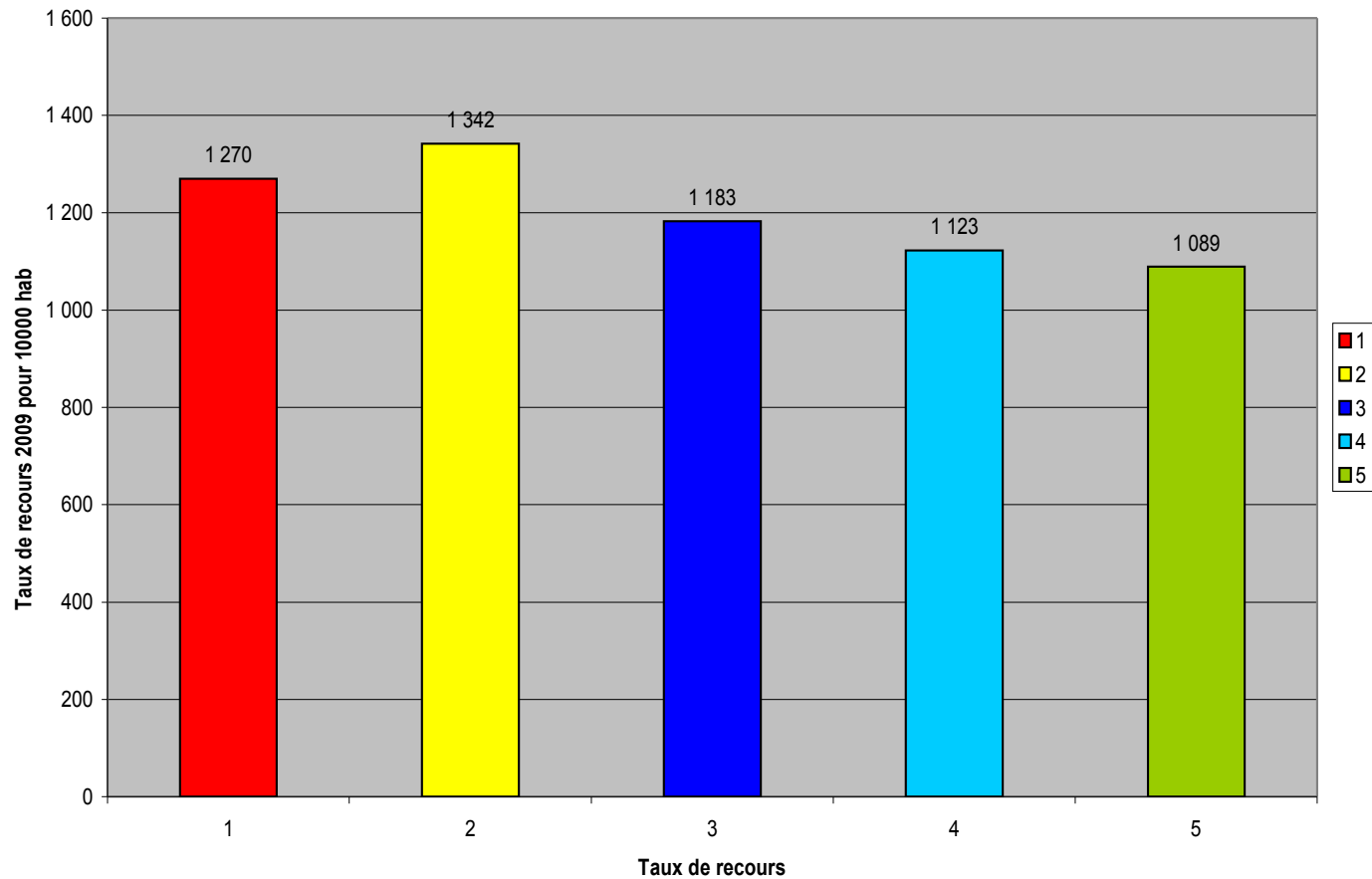


- Série n°1 : Taux de recours brut régional
- Série n°2 : Taux de recours standardisé régional
- Série n°3 : Taux de recours ajusté régional
- Série n°4 : Taux national
- Série n°5 : Taux ajusté, médiane nationale

- Médecine

Le constat est le même en médecine qu'en chirurgie.

Taux de recours Médecine



- Série n°1 : Taux de recours bruts régional
- Série n°2 : Taux de recours standardisés régional
- Série n°3 : Taux de recours ajustés régional
- Série n°4 : Taux national
- Série n°5 : Taux ajustés, Médiane des TS

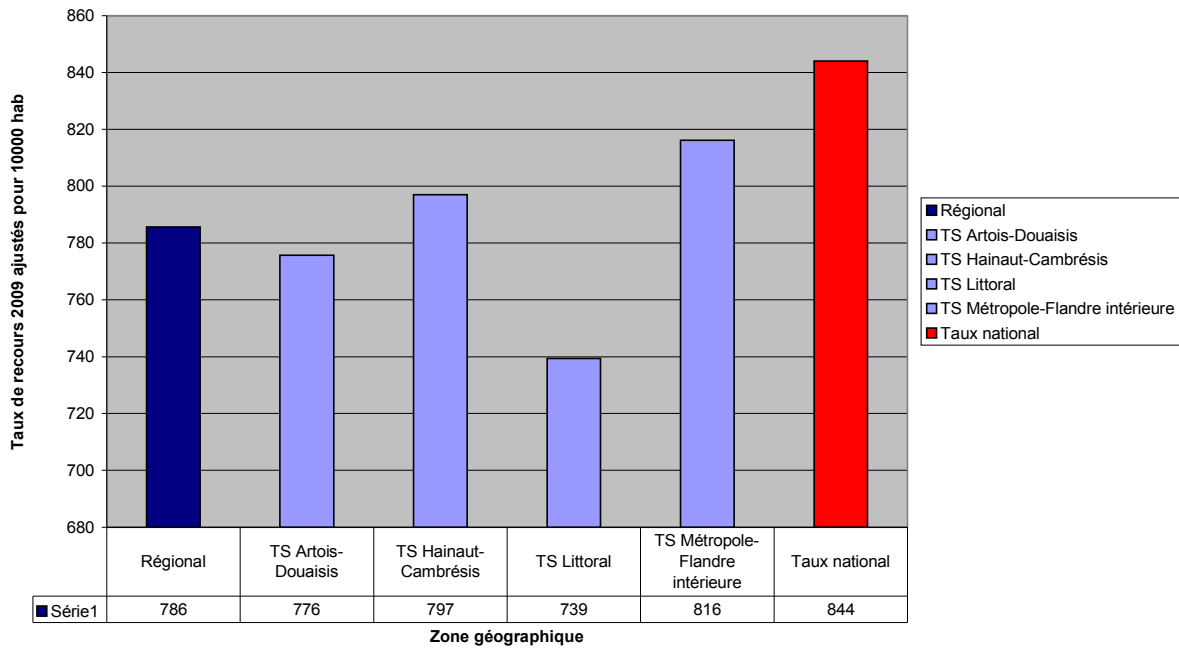
Taux de recours différenciés par types de prise en charge et par territoires

Les graphiques ci-dessous illustrent les taux de recours à l'hospitalisation régionaux par types de prise en charge et par territoires de santé, par comparaison au taux de recours national (en rouge).

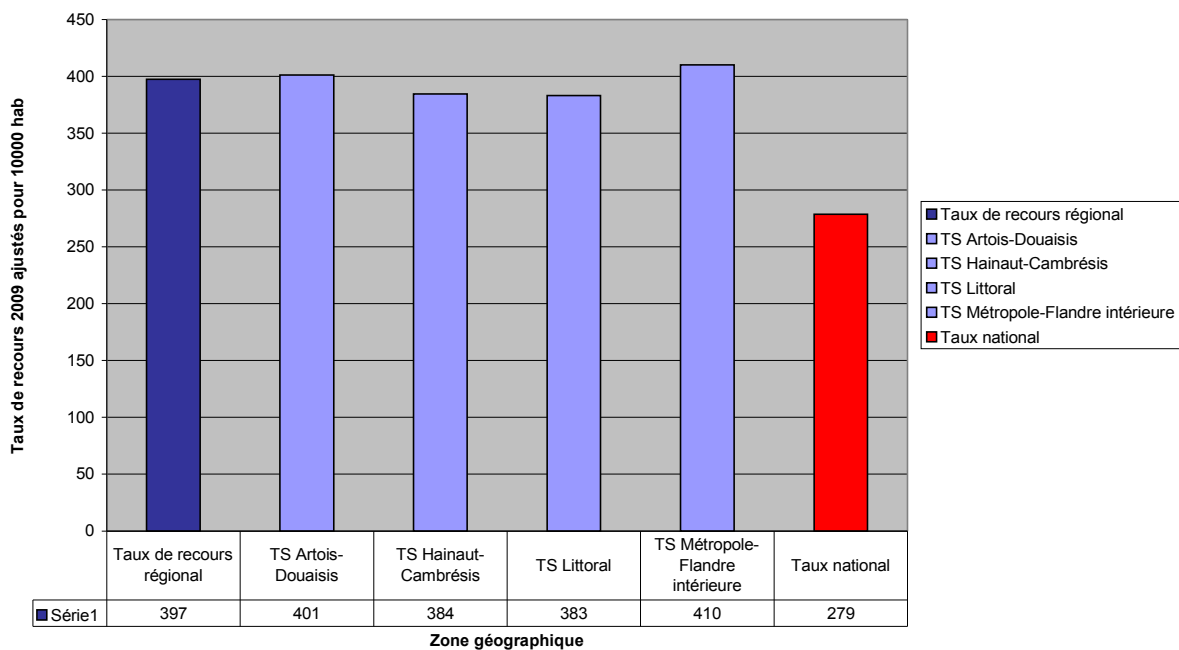
Concernant la médecine, la chirurgie et les techniques interventionnelles, les taux présentés sont dits ajustés, c'est-à-dire redressés des données d'âge, de sexe et de mortalité.

Concernant les SSR et la psychiatrie, les taux présentés sont dits standardisés, c'est-à-dire redressés uniquement des données d'âge et de sexe.

Médecine Hospitalisation complète



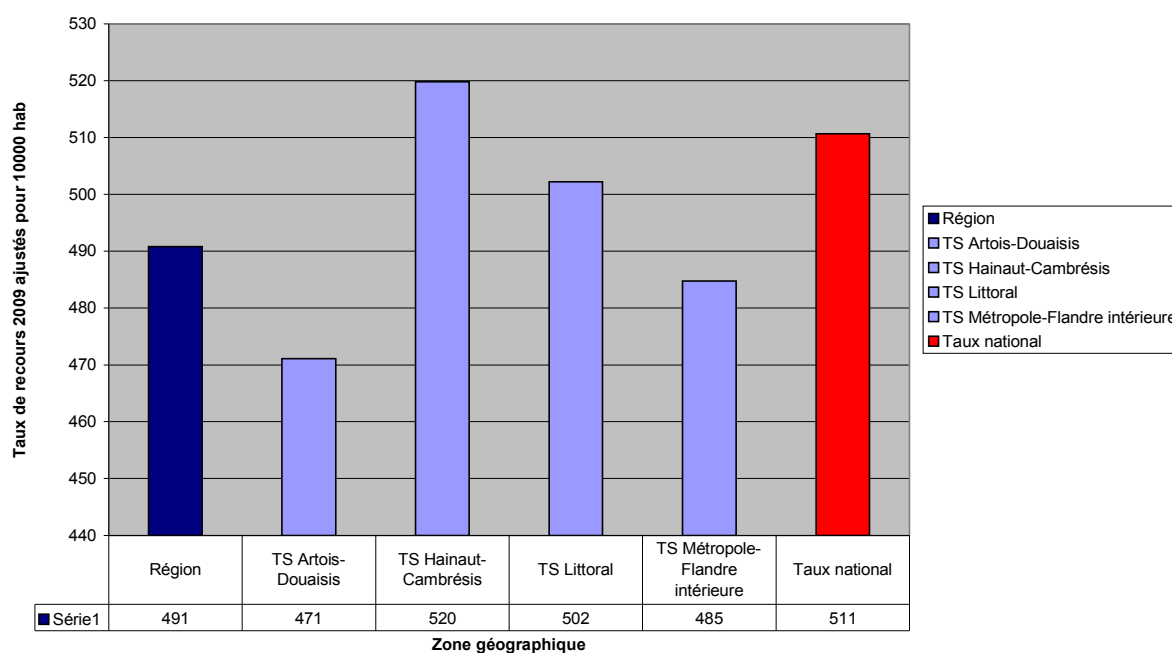
Médecine Hospitalisation Partielle



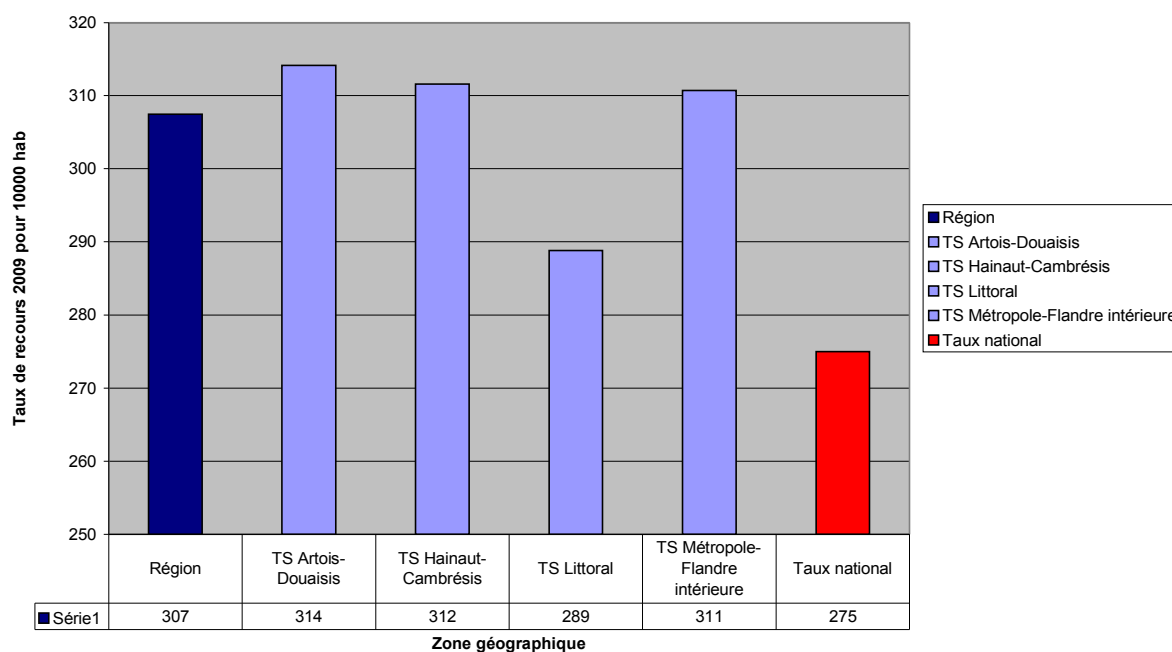
En médecine, la région s'illustre par un taux de recours plus faible que la moyenne nationale en ce qui concerne l'hospitalisation complète mais plus élevé en ce qui concerne l'hospitalisation à temps partiel.

Si l'ensemble des territoires de santé présente un taux de recours proche de la moyenne régionale pour l'hospitalisation partielle, de grandes disparités apparaissent en revanche en matière d'hospitalisation complète : le recours à celle-ci est élevé dans la Métropole et, au contraire, très faible sur le Littoral.

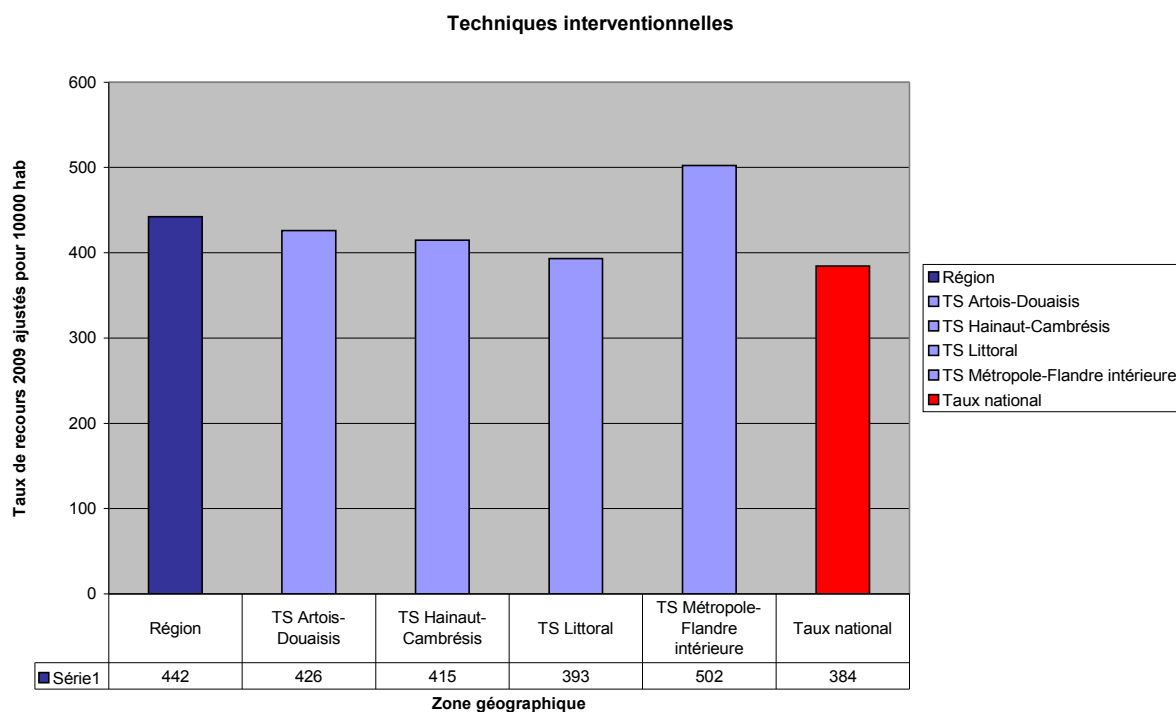
Chirurgie HC



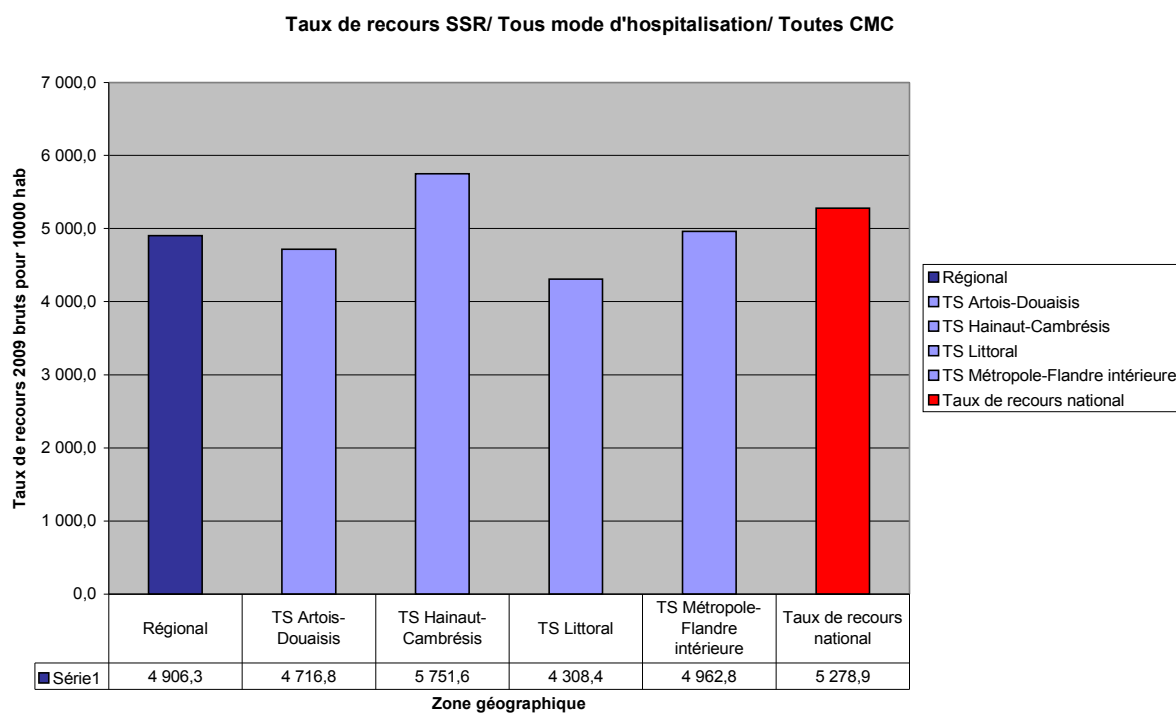
Chirurgie ambulatoire



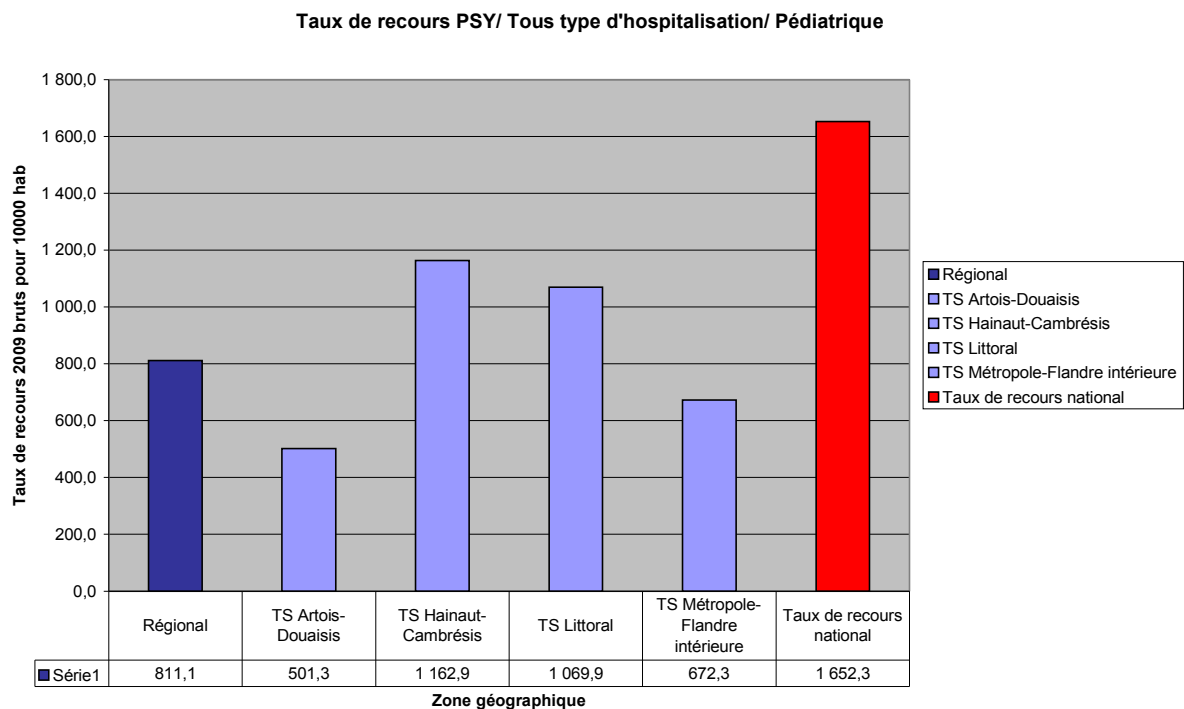
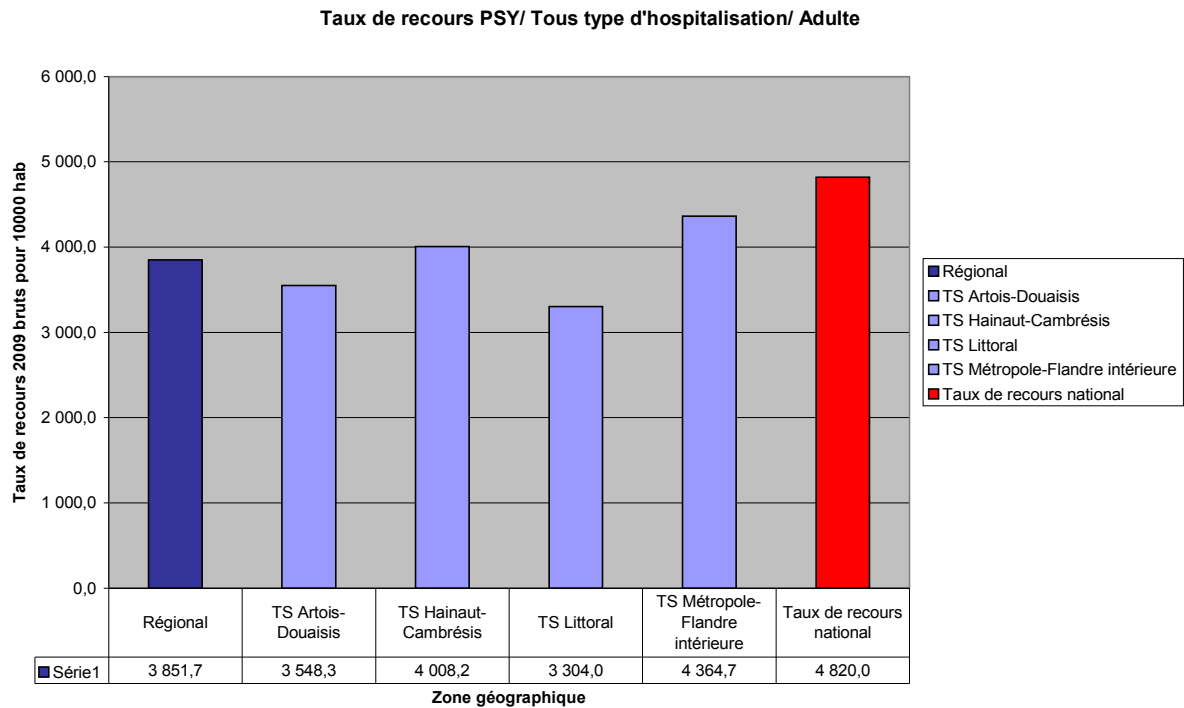
En chirurgie, le constat régional est le même qu'en médecine. Les disparités entre territoires de santé différent cependant : peu de recours à l'hospitalisation complète sur l'Artois, à l'inverse du Hainaut-Cambrasis.



Le recours aux techniques interventionnelles est élevé tant en moyenne régionale que dans les territoires de santé.



Concernant les SSR, les taux de recours sont plus faibles dans la région qu'au niveau national, à l'exception du Hainaut.



Concernant la psychiatrie enfin, le recours à l'hospitalisation est moins élevé dans la région qu'en moyenne en France.

4.2.3. Analyse des objectifs quantifiés d'offre de soins (OQOS)

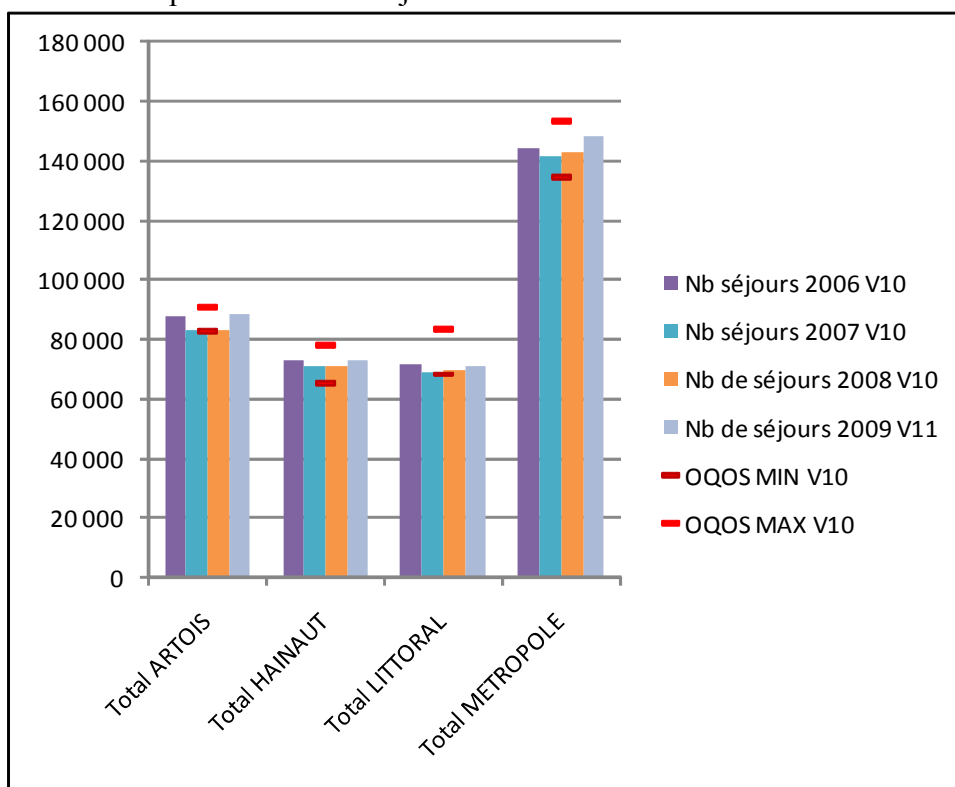
Rappel des étapes de mise en place des OQOS :

- Mars 2007 : distribution des OQOS SOCLES Médecine, Chirurgie SSR
- Décembre 2007 : bilan des OQOS / année 2006 en version 9 et utilisation des OQOS de sécurité.
- Janvier 2008 : distribution des OQOS Projet dans les Avenant des CPOM
- Mars 2009 : Bilan des OQOS de Médecine, Chirurgie et SSR.
- Mars 2011 : Bilan des OQOS de Médecine, Chirurgie et SSR

Chirurgie

OQOS Maximum régional contractualisé : 405 462 séjours

- Volume 2010 régional estimé : 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.

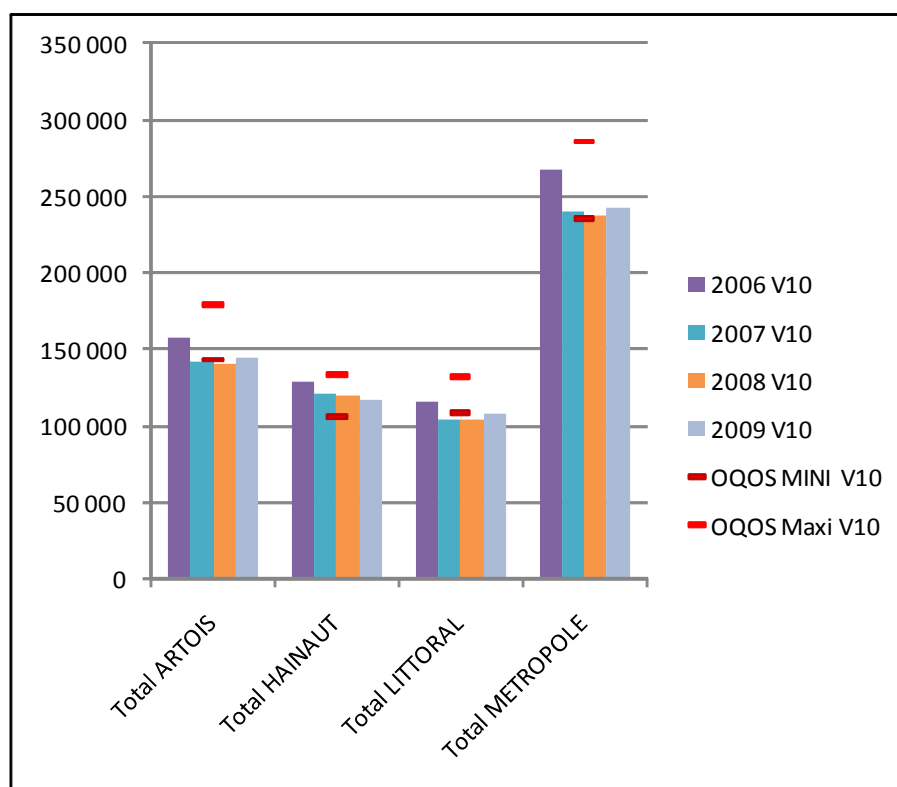
Bdv	OQOS MIN V10	OQOS MAX V10	Nb séjours 2006 V10	Nb séjours 2007 V10	Nb de séjours 2008 V10	Nb de séjours 2009 V11
ARTOIS	82 517	90 909	87 941	82 778	82 881	88 127
HAINAUT	65 020	78 077	73 045	70 725	70 783	73 235
LITTORAL	68 331	83 297	71 635	69 019	69 683	71 293
METROPOLE	134 622	153 179	144 005	141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

Médecine

- OQOS Maximum régional contractualisé : 730 361 séjours
- Volume 2010 régional estimé : 612 526 séjours
- Volumes disponibles : 4 630 séjours

Tous les territoires respectent la borne haute de l'OQOS. Le territoire du Littoral est légèrement en dessous de la borne basse de l'OQOS. Les trois autres territoires se situent entre la borne basse et la borne haute de l'OQOS.

La forte baisse observée entre 2006 et 2007 est probablement due à une activité réalisée en soins externes alors qu'elle était codée et facturée antérieurement en hospitalisation de jour.



Seul le territoire du Hainaut présente une activité de médecine en baisse, les trois autres territoires sont en augmentation.

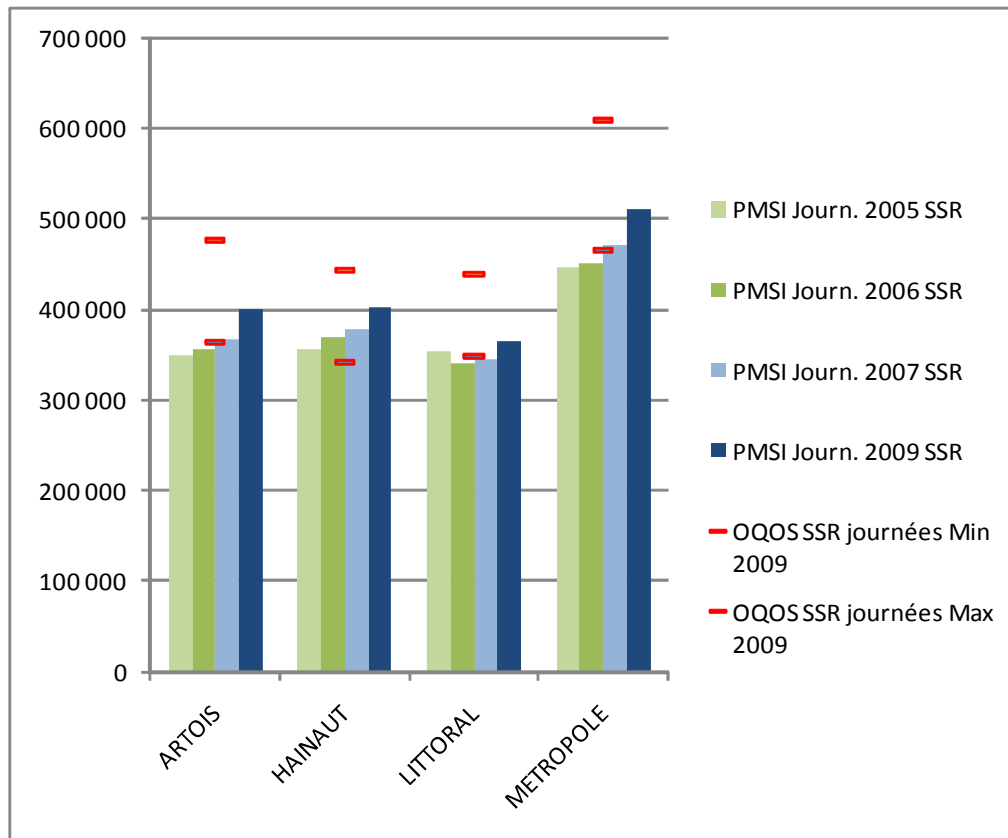
Bdv	OQOS MINI V10	OQOS Maxi V10	2006 V10	2007 V10	2008 V10	2009 V10
Total ARTOIS	143173	179394	157 591	142 465	140 780	145087
Total HAINAUT	106347	133405	128 492	121 412	120 251	116629
Total LITTORAL	108410	131828	115 373	104 494	104 558	107826
Total METROPOLE	235421	285734	267 733	239 535	236 958	242984
Total général	593351	730361	669 189	607 906	602 547	612 526

SSR

Journées :

- OQOS Maximum régional contractualisé : 1 967 533 journées
- Volume régional produit en 2009 : 1 676 695 journées

Tous les territoires de santé ont augmenté leur production entre 2005 et 2009. Le territoire du Littoral augmente à partir de 2007 pour se situer au dessus de l'OQOS minimum. L'ensemble des volumes produits se situe entre les OQOS mini et maxi. La forte augmentation est probablement due à l'augmentation du volume d'activité de médecine et de chirurgie ainsi qu'à une diminution de la durée moyenne de séjours de court séjour. Il convient aussi d'intégrer dans l'analyse une meilleure complétude du PMSI de soins de suite. L'hypothèse d'un impact du vieillissement sur ces évolutions semble peu crédible.

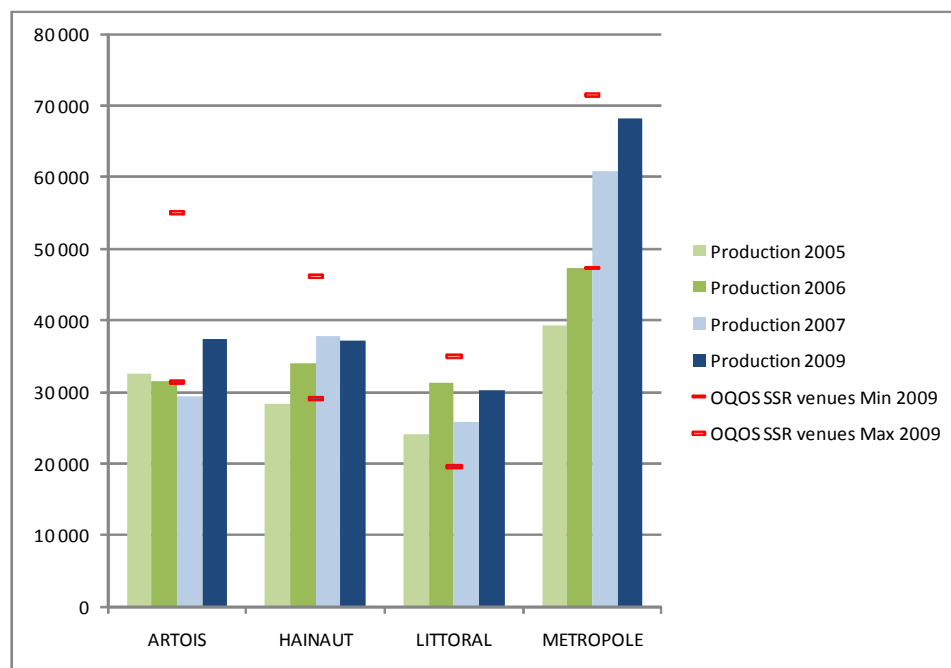


BDV	OQOS SSR journées Min 2009	OQOS SSR journées Max 2009	PMSI Journ. 2005 SSR	PMSI Journ. 2006 SSR	PMSI Journ. 2007 SSR	PMSI Journ. 2009 SSR
ARTOIS	364 448	476 244	349 904	356 935	367 423	400 477
HAINAUT	341 517	443 325	355 567	370 654	377 637	401 215
LITTORAL	347 396	438 625	354 723	345 323	345 481	365 538
METROPOLE	464 642	609 339	446 556	465 081	471 563	509 455
Total général	1 518 003	1 967 533	1 506 750	1 537 993	1 562 104	1 676 685

Venues

- OQOS Maximum régional contractualisé : 207 429 venues
- Volume régional produit en 2009 : 173 107 venues

La production de venues a augmenté pour les territoires de santé de 2005 à 2009. Tous les territoires de santé se situent entre leur OQOS minimum et maximum.



BDV	OQOS SSR venues Min 2009	OQOS SSR venues Max 2009	Production 2005	Production 2006	Production 2007	Production 2009
ARTOIS	31 493	55 006	32 585	31 529	29 368	37 418
HAINAUT	29 168	46 080	28 332	34 322	37 854	37 302
LITTORAL	19 636	34 934	24 208	22 265	25 880	30 146
METROPOLE	47 324	71 409	39 256	57 604	60 898	68 241
Total général	127 621	207 429	124 381	145 720	154 000	173 107

BDV	QQOS SSR jours Min 2009	QQOS SSR jours Max 2009	QQOS maximum 2011	QQOS Disponibles
ARTOIS	364 448	476 244	477 574	1 330
HAINAUT	341 517	443 325	448 213	4 888
LITTORAL	347 396	438 625	469 805	31 180
METROPOLE	464 642	609 339	624 435	15 96

BDV	QQOS SSR venues Min 2009	QQOS SSR venues Max 2009	QQOS maximum 2011	QQOS Disponibles
ARTOIS	31 493	55 006	57 260	2 254
HAINAUT	29 168	46 080	50 758	4 678
LITTORAL	19 636	34 934	48 405	13 471
METROPOLE	47 324	71 409	68 927	-2 482

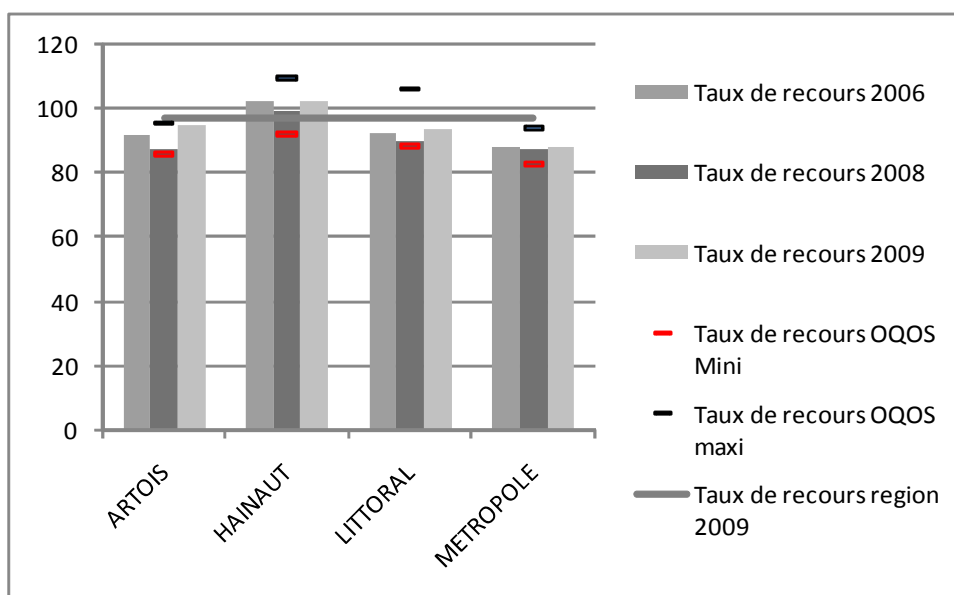
Impact attendu des QQOS sur l'accès aux soins des populations des territoires

Impact sur la consommation de soins de chirurgie (nombre de séjours / 1000 habitants)

Tous les territoires se situent entre l'QQOS 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 de l'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.



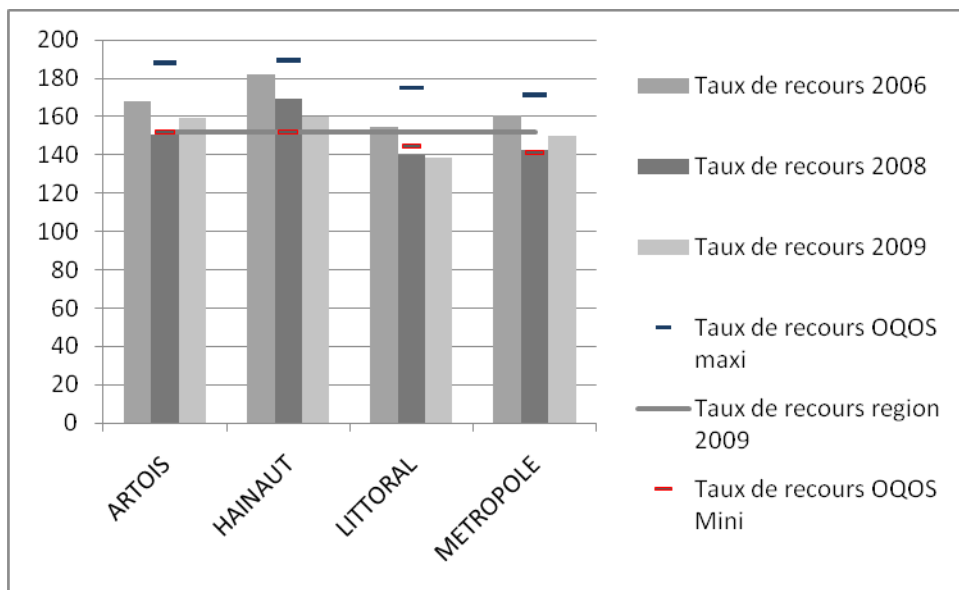
Impact sur la consommation de soins de médecine (nombre de séjours / 1000 habitants)

Tous les territoires se situent entre l'OQOS mini et maxi sauf le Littoral qui est en dessous de l'OQOS de consommation mini.

L'Artois et la Métropole ont un profil d'évolution de la consommation qui suit celui de la production avec une augmentation importante en 2009.

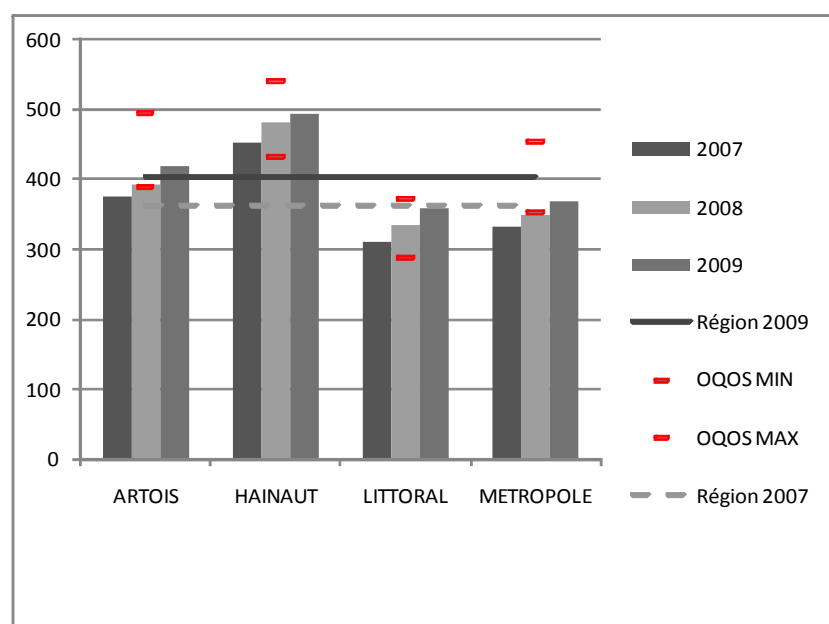
Le Hainaut est dans le même cas de figure que sa production avec une baisse de la consommation entre 2006 et 2009 en médecine.

Le Littoral présente un profil atypique avec une baisse de la consommation et une augmentation de la production, ce qui se traduit par une récupération des fuites et une augmentation de l'attractivité ou de l'autarcie.

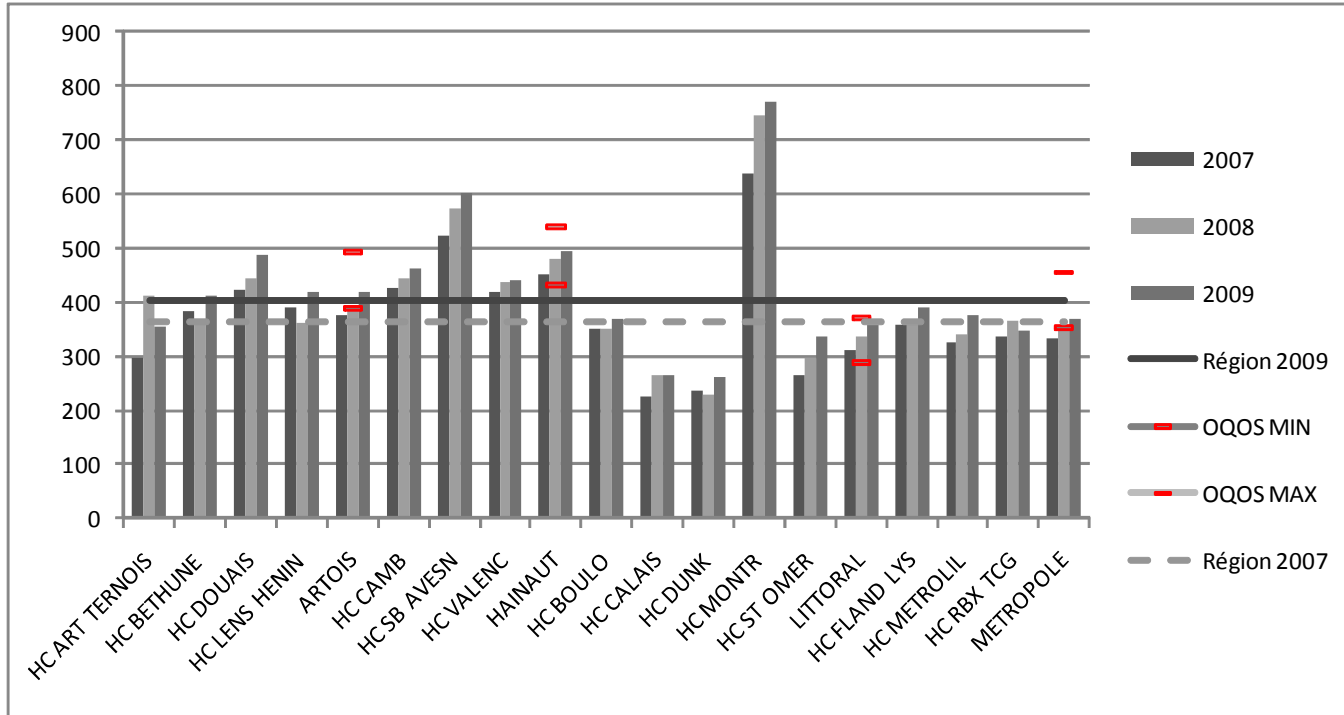


Impact sur l'accès aux soins de la population en SSR (journées)

La consommation du SSR augmente dans les 4 territoires de santé et se situe entre les OQOS mini et maxi de consommation.

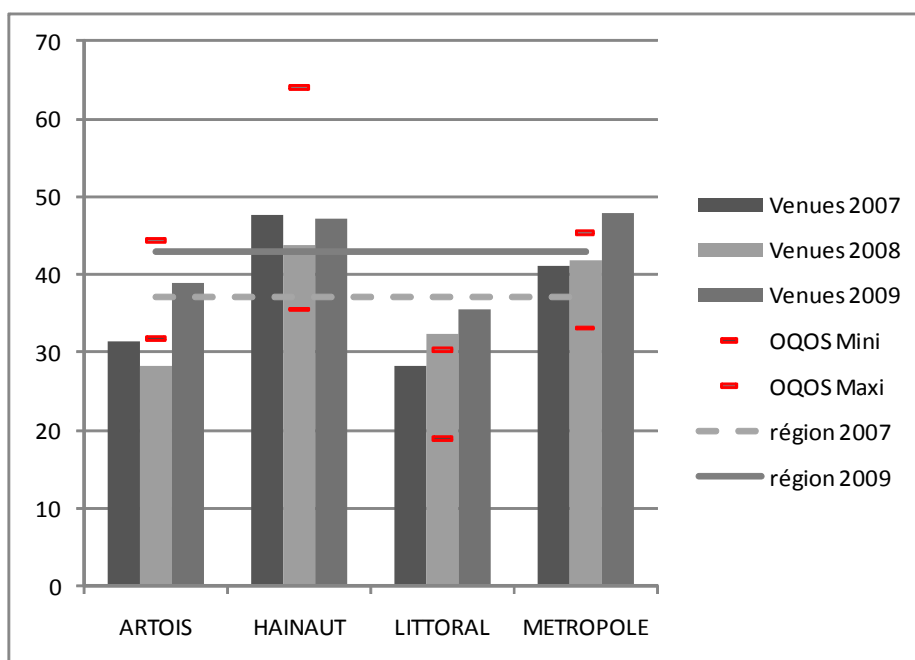


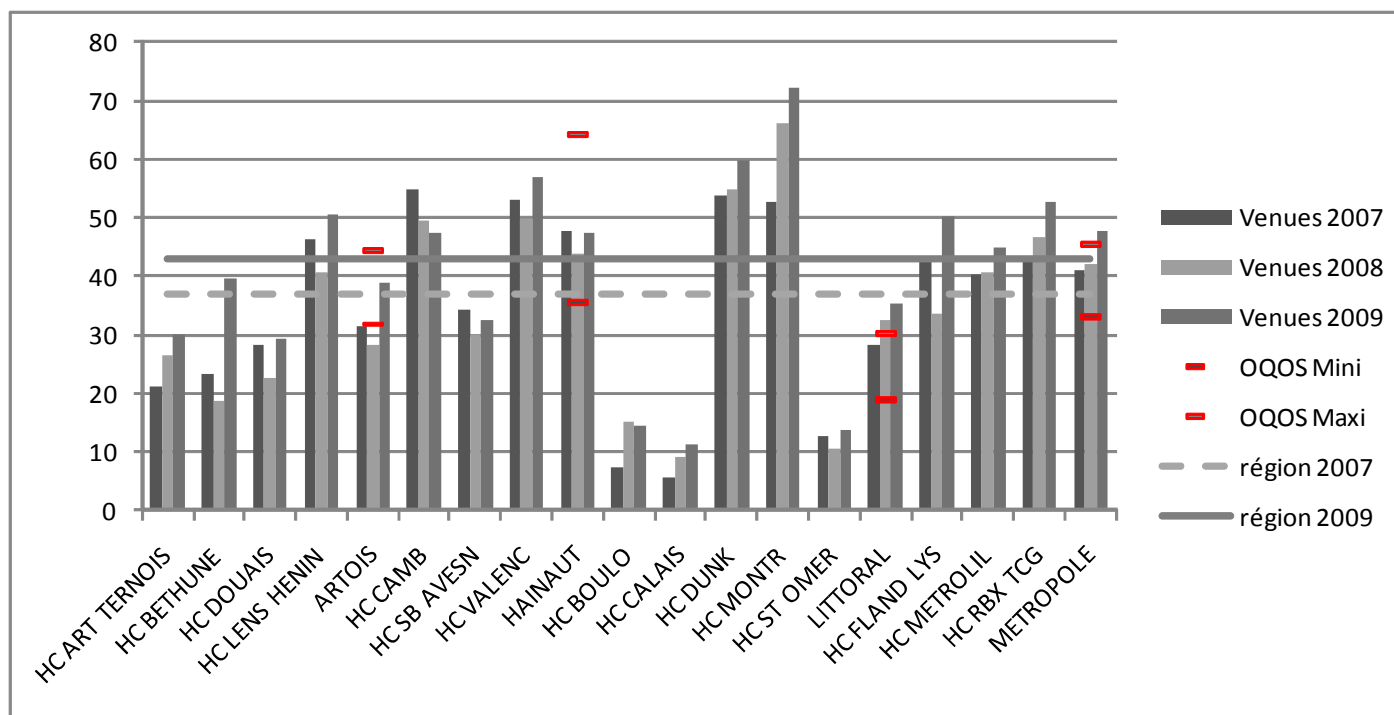
Les objectifs généraux sont atteints. On constate que les territoires qui étaient en position de recours faible aux soins ont augmenté ce qui peut laisser supposer un meilleur accès aux soins des populations. Cependant, les territoires qui consommaient des soins en excès ont encore augmenté, ce qui peut montrer l'impact de l'évolution de court séjour sur l'évolution du SSR. Par contre, on note une forte disparité infra territoriale, comme dans le Littoral.



Impact sur l'accès aux soins de la population soins de SSR (venues)

La consommation des venues a aussi largement augmenté pour se situer entre les OQOS mini et maxi pour l'Artois et la Hainaut, alors que le Littoral et la Métropole dépassent les OQOS maxi. La tendance à une prise en charge plus importante en ambulatoire sera donc à prendre en compte dans la définition des futurs objectifs.





4.3. Santé financière des établissements de santé publics

➤ Poursuite de l'amélioration de la performance médico-économique

Dans un contexte d'évolution positive de l'activité, on observe que l'amélioration des indicateurs financiers et de performance économique engagée en 2008 s'est poursuivie.

En 2009, l'activité des hôpitaux entrant dans le champ de la tarification à l'activité s'établit à 838 239 séjours et séances, en augmentation de 2,58% (soit 21 105 séjours & séances supplémentaires) par rapport à l'exercice précédent. Cette augmentation est sensiblement supérieure à celle enregistrée en 2008 (+1,83%).

L'essentiel de la progression constatée apparaît globalement induite par l'augmentation du nombre de séances (+8,17% soit 15 9925 séances supplémentaires) du fait du CHRU de Lille et des établissements MCO dont les produits d'exploitation sont supérieurs à 50 M€ (MCO > 50 M€).

Mais, après neutralisation du transfert de l'activité chirurgicale et périnatale du CH de Dunkerque vers un GCS, l'évolution de l'activité d'hospitalisation complète apparaît aussi en progression de +1,69%, supérieure à celle enregistrée entre 2007 et 2008 (+1,17%).

La situation est évidemment contrastée entre les établissements. Ainsi, la progression d'activité est tirée par plusieurs établissements MCO > 50 M€. Dans le même temps, 3 établissements ont vu leur activité décroître sur 2009.

La valorisation totale de l'activité MCO s'établit à 1,6 milliard d'euros à fin 2009 et affiche une progression de +1,77% (soit +28 M€) qui résulte de la conjonction des effets positifs en termes de volume (+15 M€) et de prix (+12,2 M€).

Dans le détail, on observe toutefois que :

- La baisse de valorisation de l'activité d'hospitalisation complète en médecine et en obstétrique s'explique essentiellement par un effet prix très défavorable, accentué par un volume d'activité en régression pour l'obstétrique.
- La variation positive de la valorisation des séances apparaît quant à elle induite pour la deuxième année consécutive par un effet volume important (+5 906 K€ soit +8,03%) qui compense un effet prix défavorable (-3 826K€ soit -5,20%).
- Enfin, la valorisation de l'activité d'hospitalisation complète en chirurgie et de l'activité de moins de 48h a bénéficié de la conjonction d'un effet volume positif et d'un effet prix favorable, lequel est particulièrement marqué pour les séjours de courte durée.

2009 se traduit donc par la poursuite de l'amélioration des indicateurs financiers et médico-économiques, engagée en 2008 :

- La tendance à la résorption du déficit (du budget sanitaire) se confirme, dans un contexte de progression des recettes encore assez soutenue (+4,97%) bien que ralentie par rapport à 2008 :

En K€	Compte de résultat du budget H				
	2007	2008	2008/2007	2009	2008/2009
Produits d'exploitation	3 183 760	3 398 234	6,74%	3 567 191	4,97%
Charges d'exploitation	3 244 921	3 411 269	5,13%	3 569 309	4,63%
Résultat net	-61 161	-13 035		-2 118	
<i>Résultat/produits (%)</i>	-1,92	-0,38		-0,06	

- Le rythme d'évolution des charges d'exploitation (+4,63%) est maintenu à un niveau inférieur à celui des recettes et ralenti par rapport à 2008 (+5,13%). Les dépenses liées au personnel augmentent de 3,10% contre 3,25% en 2008.
- La capacité d'autofinancement augmente de près de 16% et représente 6,59% des produits totaux d'exploitation en 2009 contre 4,36% en 2007.
- Le ratio excédent brut opérationnel³ / produits nets opérationnels atteint un niveau satisfaisant (4,79%) et manifeste une amélioration sensible de l'efficacité médico-économique des hôpitaux publics dans la région. En particulier, la part des produits nets consacrée à la masse salariale est en diminution sensible et régulière depuis 2007 : 68,74% en 2009 contre 71,99 % en 2007.

➤ Evolution des effectifs de personnel

³ EBO = produits nets corrigés des aides ponctuelles, aides pérennes à l'investissement, produits exceptionnels et reprises de provisions – charges directes

En ETP	Effectifs				
	2007	2008	2008/2007	2009	2008/2009
Effectifs médicaux (hors internes)	3 672	3 762	2,45%	3 826	1,70%
% ETP total	7,81	7,99		7,95	
Effectifs non médicaux	43 353	43 316	-0,09%	44 316	2,31%
% ETP total	92,19	92,01		92,05	
Personnel soignant et éducatif	27 663	27 519	-0,52%	27 979	1,67%
% ETP total	58,83	58,45		58,12	
Personnel administratif et médico-technique	12 276	12 360	0,68%	12 063	-2,40%
% ETP total	26,11	26,25		25,06	
Personnel indifférencié	3 414	3 437	0,67%	4 273	24,32%
% ETP total	7,26	7,30		8,88	
Effectif total	47 025	47 079	0,11%	48 142	2,26%

Nota : les données ci-dessous sont issues de la SAE et reposent donc sur les déclarations des établissements eux-mêmes. Les évolutions sont calculées en comparant le nombre d'ETP présent déclarés d'une année sur l'autre (les mouvements de personnel sont donc intégrés).

Les effectifs totaux des établissements publics de santé de la région augmentent en 2009 de 2,26% soit +1 063 ETP alors que l'évolution enregistrée au cours des deux derniers exercices avait été plus contenue (+0,11% soit +54 ETP en 2008 et +1,40% soit +649 ETP en 2007).

Cette évolution globale résulte essentiellement de la hausse des effectifs non médicaux, à hauteur de +2,31% soit 1000 ETP supplémentaires, alors que l'évolution des effectifs de personnels médicaux (hors internes) représente +1,70% soit 64 ETP supplémentaires.

Enfin, on notera que l'augmentation des effectifs de personnels non médicaux porte essentiellement sur la catégorie « personnel indifférencié », comprenant notamment les effectifs non titulaires.

➤ Conclusion

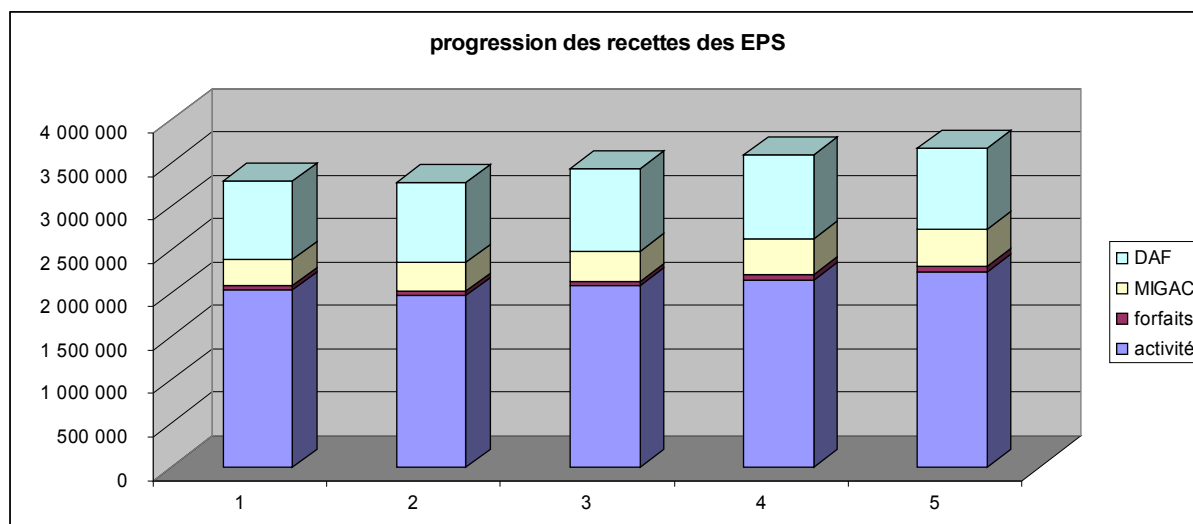
L'amélioration de la performance médico-économique des hôpitaux publics engagée depuis 2008 se confirme globalement en 2009 au niveau régional.

Plusieurs éléments appellent toutefois au maintien de la vigilance des établissements publics comme des autorités de tutelle dans ce domaine : la valorisation moyenne de l'activité MCO a certes tendance à diminuer, mais les établissements profitent encore globalement de la montée en charge de la tarification à l'activité, et bénéficient de taux d'évolution soutenus de leurs recettes d'activité, qui leur autorisent un rythme d'évolution des charges directes assez élevé. La fin prochaine du processus de montée en charge de la tarification à l'activité, susceptible de ralentir le rythme d'évolution des recettes d'activité des établissements de la région, pourrait mettre rapidement en difficulté les hôpitaux qui ne seront pas aptes moduler leurs processus de soins et adapter leur niveau de charges en conséquence.

4.4. Evolution de la dépense hospitalière régionale et de la répartition des produits des établissements de santé

Evolution des dépenses des établissements ex-DGF (en K€)

	2006	2007	2008	2009	2010
Activité allouée	773 435	971 862	1 940 101	2 003 338	2 075 696
Molécules Onéreuses	72 326	81 551	98 931	104 724	118 334
Dispositifs Médicaux implantables	40 737	43 671	44 954	48 970	52 161
DAC	1 158 692	879 792			
TOTAL activité	2 045 190	1 976 877	2 083 986	2 157 032	2 246 192
					9,83%
FAU	44 041	45 805	48 127	50 177	51 827
CPO	2 329	2 529	2 297	2 529	2 487
FG	568	1 435	1 660	1 963	1 992
TOTAL forfaits	46 938	49 769	52 084	54 669	56 305
					19,96%
MIG	203 909	208 538	224 164	294 762	320 240
AC	93 737	120 305	129 791	126 129	116 196
TOTAL MIGAC	297 646	328 843	353 955	420 891	436 436
					46,63%
DAFSSR	208 975	212 017	353 379	363 099	363 953
DAF PSY	198 433	200 854	501 024	507 125	515 442
DAF MCO	410 346	416 734	2 728	4 665	4 666
DAF USLD	84 340	87 288	87 718	86 958	50 808
TOTAL DAF	902 093	916 893	944 849	961 847	934 869
					3,63%
TOTAL GENERAL	3 291 867	3 272 382	3 434 874	3 594 439	3 673 802
					11,60%



Les dépenses des établissements de santé anciennement financés par dotation globale de la région sont passées de 3, 292 à 3, 673 milliards d'euros entre 2006 et 2010, soit un taux de croissance annuel moyen de 2,78 %.

La part des financements relevant d'une dotation globale (hôpitaux locaux, USLD, Psychiatrie et SSR) s'est réduite entre 2006 et 2010, passant de 27,40 % à 25,52 %.

4.5. Certification

4.5.1. Etat de la certification

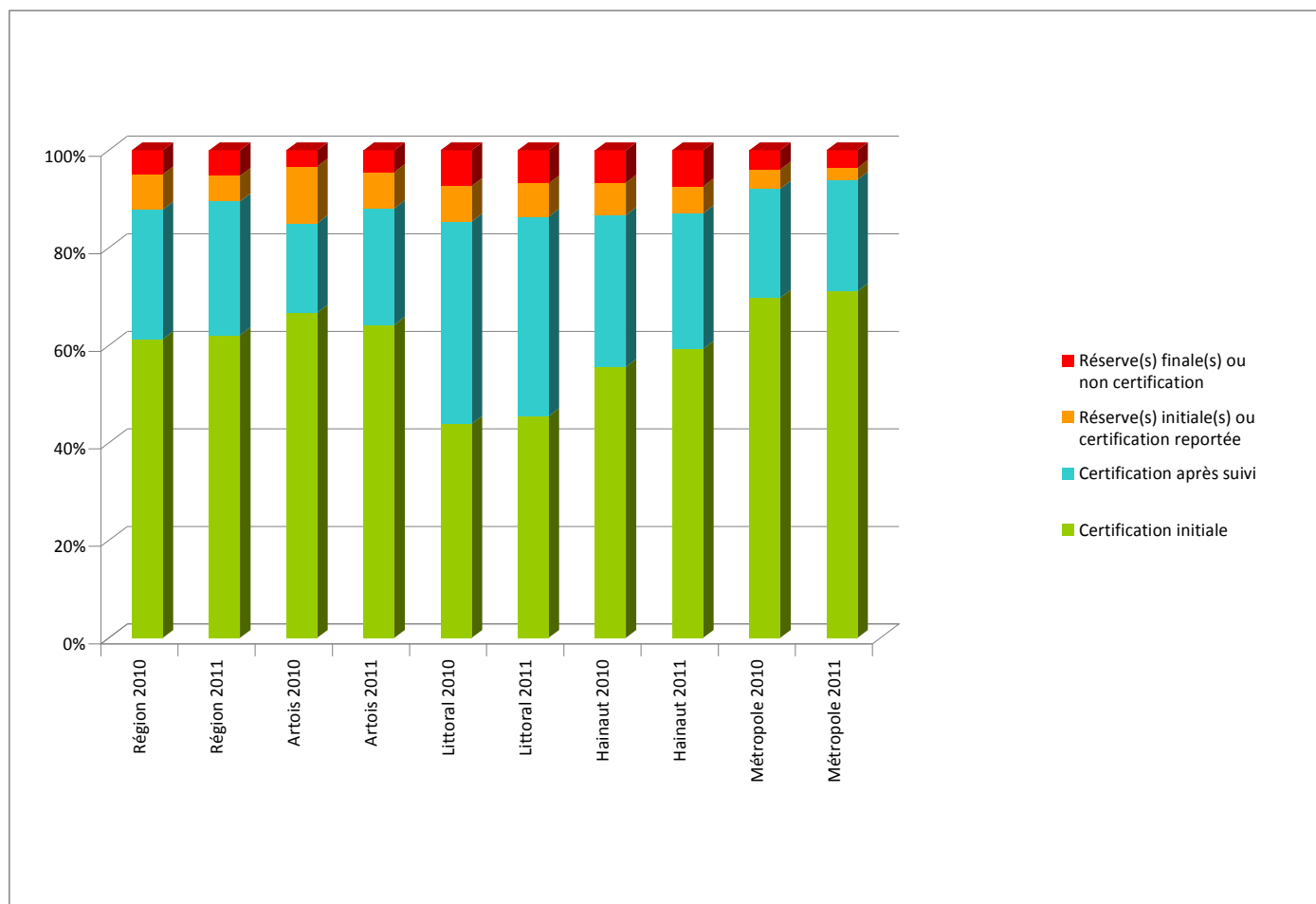
Pour mémoire l'indicateur 5.1 du CPOM ARS-Ministère (2010-2013), qui correspond au pourcentage d'établissements de santé certifiés avec réserves (majeures ou non), a été défini comme un des indicateurs prioritaires pour la région permettant de mesurer ainsi la qualité de notre système de santé. Pour 2010, cet indicateur au niveau régional était de 12,6% avec un prévisionnel à 18% pour 2011, 16,5% en 2012 et 15% en 2013 (la certification V2010 étant beaucoup plus rigoureuse pour les établissements que la V1 et la V2007 en introduisant des pratiques exigibles prioritaires, motifs de réserves, ciblant plus particulièrement la démarche qualité de la prise en charge médicamenteuses des patients, la gestion des risques sanitaires et la gestion du dossier patient). Cet indicateur doit être évalué au 1^{er} mai de chaque année. Les résultats de I5.1 comparatifs au 31/03/2011 par rapport au 30/04/2010 (11 mois) sont les suivants :

<i>I5.1</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>	<i>Tendance</i>
Nord – Pas de Calais	12,2%*	10,5%	↘
Artois – Douaisis	15,0%	11,9%	↘↘
Hainaut – Cambrésis	13,3%	13,0%	→
Littoral	14,6%	13,6%	↘
Métropole – Flandre Intérieure	7,9%	6,0%	↘

* Le résultat initialement trouvé en 2010 de 12,6% a été corrigé car un établissement compté initialement comme certification avec réserve pour la VI, s'est retrouvé, après vérification, certifié avec recommandations suite au rapport de suivi intervenu 6 mois après qui a permis de lever la réserve

Manifestement, la prévision initiale de 18% pour 2011 sera réalisée avec 26 nouveaux établissements certifiés en 11 mois (20 en V2007 et seulement 6 en V2010). Cependant la montée en charge pour la certification V2010 des établissements reste faible. Pour la V1 et la V2007, aucun établissement de la région n'a pas été certifié.

Ci-après l'analyse graphique comparative des différents niveaux de décision HAS pour la région et les 4 territoires de santé :



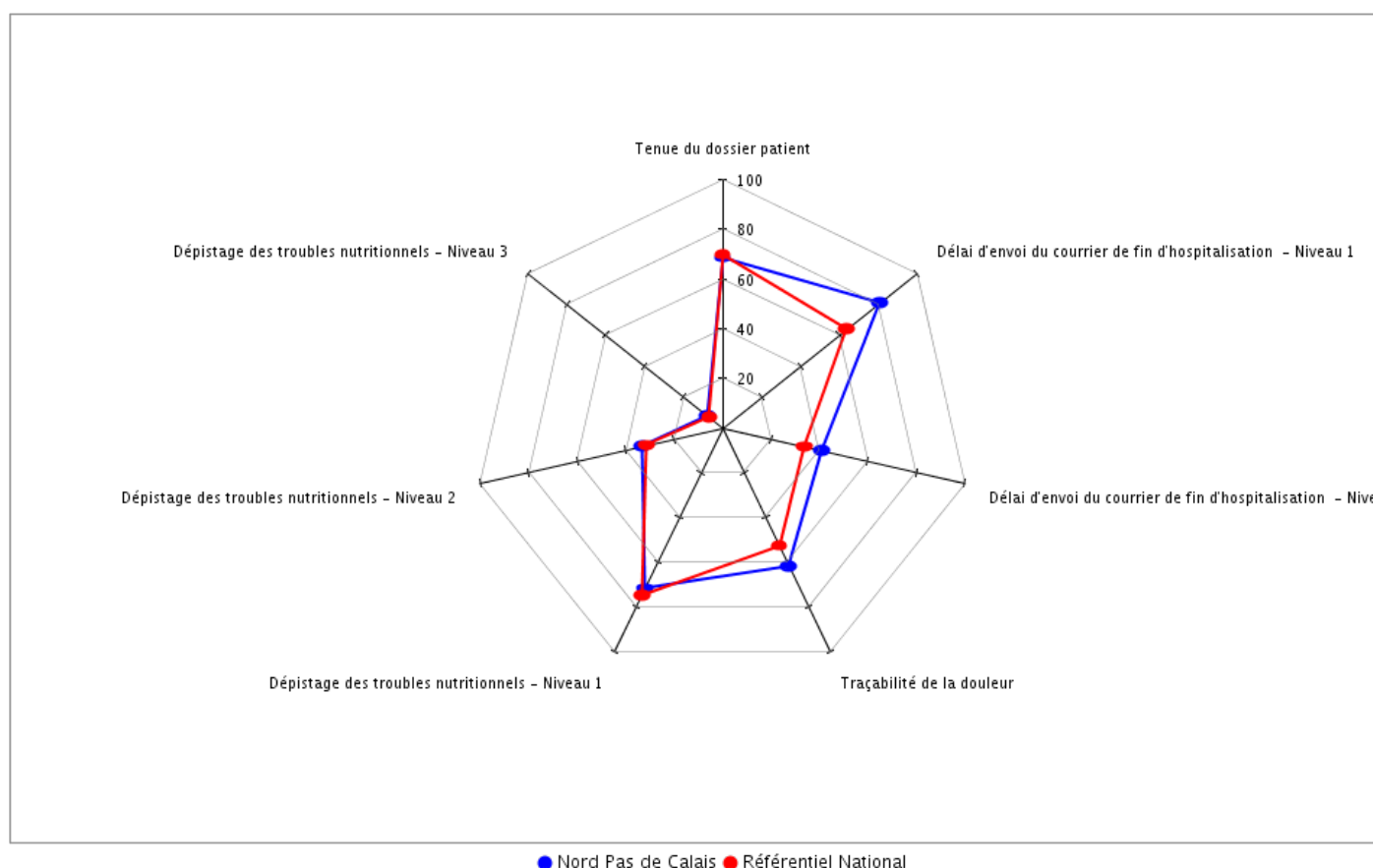
4.5.2. Indicateurs IPAQSS 2009

Dossier du patient « MCO » (indicateur de tenue du dossier patient) :

Moyenne nationale = 70% et moyenne régionale = 69%. 69 établissements répondeurs sur 71 concernés (soit 3% non répondeurs. 14 (20%) établissements de la région ont atteint, voire dépassé, l'objectif national de 80%. A l'inverse, 55 (77%) établissements sont en dessous de 80% pour cet indicateur.

		> Moyenne Nationale	= Moyenne Nationale	< Moyenne Nationale
Nbre établissements (%)		23 (32%)	20 (28%)	26 (37%)
		> Moyenne Régionale	= Moyenne Régionale	< Moyenne Régionale
Nbre établissements (%)		26 (37%)	20 (28%)	23 (32%)
Tendance / 2008		↗	→	↘
Nbre établissements (%)		26 (37%)	38 (53%)	5 (7%)

Ci-après le diagramme de NICE qui reprend les résultats régionaux comparés aux résultats nationaux des différents indicateurs qui composent le dossier du patient « MCO » : il montre que le Nord- Pas-de-Calais est conforme au référentiel national :

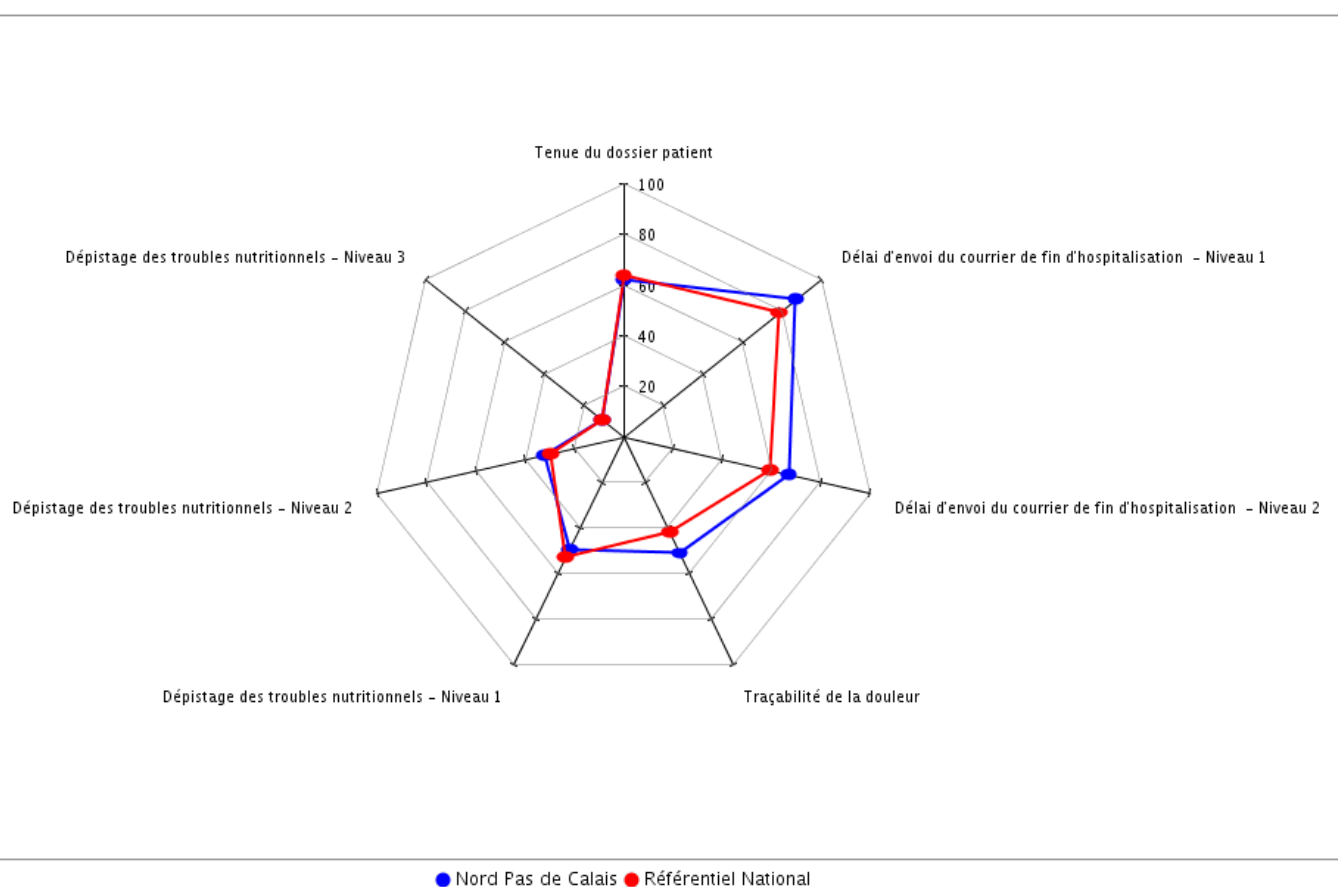


Dossier du patient SSR (Indicateur de tenue du dossier patient) :

Moyenne nationale = 64% et moyenne régionale = 62%. 55 établissements répondeurs sur 58 concernés (soit 5% non répondeurs). 8 (14%) établissements de la région ont atteint voire dépassé l'objectif national de 80%. A l'inverse, 47 (81%) établissements sont en dessous de 80% pour cet indicateur. Pas de tendance / 2008 car il s'agissait de la 1^{ère} année de test pour cet indicateur.

		> Moyenne Nationale	= Moyenne Nationale	< Moyenne Nationale
Nbre établissements	(%)	19 (33%)	9 (16%)	27 (47%)
		> Moyenne Régionale	= Moyenne Régionale	< Moyenne Régionale
Nbre établissements	(%)	23 (39,5%)	9 (16%)	23 (39,5%)

Ci-après le diagramme de NICE qui reprend les résultats régionaux comparés aux résultats nationaux des différents indicateurs qui composent le dossier du patient « SSR » : il montre que le Nord-Pas-de-Calais est conforme au référentiel national :



4.6. Contractualisation

Le suivi des orientations stratégiques des CPOM du SROS III s'inscrit dans une méthodologie globale de suivi du SROS qui prend en compte

- Le suivi des orientations stratégiques
- Le suivi des CPOM
- Le suivi des volets du SROS
- Le suivi du contrat ARH-DHOS
- Le suivi des MIGAC

- Le suivi des OQOS

Les orientations stratégiques des CPOM, et donc du SROS III, se déclinent par territoire, par thématique médicale et par établissement.

Pour le suivi de chaque orientation stratégique, on distingue deux notions complémentaires :

- La réalisation de l'orientation stratégique
- Le résultat produit une fois l'orientation stratégique mise en œuvre (livrable)

Dans ce bilan à mi-parcours l'Agence Régionale informe uniquement sur le niveau de réalisation des orientations stratégiques. La collecte des résultats produits est aussi réalisée et fera l'objet d'un bilan dans un second temps avec le bilan des volets thématiques.

Pour suivre des orientations stratégiques très variées et peu comparables entre elles, on s'attache à observer uniquement si elles sont réalisées ou en cours. L'unité d'œuvre est donc « l'orientation stratégique ».

La mesure de la réalisation d'une orientation stratégique est donc très simple :

0% : pas commencé

50% : en cours

100% : fait

Ce système simple permet les compilations par territoire, établissements et thématiques.

Par territoires

Le bilan à mi-parcours montre un avancement cohérent de 53% des 417 orientations stratégiques compte-tenu des délais de signatures des avenants des CPOM (fin 2007). L'avancement des territoires est homogène et montre que les établissements mettent en œuvre les orientations du SROS III.

Les 92 orientations stratégiques de psychiatrie sont avancées de 45% (voir chapitre thématique).

Les territoires de santé

Étiquettes de lignes	NBRE D'ORIENTATION STRATEGIQUES	NIVEAU D'AVANCEMENT
ARTOIS	98	53%
HAINAUT	124	60%
LITTORAL	74	41%
METROPOLE	121	52%
Total général (hors psychiatrie)	417	53%

Les zones de proximité

Les ZP	Nbre d'Orientations stratégiques	AVANCEMENT
ART TERNOIS	18	50%
BETHUNE	23	46%
BOULO	12	36%
CALAIS	10	56%
CAMB	30	45%
DOU AIS	23	50%
DUNK	22	36%
FLAND LYS	36	49%
LENS HENIN	34	60%
METROLIL	44	50%
MONTR	17	41%
RBX TCG	41	57%
SB AVESN	41	66%
ST OMER	13	44%
VALENC	53	65%
Total général hors psychiatrie	417	

4.6.2. Par Thématiques

L'avancement des thématiques témoigne de l'engagement des établissements sur l'ensemble des disciplines avec une dynamique de coopération qui se met réellement en œuvre.

Thématiques	Nbre d'Orientations stratégiques	Niveau Avancement
COOPERATION	97	56%
CANCERO	39	66%
SSR	37	49%
Personnes Agées	35	49%
SANTEPUB	28	18%
CHIRURGIE	27	57%
Soins Palliatifs	20	43%
NEURO	17	59%
FIN -INV	17	61%
ADDICTO	15	50%
URGENCES	14	35%
PERINATALITE	13	62%
CARDIO	12	56%
REA	12	63%
DIAB NUTR	9	50%
IRC	6	58%

MED	6	71%
PSY	4	Voir suivi psy
IMAGERIE	4	100%
OPHT	2	50%
AUTRES	1	100%
HAD	1	100%
GOUV	1	100%
Total général hors psy.	417	

PSYCHIATRIE	Nbre d'O. strat.	Niv. Avancement
ARTOIS	31	36%
HAINAUT	17	47%
LITTORAL	17	47%
METROPOLE	27	51%
Total général psy	92	45%

4.7. Coopérations

4.7.1. Coopérations locales

Le partenariat entre les établissements de santé est très important dans la région, au regard des questions de démographie médicale notamment.

Une trentaine de groupements de coopération sanitaire (GCS) existe sur le territoire et porte sur les activités de soins (cancérologie, chirurgie, cardiologie...), l'exploitation d'équipements lourds ou les fonctions logistiques et médico-techniques, avec des partenariats fortement intégrés.

Les projets de CHT animés par l'ARS portent sur trois échelles de territoire :

- ➔ Le projet Arras – Lens – Béthune - Douai occupe le territoire de santé de l'Artois et est centré sur la coopération entre les établissements publics les plus importants du territoire, sur la définition des niveaux de recours et de pôles d'excellence.
- ➔ Les autres projets s'inscrivent dans les zones de proximité derrière un établissement de référence :
 - VNE Métropole : CH Roubaix – Tourcoing - Wattlelos
 - Flandre intérieure : CH Armentières – Bailleul - Hazebrouck
 - Littoral Sud : CH Boulogne – CH Arrondissement de Montreuil
 - Calaisis – Audomarois : CH Calais – St Omer – Aire/Lys
 - Valenciennois : CH Valenciennes – Denain – St Amand les Eaux – Le Quesnoy
 (convention constitutive signée)

- ➔ Un projet est transrégional avec la CHT Hirson – Fourmies.

Par ailleurs, les établissements publics de santé de la Métropole lilloise développent une stratégie de groupe portant notamment sur la permanence des soins.

Depuis plusieurs années, le CHRU de Lille s'est inscrit dans **une dynamique de développement et de structuration de ses coopérations** : Groupements de Coopération Sanitaire, Groupements de Coopération Sanitaire et Médico-Social, Groupement d'Intérêt Public, Groupement d'Intérêt Scientifique..., conventions-cadres de partenariats, conventions de filières ou de recours, conventions individuelles de temps partagés, conventions de mise à disposition...

Dans le contexte de l'application de la loi HPST et conformément aux orientations de la politique territoriale de l'ARS Nord Pas-de-Calais, les principales orientations de la politique de coopération du CHRU de Lille sont les suivantes :

- Favoriser la **structuration de filières de prise en charge lisibles** pour les patients conciliant sécurité et proximité, dans le cadre d'une **stratégie de groupe public**, en identifiant des **projets médicaux communs** et des **équipes médicales communes**.
- **Soutenir les Centres Hospitaliers des Communautés Hospitalières de Territoire** dans les activités évaluées comme critiques pour l'hôpital public et pour la population sur un territoire.
- Articuler les actions de coopération et le **soutien à la démographie médicale pour répondre aux enjeux d'attractivité** : réunir les compétences médicales, garantir aux professionnels de santé un environnement favorable à la formation, à la recherche, et à de bonnes conditions de travail pour rester, proposer des dispositifs innovants à temps partagés.
- Répondre à la mission de **permanence de soins du service public** pour garantir un égal accès de la population aux soins, y compris aux soins hyperspécialisés
- Intégrer la **dimension hospitalo-universitaire** dans les projets de coopération (formation, recherche, accès à des soins spécialisés) dans des conditions rigoureuses.

La constitution de Groupements de Coopération Sanitaire (GCS) Hospitalo-Universitaires s'inscrit dans **une stratégie de groupe public** et permet au CHRU de Lille d'affirmer sa **dimension hospitalo-universitaire multipolaire**.

Au-delà de son implication au plan régional, le CHRU de Lille met en œuvre et développe une politique active de relations interrégionales, transfrontalières et internationales notamment à travers des jumelages hospitaliers.

Enfin les principaux établissements de la région développent un partenariat important dans le domaine de la recherche notamment au travers des deux projets suivants :

- ➔ **NEXIMED** : candidature régionale au label « institut hospitalo-universitaire » ; projet d'envergure internationale, basée sur la médecine personnalisée (génétique, biologie moléculaire) ; projet qui cible notamment les maladies suivantes : Alzheimer, diabète, maladies inflammatoires chroniques intestinales. Il s'agit d'une fondation de coopération scientifique réunissant :
 - des institutions publiques : CHRU, faculté de médecine, université de Lille II, Eurasanté, INSERM, ORS
 - des industriels donateurs
 - des personnalités qualifiées.
- ➔ **SIRIC** : site de recherche intégrée en cancérologie ; appel à projets INCA ; projet porté par le CHRU de Lille et le Centre Oscar Lambret pour l'ensemble des institutions partenaires et associées (PRES Université Lille Nord de

France, CNRS, Inserm, IRCL, Institut Pasteur de Lille, ... et quelques centres hospitaliers de la Métropole dont le GHICL).

4.7.2. Coopérations internationales : coopérations transfrontalières franco-belges

Pour l'essentiel, les coopérations sanitaires transfrontalières entre la France et la Belgique sont aujourd'hui regroupées au sein des Zones Organisées d'Accès aux Soins. Ces zones ont la particularité d'ouvrir de manière exhaustive l'offre de soins des établissements participants au bénéfice des assurés sociaux de la zone couverte.

Néanmoins quelques conventions de coopération bilatérales subsistent.

Les conventions ont été validées par les CPAM en groupes de travail (sous l'égide de l'OFBS) puis signées par l'ARH et l'URCAM. Elles bénéficient aujourd'hui du soutien et d'un suivi ARS.

Conformément à la réglementation européenne, la prise en charge par l'Assurance maladie se fait sur la base du tarif du pays où les soins sont prestés (coordination des systèmes de sécurité sociale). Les Etats recouvrent leurs dettes et créances a posteriori via le CLEISS (Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale).

Les conventions ZOAST ou bilatérales suppriment l'autorisation médicale préalable en la remplaçant par une autorisation administrative systématiquement délivrée dès lors que l'assuré entre dans le champ d'application de la convention visée (formulaire S2, ex-E112). Ainsi, les contraintes administratives qui peuvent empêcher un assuré de passer la frontière sont levées. Le régime général, le RSI et la MSA participent à toutes ces coopérations.

Les Zones Organisées d'Accès aux Soins

MRTW-URSA

Etablissements : CHR de Mouscron, site de Menin de l'Hôpital de Roulers, CH Roubaix, CH Tourcoing, CH Wattrelos, CH Armentières, CH Bailleul, CH Hazebrouck, CH Jan Yperman d'Ypres, CHRU de Lille, AZ Groeninge de Courtrai

Zone : 3 CPAM = Lille-Douai, Roubaix-Tourcoing, Flandres

Valenciennes – Tournai

Etablissements : CH de Valenciennes, CH de Tournai

Zone : CPAM du Hainaut

En vigueur le 1^{er} juillet 2010.

MoMau

Etablissements : CHR de Mons, CHU Ambroise Paré de Mons, CH de Sambre-Avesnois (Maubeuge), CH d'Hautmont, CH de Jeumont, CH d'Avesnes, Centre départemental de Fellerie Liessie, clinique du Parc, polyclinique du val de Sambre, Centre de radiodiagnostic Grimm, Centre de radiothérapie Gray

Zone : CPAM du Hainaut

Extension aux CH de Baudour et Hornu-Frameries au 1^{er} juillet 2010.

Thiérache (Transcards)

Etablissements : Centre de Santé des Fagnes, CH de Fourmies, Hirson, Fellerie-Liessies, polyclinique de la Thiérache (Wignehies)
Zone : 2 CPAM = Aisne, Hainaut

Ardennes

Etablissements : CH de Dinant, CH Charleville-Mézières, Clinique du Parc Charleville-Mézières, CHU Mont-Godinne,
Zone : CPAM des Ardennes

➤ **Les autres coopérations**

Flandres

Convention en SSR entre le CH de Dunkerque et le KEI d'Oostduinkerke en vigueur depuis le 1^{er} novembre 2008.

Un projet médical global est en cours de discussion entre les acteurs hospitaliers de la zone où une ZOAST est envisagée.

Un PETSCAN a été autorisé en 2008 par l'ARH sur le site hospitalier de Dunkerque. Cette autorisation est survenue du fait de la prise en compte du territoire belge flamand. L'équipement devrait fonctionner courant 2012.

Métropole Lilloise

Les conventions spécifiques entre Mouscron et Tourcoing subsistent lorsqu'elles offrent un avantage par rapport à la ZOAST

- IRM / scintigraphie
- IRC / maladies infectieuses

Convention entre le CHRU de Lille et le CH de Ronse (Renaix) en chirurgie orthopédique : patients Belges accueillis à Lille.

Hainaut

Conventions en soins intensifs / réanimation entre les CH de Mons et de Maubeuge : manque de place chronique à Maubeuge / solution de proximité avec Mons lorsque aucune place côté français dans un périmètre raisonnable n'est trouvée.

Accord entre le CH Valenciennes et la CPAM pour la prise en charge des patients français admis en soins intensifs / réanimation au CH de Tournai.

L'aide médicale urgente

Sur toute la frontière franco-belge, intervention des SMUR nationaux sur l'autre versant à la demande des Centres 15 ou 100. L'intervention en première intention se fait toujours par le SMUR national.

➤ **Perspectives**

La définition de territoires transfrontaliers de la santé, « Bassins de soins », est aujourd'hui à l'étude dans le cadre des groupes de travail des G.E.I.E. OFBS (Observatoire Franco Belge de la Santé) et LUXLORSAN (Luxembourg Lorraine Santé).

Objectif : définir une méthode d'évaluation des besoins en santé des populations d'une zone transfrontalière donnée, afin de permettre aux régulateurs (en France, l'ARS) de l'offre de soins d'étendre sa réflexion sur l'autre versant frontalier.

La création de filières de soins : organisation coordonnée de la prise en charge des patients comprenant des séquences de soins hospitaliers dans des établissements pouvant être situés de part et d'autre d'une frontière. L'apport du transfrontalier à cette approche consiste à mutualiser les ressources, en structure, en équipements et en personnel. Ceci afin de garantir la continuité des soins.

Au-delà de l'élaboration de filières hospitalières, ce mode d'organisation de l'accès aux soins doit être complété par la constitution de réseaux de médecins de ville.

➤ Les freins à lever

La différence de prise en charge par l'assurance maladie en Belgique et en France

Rappel : dans le cadre des coopérations mises en œuvre, et conformément à l'accord-cadre de coopération sanitaire, le tarif appliqué à l'assuré est celui du pays où les soins sont prestés. La mutualité belge prend en charge la part obligatoire définie par la réglementation belge, selon sa nomenclature. De fait, l'assuré français soigné en Belgique se verra appliquer le tarif belge et donc les éventuels restes à charge non couverts par la part obligatoire lui seront facturés. Il peut exister une différence défavorable au niveau de prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire. En outre, aucune obligation n'est faite aux organismes d'assurance santé complémentaire de prendre en charge les compléments nés d'une prise en charge sanitaire de l'autre côté de la frontière. Ceci est un frein indéniable et important car les sommes en jeu sont parfois très importantes.

Par ailleurs, tant que le passage de la frontière reste optionnel, ce qui est le cas actuellement avec les ZOAST et autres conventions hors urgence, ce système reste possible. En revanche, la mise en place de filières (oncologie entre Maubeuge et Mons par exemple) oblige à réfléchir à un système permettant une prise en charge identique pour l'assuré national, qu'il passe ou non la frontière.

Il est primordial d'impliquer les assurances complémentaires dans le champ transfrontalier. Pour cela, une modification législative est nécessaire.

NB : hors convention, pour des soins ambulatoires, un assuré peut demander l'application de la jurisprudence Kohl-Decker (reprise par la réglementation française). L'assuré fait l'avance des frais et demande à sa caisse de le rembourser sur base du tarif du pays d'affiliation. Ceci nécessite une comparaison des nomenclatures. L'expérience montre qu'il est souvent impossible de faire correspondre les actes codifiés dans les deux pays.

Les soins intensifs / réanimation

Faute de place disponible dans un délai raisonnable en France, il arrive que des patients soient admis en soins intensifs / réanimation dans un établissement belge et ce, hors cadre conventionnel. Deux problèmes peuvent alors survenir :

- le coût du transport sanitaire : c'est à l'établissement demandeur du transfert de prendre en charge ce coût. Or, on ne peut pas demander à un établissement belge de payer pour un patient qu'il a accepté de prendre en charge pour pallier un manque français. Il arrive que les transporteurs refusent d'aller chercher un patient en Belgique

car ils craignent (avec raison) de ne pas être payés. Il faut ici trouver une solution, a priori par une enveloppe sanitaire.

- le décès : la réglementation prévoit, lorsqu'il y a passage d'une frontière, un transport du corps en cercueil fermé plombé. Outre le traumatisme psychologique pour la famille, cela génère également un surcoût estimé à mille euros.

A l'instar de l'aide médicale urgente, il pourrait être opportun de négocier une convention transfrontalière unique sur les soins intensifs.

Le partage d'activités entre établissements

Pour mener à bien le projet de création de filières de soins transfrontalières, il semble nécessaire de créer un nouvel outil juridique permettant aux acteurs sanitaires d'Etats différents de collaborer au sein d'une même structure. A ce titre, le GECT (Groupement Européen de Coopération Territoriale), forme juridique adoptée par l'EuroMétropole Lille-Kortrijk-Tournai, apparaît insuffisant. En effet, son article 3 limite la possibilité d'adhésion aux personnes morales de droit public ou assimilé. Or, les hôpitaux, notamment côté belge, ont un mode de fonctionnement et une personnalité juridique trop éloignés de cette conception restrictive. Le modèle du GCS français devrait pouvoir être adapté et donner lieu à la création d'un nouveau véhicule juridique sous la forme d'un Groupement Européen de Coopération Sanitaire. Cet instrument permettrait à des établissements belges et français de détenir ensemble des autorisations relatives à l'exploitation d'équipements, par exemple. Et ce en leur permettant d'adopter une comptabilité propre.

L'accord-cadre de coopération sanitaire transfrontalière

Ce traité doit encore être ratifié par le gouvernement fédéral belge. L'entrée en vigueur de l'accord (déjà appliqué dans les faits) apportera une sécurité juridique aux coopérations en place, mais aussi une harmonisation des conventions qui devront être mise en conformité dans l'année. Il permettra également la mise en place de la Commission mixte franco belge.

4.8. Conclusions : l'offre de soins hospitalière

La région Nord-Pas-de-Calais compte 150 établissements de santé dont 80 établissements publics et PSPH (devenant ESPIC dans le cadre de la loi HPST).

La région consacre 4,4 milliards d'euros au financement des établissements sanitaires de la région, dont plus de 80 % aux établissements publics ou ESPIC. Les activités financées au titre de la T2A représentent 3,5 milliards d'euros (données internes). Plus spécifiquement sur le secteur ex-DGF, la progression des dépenses a été de 3,2 % pour une moyenne nationale de 1,8 % (source ATIH).

Parmi les établissements publics et PSPH, qui ont réalisé 1 030 260 séjours et séances en 2009 (+2,7%), 25 établissements ont un chiffre d'affaires supérieur à 50 M€ et 14 établissements ont un chiffre d'affaires supérieur à 100 M€ (dont 3 PSPH et 11 EPS).

La situation financière des établissements publics et PSPH de la région a connu globalement une amélioration rapide, le résultat global d'exploitation (budget H) passant de -65,2 M€ en 2007 à -18 M€ en 2008, -10 M€ en 2009 et 2010 (malgré une réduction des crédits d'accompagnement de 17M€). Un effort particulièrement important a été réalisé au niveau des établissements publics de santé dont le déficit anticipé est ramené à -2,2 M€ en 2009. Ces

améliorations sont liées à une meilleure performance médico-économique des établissements sur la région Nord-Pas-de-Calais. Certains hôpitaux restent toutefois en retrait de cette tendance générale ; ceux-ci font ainsi l'objet soit:

- de projets de performance copilotés avec l'ANAP
- de plan de retour à l'équilibre pilotés par l'ARS
- de suivis spécifiques.

L'investissement hospitalier a été redynamisé par les aides octroyées sur les plans de soutien nationaux, ce qui a permis de réaliser, entre autres, les reconstructions des CH d'Arras, de Douai, de Valenciennes, de Cambrai à travers le plan H2007, et permet de reconstruire les CH de Calais et Boulogne à travers le plan H2012.

Ce processus d'investissement, aidé majoritairement par des aides en exploitation, a contraint toutefois les établissements à emprunter et a de fait augmenté globalement l'endettement des hôpitaux de la région, plaçant certains d'entre eux dans des situations difficiles. Certains établissements n'ont émarginé sur aucun plan et présentent une vétusté importante de leur patrimoine.

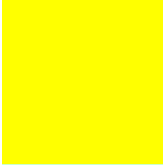


BILAN DU SROS III PAR VOLET

SROS III	2006	2007	2008	2009	2010
urgences	OQOS atteints, EMG, PASS, organisation des urgences cardio-vasculaires et AVC, réseau et outils de communication à finaliser				
réa-SI - SC	priorité aux objectifs de consolidation et d'équilibre territorial + mise aux normes des effectifs - OQOS quasi-atteints en implantation				
imagerie			équipements et personnels		
AVC		<p>Le début des reconnaissances d'unités neurovasculaires (UNV), visant à mailler l'ensemble du territoire régional.</p> <p>L'objectif d'une UNV par zone de proximité n'est cependant pas atteint (actuellement 9 opérationnelles et sans doute 11 cette année avec Maubeuge et Tourcoing).</p> <p>A poursuivre : structuration complète de la filière AVC dans chaque TS de la région, avec l'UNV comme tête de pont et le déploiement de « Télé AVC » à partir du projet pilote entre les CH de Lens, Valenciennes et Maubeuge.</p>			
chirurgie	à compléter				
cardiologie interventionnelle					première fenêtre en cours
périnatalité	<p>maintien du réseau de proximité, mise aux normes des effectifs partielle, amélioration de la PEC de l'hémorragie de la délivrance, progression allaitement</p> <p>à poursuivre : transports néonataux, accessibilité DPN, accueil des familles vulnérables, préparation des primipares</p>				
diabète	disparités territoriales persistantes				
HAD	capacités et offre territoriale				
obésité				première labellisation en cours	
IVG	maillage incomplet (Avesnois), défaut de coordination territoriale, choix de la méthode et anesthésie, délais de prise en charge, conditions d'accueil				

cancer			autorisations et contrôle, pôle régional, couverture régionale 3C, à poursuivre : qualité RCP, chimio à domicile, implication du patient		
pneumologie	Renforcement des consultations hospitalières de sevrage tabacologique ; réseau des maternités sans tabac de sevrage ; effort de formations des personnels au sevrage. A poursuivre : mise en œuvre du dispositif de SSR spécialisé pour les insuffisances respiratoires chroniques				
IRC	à compléter				
douleur	formation , CLUD à poursuivre : reconnaissance, lisibilité de l'activité				
soins palliatifs	offre et formations en USP à poursuivre : formation en LISP, coordination régionale				
gériatrie	objectifs < réalisations				
santé mentale	objectifs majoritairement atteints, resructuration sur Lille en cours, tensions sur les investissements				
addictions		objectifs majoritairement atteints, sauf sur périnatalité			
SSR				ttes actions en cours	

lecture : les années couvertes correspondent à la période consécutive au SROS III (ou à l'avenant spécifique à une activité)

légende :

blanc	mise en œuvre récente
	difficultés ou mise en œuvre partielle
	mise en œuvre favorable avec difficultés résiduelles
	mise en œuvre satisfaisante

Bilan du SROS III

1. PRESENTATION

Référents	A. DELCOURT / I. GUILLOTON/ R.PETIT/Y.BEAUCHAMP
Thématique	Prise en charge des urgences et articulation avec la permanence des soins
Date d'approbation du SROS	Mars 2006

2. ETAT DES LIEUX

Bilan qualitatif

<p>Rappeler les objectifs du SROSIII Volet Prise en charge des Urgences et articulation avec la Permanence Des Soins (2006/2011)</p>	<p>Concernant la permanence des soins de ville</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Disposer d'une régulation médicale libérale dans les 2 départements 2. Adapter l'organisation des secteurs de garde aux besoins de la population et à la démographie médicale 3. Mutualiser et sécuriser les astreintes libérales 4. Assurer la lisibilité du dispositif en place auprès des professionnels et du public <p>Concernant les Urgences Hospitalières, ils se déclinent en 5 orientations stratégiques :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adapter la répartition des sites d'urgences aux besoins de la population par territoire de proximité 2. Organiser des filières de prise en charge par la mise en réseau des établissements : <ul style="list-style-type: none"> - un réseau par zone de proximité : pour les activités de niveau 1 - un réseau par bassin de vie pour les activités de niveau 2 - un réseau régional pour les activités de niveau 3. 3. S'assurer de la permanence de l'accueil et de la qualité des soins 4. Diminuer le temps d'attente aux urgences 5. Conforter le SAMU dans ses missions en optimisant ses partenariats (SMUR, SDIS, régulation libérale, coopérations transfrontalières), doter le département du Nord d'un hélicoptère sanitaire 6. Améliorer la réponse des SMUR auprès des usagers <p>Concernant les prises en charges spécifiques :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Organiser une prise en charge adaptée des enfants dans les services d'urgences 2. réguler et améliorer la prise en charge des personnes âgées aux urgences 3. Optimiser la réponse à l'urgence psychiatrique 4. Améliorer la prise en charge précoce de l'urgence cardio-vasculaire 5. Structurer la filière de prise en charge des AVC en urgence 6. Redynamiser l'action des Permanences d'Accès aux Soins de Santé
--	---

<p>Mise en œuvre des objectifs du SROS</p> <ul style="list-style-type: none"> · Constat général 	<p>Concernant la Permanence de Soins de Ville</p> <ul style="list-style-type: none"> - voir le document spécifique rédigé par I. Guilloton <p>Concernant les urgences hospitalières :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la répartition des sites d'urgences respecte globalement les critères fixés. Cependant, il y a eu transfert d'un site sur le territoire de l'Artois et un nouvel état des lieux sera à faire sur les territoires en terme de réponses aux besoins de la population. - L'organisation en filières est en cours de réflexion dans les territoires mais le réseau des urgences n'a pas été constitué. - L'amélioration de l'accueil aux urgences est une préoccupation journalière mais reste très dépendante de l'organisation de la permanence des soins ambulatoire. - Les outils d'organisation des relations et de communication sont en cours de construction entre les SAMU et leurs partenaires (RAMUR, ANTARES, ROR...) - La réflexion sur l'organisation des transferts inter hospitaliers est en cours. <p>Concernant les prises en charge spécifiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un bilan sera fait sur l'organisation de la prise en charge des enfants aux urgences notamment dans les établissements disposant d'un service de pédiatrie. - Les équipes mobiles de gériatrie ont été mises en place ainsi que les filières internes organisées dans les établissements sites d'urgences. - L'urgence cardio-vasculaire et l'urgence neurologique liée aux AVC sont organisées par territoire de santé. Un projet télé AVC est en cours de constitution sur le Hainaut et l'Artois. - Les PASS ont été réactivées.
<p>Rappeler les indicateurs d'évaluation, si prévus au SROS III</p>	<p>Il n'existe pas d'indicateurs d'évaluation spécifiques prévus au SROS III en dehors des indicateurs classiques d'activité des services d'urgences (nombre de passages, % d'hospitalisation, nombre de sorties SMUR)</p>
<p>Indiquer les données d'évaluation si disponibles ou préciser les études à mener pour produire des données d'évaluation</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les indicateurs d'activité des services d'urgences sont régulièrement collectés dans les résumés de passage aux urgences (RPU) dans le cadre du système OSCOUR. Ils pourraient servir d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs de l'activité aux urgences. - Données PMSI
<p>Indiquer les éléments nouveaux intervenus depuis le SROS III (évolution réglementaire, plan ou programme national, démographie, CPOM, rapports nationaux à prendre en compte...)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Modification des modalités d'organisation et de financement de la PDSES en 2009 : tarifs T2A débasés des montants correspondants au coût des lignes de gardes et d'astreintes médicales mobilisées à ce titre - Le CPOM est l'outil juridique permettant de contractualiser l'organisation de la PDSES avec les établissements de santé - Loi HPST du 21 juillet 2009 qui qualifie la PDS de mission de service public à laquelle tout

	<p>établissement de soins peut participer. Elle donne compétence au DGARS pour l'organisation territoriale et l'attribution de cette mission.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Travaux du groupe de concertation de la DGOS du 6 décembre 2010
Indiquer les évènements marquants à venir (visites de conformité, ouverture d'une fenêtre de reconnaissance, programme d'inspection, visites de labellisation, appels à projets ou à candidature...)	<ul style="list-style-type: none"> - Les autorisations de poursuite d'exercice de la médecine d'urgence accordées par la COMEX de février 2007 sont prorogées jusqu'en mars 2014. En effet, il avait été indiqué aux établissements de surseoir aux demandes de visite de conformité dans l'attente de la mise en place du réseau des urgences. - Celui-ci n'ayant pas encore été mis en place, les dossiers de renouvellement tacite devront être transmis pour fin 2012.

Bilan quantitatif

Objectifs en termes d'implantations et/ou d'activités et/ou d'équipements et/ou autres

Nombre d'implantations

SMUR pédiatrique

	Nombre d'implantations existantes	Nombre d'implantation cible
Région	1	1

Coordination par les 2 SAMU

Activité SAMU

	Nombre d'implantations existantes	Nombre d'implantation cible
Nord	1	1
Pas de Calais	1	1

Mise en réseau des 2 SAMU et des SMUR. Déploiement de l'applicateur RAMUR

Activité des urgences

	OQOS retenus dans le SROS III	Actualisation existante au 1/1/2011
Artois	9	9
Hainaut	7	7
Littoral	6	6
Métropole	8	8

BILAN du SROS III

1. PRESENTATION

Référent : Isabelle GUILLOTON

Thématique : **Permanence des soins ambulatoires constituant une partie de la thématique Permanence des soins des établissements de santé et Urgences**

Thématique absente du SROS III, volet obligatoire, non opposable

2. ETAT DES LIEUX

2-1 Organisation du dispositif de permanence des soins ambulatoire au 1^{er} janvier 2011 dans la région Nord Pas de Calais

Objectif du dispositif de PDSA :

Permettre à chacun de recourir à un médecin de garde, aux heures de fermeture du cabinet des médecins traitants : après 20h, le samedi après midi, le dimanche et les jours fériés ; pour des soins inopinés ne permettant pas d'attendre le lendemain, mais ne nécessitant pas l'intervention des services d'urgence.

Le dispositif est organisé autour de la régulation libérale et de l'effectation par les médecins généralistes. La garde ambulancière et la garde des pharmacies contribuent également au fonctionnement du dispositif.

2-1-1 La régulation

Chaque département dispose d'un centre de régulation libérale, Médi'ligne. Ces plateformes téléphoniques sont installées sur le plateau des centres 15 des SAMU du Nord et du Pas de Calais et interconnectés au 15.

Un numéro de téléphone départemental permet de joindre chacun de ces centres :

Nord : 03.20.33.20.33

Pas de Calais : 03.21.71.33.33

Dans chaque centre la régulation est effectuée par des médecins généralistes volontaires (3 à 6 selon la tranche horaire) et des permanenciers (PARM).

La régulation fonctionne aux heures de la PDSA. Dans le Nord, elle n'est pas assurée la nuit entre minuit et 8 heures.

Une réponse est apportée aux patients en fonction de leurs besoins : conseil médical, médecin de garde, pharmacie, réorientation vers le service d'urgences...

2-1-2 L'effectation

La région est découpée en 162 secteurs de garde, 96 dans le Nord et 66 dans le Pas de Calais.

Le tableau de garde départemental est réalisé par chaque Conseil de l'Ordre.

L'intervention du médecin de garde (consultation ou visite) se fait à la demande de la régulation.

Les consultations ont lieu au cabinet du médecin ou dans une des dix Maisons médicales de garde de la région.

2-1-3 la garde ambulancière

La région est découpée en 40 secteurs, 17 dans le Nord et 23 dans le Pas de Calais.

Le tableau de garde départemental est établi par l'Association départemental des transporteurs sanitaires.

La garde ambulancière fonctionne aux heures de PDSA à l'exception du samedi. Suite à la décision des Préfets de département, la garde fonctionne la journée et la nuit du samedi dans le Nord, alors qu'il n'y a pas de garde le samedi dans le Pas de Calais.

2-1-4 la garde des pharmacies

La région est découpée en 76 secteurs de garde, 47 dans le Nord, 27 dans le Pas de Calais, 2 à cheval sur les deux départements.

Le tableau de garde est établi dans chaque département par le syndicat des pharmaciens.

La garde des pharmacies fonctionne aux heures de PDSA.

2-2Bilan quantitatif

2-2-1 Offre de soins et démographie médicale des secteurs de permanence

Tableau 1 – Démographie médicale des secteurs – ensemble des généralistes – avant minuit

Données Assurance Maladie 1^{er} semestre 2010

	Nombre de secteur avant minuit	Ensemble des généralistes	Dont participant au dispositif de PDS	Taux de participation	Généralistes de plus de 55 ans	Dont participant au dispositif de PDS	Taux de participation
Nord	96	2775	1252	45.1%	1116	387	34.7%
Pas de Calais	66	1425	999	70.1%	605	378	62.5%
Région	162	4200	2251	53.6%	1721	765	44.5%

Tableau 2 – Démographie médicale des secteurs – ensemble des généralistes – après minuit

Données Assurance Maladie 1^{er} semestre 2010

	Nombre de secteur après minuit	Ensemble des généralistes	Dont participant au dispositif de PDS	Taux de participation	Généralistes de plus de 55 ans	Dont participant au dispositif de PDS	Taux de participation
Nord	96	2775	476	17.2%	1116	143	12.8%
Pas de Calais	66	1425	915	64.2%	605	354	58.5%
Région	162	4200	1391	33.1%	1721	497	28.9%

Tableau 3 – Démographie médicale des secteurs – ensemble des généralistes – dimanche et jours fériés

Données Assurance Maladie 1^{er} semestre 2010

	Nombre de secteur après minuit	Ensemble des généralistes	Dont participant au dispositif de PDS	Taux de participation	Généralistes de plus de 55 ans	Dont participant au dispositif de PDS	Taux de participation
Nord	96	2775	927	33.4%	1116	273	24.5%
Pas de Calais	66	1425	770	54%	605	297	49.1%
Région	162	4200	1697	40.4%	1721	570	33.1%

Localisation des Maisons Médicales de Garde :

Nord

Armentières
Dunkerque
Grande Synthe
Lille Saint Vincent
Le Cateau Cambrésis
Maubeuge
Roubaix

Pas de Calais

Boulogne sur Mer
Calais
Hénin – Beaumont

2-2-2 Activité de permanence des soins des médecins généralistes

Tableau 4 – Taux de remplissage des tableaux de permanence et versement des astreintes

Données Assurance Maladie 1^{er} semestre 2010

	Nombre de secteur avant minuit	astreintes avant minuit		Nombre de secteurs après minuit	astreintes après minuit		Nombre de secteurs le WE et JF	astreinte de dimanche et jour férié		Taux de versement de l'astreinte
		potentielles	versées		potentielles	versées		potentielles	versées	
Nord	96	17 376	13 262	96	17 376	6 849	96	3 072	2 506	59.8%
Pas de Calais	66	11 946	9 308	66	11 946	8 937	66	2 112	1 727	76.6%
Région	162	29 322	22 570	162	29 322	15 786	162	5 184	4 233	66.7%

Tableau 5– Activité de permanence des soins – Actes de nuit 20h00-24h00, 6h00-8h00

Données Assurance Maladie 1^{er} semestre 2010

		Nombre de majorations		Dont réalisées par un médecin d'astreinte		Dont réalisées par un médecin n'étant pas d'astreinte		Réalisées par un médecin urgentiste	Réalisées par SOS médecins	
		Reg	Non rég	Rég	Non Rég	Rég	Non Rég		Rég	Non Rég
NORD		16048	11744	9596	1964					
Soit 100%				60%	17 %					
		Reg	Non rég	Rég	Non Rég	Rég	Non Rég		Rég	Non Rég
zones	rural	790	754	659	372	131	382	0	0	0
	soit			83%	49%	17%	51%	0	0	0
	péri-urbain	790	754	659	372	131	382	0	0	0
	soit			83%	49%	17%	51%	0	0	0
	urbain	14 468	10236	8 278	1 220	6 190	9 016	1 063	6 549	74
soit			57%	12%	43%	88%	4%	45%	1%	
PAS DE CALAIS		3 057	5150	2 367	500	690	4 650	1 356	0	.0
Soit 100%				77%	10%	23%	90%	17%	0	0
		Rég	Non Rég	Rég	Non Rég	Rég	Non Rég		Rég	Non Rég
SECTEURS	rural	113	61	97	31	16	30	0	0	0
	soit			86%	51%	14%	49%	0	0	0
	péri-urbain	388	739	319	106	69	633	0	0	0
	soit			82%	14%	18%	86%	0	0	0

	urbain	2414	4269	1 832	346	582	3 923	1356	0	0
	soit			76%	8%	24%	92%	20%	0	0
	mixte	142	81	119	17	23	64	0	0	0
	soit			84%	21%	16%	79%	0	0	0
Région		19 105	16 894	11 963	2 464	7 142	14 430	2 419	6 549	74
Soit 100%				63%	15%	37%	85%	7%	34%	0%

2-- médecins généraliste effectuant des gardes aux Urgences d'établissements de santé privés, donc hors PDSA

Tableau 6– Activité de permanence des soins – Actes de milieu de nuit 0h00- 6h00

Données Assurance Maladie 1^{er} semestre 2010

		Nombre de majorations		Dont réalisées par un médecin d'astreinte		Dont réalisées par un médecin n'étant pas d'astreinte		Réalisées par un médecin urgentiste	Réalisées par SOS médecins	
		Reg	Non rég	Rég	Non Rég	Rég	Non Rég		Rég	Non Rég
NORD		3 524	929	2 601	21	923	908	794	1 586	1
Soit 100%				74%	2%	26	98	18%	45%	0%
		Reg	Non rég	Rég	Non Rég	Rég	Non Rég		Rég	Non Rég
zones	rural	14	2	3	0	11	2	0	0	0
	soit			21%	0%	79%	100%	0	0	0
	péri-urbain	93	28	66	11	27	17	0	0	0
	soit			71%	39%	29%	61%	0	0	0
	urbain	3 417	899	2 532	10	885	889	794	1 586	1
	soit			74%	1%	26%	99%	18 %	46%	0%
PAS DE CALAIS		156	387	110	10	46	377	174	0	.0
Soit 100%				71%	3%	29%	97%	32 %	0	0
		Rég	Non Rég	Rég	Non Rég	Rég	Non Rég		Rég	Non Rég
SECTEURS	rural	12	3	10	2	2	1	0	0	0
	soit			83%	67%	17%	33%	0	0	0
	péri-urbain	30	7	22	3	8	4	0	0	0
	soit			73%	43%	27%	57%	0	0	0
	urbain	106	375	71	5	35	370	174	0	0
	soit			67%	1%	33%	99%	36%	0	0
mixte		8	2	7	0	1	2	0	0	0
soit				88%	0%	13%	100%	0	0	0
Région		3 680	1 316	2 711	31	969	1 285	968	1 586	1
Soit 100%				74%	2 %	26 %	98%	19%	43%	0%

2-- médecins généraliste effectuant des gardes aux Urgences d'établissements de santé privés, donc hors PDSA

Tableau 7– Activité de permanence des soins – Dimanches et jours fériés

Données Assurance Maladie 1^{er} semestre 2010

		Nombre de majorations		Dont réalisées par un médecin d'astreinte		Dont réalisées par un médecin n'étant pas d'astreinte		Réalisées par un médecin urgentiste	Réalisées par SOS médecins	
NORD		26 847	16 701	9 999	2 807	16 848	13 894	1 633	8 466	126
Soit 100%				37%	17%	63%	83%	4%	32%	1%
		Reg	Non rég	Rég	Non Rég	Rég	Non Rég		Rég	Non Rég
zones	rural	971	358	466	133	505	225	0	0	0
	soit			48%	37%	52%	63%	0	0	0
	péri-urbain	2 408	1 604	1 504	634	904	970	0	0	0
	soit			62%	40%	38%	60%	0	0	0
	urbain	23 468	14 739	8 029	2 040	15 439	12 699	1 633	8 466	126
	soit			34%	14%	66 %	86%	4 %	36 %	1 %
PAS DE CALAIS		13 826	5 895	7 351	624	6 475	5 271	1 714	0	.0
Soit 100%				53%	11%	47%	89%	9%	0	0
		Rég	Non Rég	Rég	Non Rég	Rég	Non Rég		Rég	Non Rég
SECTEURS	rural	730	203	479	61	251	142	0	0	0
	soit			66%	30%	34%	70%	0	0	0
	péri-urbain	2 854	636	1 794	97	1 060	539	0	0	0
	soit			63%	15%	37%	85%	0	0	0
	urbain	9 196	4 883	4 400	419	4 796	4 464	1 714	0	0
	soit			48%	9%	52%	91%	12%	0	0
	mixte	1 046	173	678	47	368	126	0	0	0
	soit			65%	27%	35%	73%	0	0	0
Région		40 673	22 596	17 350	3 431	23 323	19 165	3 347	8 466	126
Soit 100%				43%	15 %	57 %	85%	5%	21%	1%

2-- médecins généraliste effectuant des gardes aux Urgences d'établissements de santé privés, donc hors PDSA

Tableau 8– Activité de permanence des soins – Samedi après midi
Données Assurance Maladie 1^{er} semestre 2010

		nombre majorations de samedi		Dont réalisé par un médecin urgentiste	Réalisé par SOS médecins	
NORD		10 130	7 286	630	3 375	41
Soit 100%				4%	33%	1%
		Rég	Non Rég		Rég	Non Rég
zones	urbain	8 926	6 404	630	3 375	41
	soit			4%	38%	1%
	péri-urbain	852	721	0	0	0
	soit			0%	0%	0%
	rural	352	161	0	0	0
	soit			0%	0%	0%
PAS-DE-CALAIS		4 627	2 410	437	0	0
Soit 100%				6%	0%	0%
		Rég	Non Rég		Rég	Non Rég
zones	urbain	3 006	1 831	437	0	0
	soit			9%	0%	0%
	péri-urbain	1 012	413	0	0	0
	soit			0%	0%	0%
	rural	237	98	0	0	0
	soit			0%	0%	0%
	mixte	372	68	0	0	0
	soit			0%	0%	0%
NORD – PAS-DE-CALAIS		14 757	9 696	1 067	3 375	41
Soit 100%				4%	23%	0%

Tableau 9 – Répartition des actes des médecins d'astreintes

Données Assurance Maladie 1^{er} semestre 2010

nombre d'actes par astreinte	Nuit				Milieu de nuit	
	Visites		Consultations		R	NR
	R	NR	R	NR		
NORD	0,5	0,1	0,2	0,1	0,4	0,0
PAS-DE-CALAIS	0,1	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0
NORD – PAS-DE-CALAIS	0,3	0,1	0,2	0,1	0,1	0,0

nombre d'actes par astreinte	Dimanche			
	Visites		Visites	
	R	NR	NR	R
NORD	2,0	0,5	0,1	0,2
PAS-DE-CALAIS	0,4	0,1	0,0	0,2
NORD – PAS-DE-CALAIS	1,3	0,3	0,1	0,2

Répartition des astreintes suivant l'activité –actes régulés – région

Données Assurance Maladie 1^{er} semestre 2010

De 20h à minuit :
78% des astreintes ne donnent lieu à aucun acte
12.8% des astreintes donnent lieu à un acte
3.9% donnent lieu à deux actes et plus

De minuit à 8h :
93.4% des astreintes ne donnent lieu à aucun acte
3.1% des astreintes donnent lieu à un acte
3.5% donnent lieu à deux actes et plus

Dimanche :
21.7% des astreintes ne donnent lieu à aucun acte
45.5% des astreintes donnent lieu à un acte
32.7% donnent lieu à deux actes et plus

2-2-3 Activité des Centres de régulation libérale

NORD

Données 2010 CRRAL 59

Nombre d'appels traités : 90 590

Répartition des appels par périodes de PDS :
8h à 12h : 20.8% 12h à 16h : 20.4%
16h à 20h : 22.4% 20h à 24h : 36.4%

Devenir des appels :
Consultation ou visite du médecin de garde : 36.4%
Conseil médical : 35.8%
Consultation du médecin traitant : 10.6%
Réorientation Urgences : 8.2%
Réorientation maternité : 0.2%

PAS DE CALAIS

Données 2009 CRRAL 62

Nombre d'appels traités : 90 950

Répartition des appels par période de PDS :
20h à 22h : 16% 22h à 24h : 7%
0h à 2h : 4% 2h à 8h : 11%
Week-end et jours fériés : 62 %

Répartition des appels par arrondissement :
Arras : 15% Béthune : 20% Saint Omer : 7%
Boulogne : 7% Calais : 9% Lens : 24%
Montreuil : 7%

Devenir des appels :
Consultation du médecin de garde : 42%
Visite du médecin de garde : 7%
Conseil médical : 27%
Renseignement donné par PARM : 14%
Réorientation Urgences : 5%
Transfert centre 15 : 8%

Bilan du SROS III

3. PRESENTATION

Référents	DALMEIDA B., GUL J.P., MOLMY G.
Thématique (préciser si la thématique a ou doit faire l'objet d'un volet obligatoire)	Chirurgie
Date d'approbation du SROS	31/3/2006
Contribution	CHRU : contribution de la direction générale établie en lien avec les spécialistes concernés

4. ETAT DES LIEUX

Bilan qualitatif

Rappeler les objectifs du SROSIII	<p>-1 optimiser l'organisation de la prise en charge chirurgicale et assurer la permanence des soins à l'échelle d'un territoire:</p> <p>-2 Développer la chirurgie ambulatoire</p> <p>-3 Organiser régionalement la chirurgie infantile</p> <p>-4 Promouvoir la qualité et la sécurité des soins</p>
<p>Mise en œuvre des objectifs du SROS</p> <ul style="list-style-type: none"> · Constat général 	<p>-Réunion avec les chirurgiens référents du CHRU</p> <ul style="list-style-type: none"> • -Pour la chirurgie viscérale et la chirurgie orthopédique objectif d'une offre de soins de proximité, atteint pour la région • -Objectif d'une autonomie par bassin de vie pour la chirurgie spécialisée partiellement atteint (notamment pour la chirurgie pédiatrique; nombre de chirurgiens vasculaires insuffisant ; difficultés d'accès à la chirurgie gynécologique publique; en chirurgie plastique grandes difficultés à respecter les délais notamment en cancérologie ; délais très longs pour accéder à la reconstruction mammaire) • -La chirurgie ambulatoire a évolué mais reste à développer (mettre en place un chemin clinique, centré sur le patient, démarche qualité, organisation des relations avec le médecin généraliste). Fort potentiel de développement d'activitéambulatoire en chirurgie plastique (en particulier chirurgie cutanée, chirurgie plastique de l'enfant)

<ul style="list-style-type: none"> Positionnement au regard des objectifs retenus dans les 3 axes du PSRS Positionnement au regard des missions de service public 	<p>-L'anesthésie : discipline clé au sein des blocs opératoires, disparités importantes d'effectifs en intra régional et entre les établissements</p> <p>1-<u>Accès aux soins</u> (inégalité territoriale d'implantation des structures, démographie médicale, spécialisation croissante, évolution vers les techniques exploratoires et moins de gestes invasifs)</p> <p>2-<u>Qualité sécurité des soins, mortalité évitable</u></p> <p>3-<u>Efficiencia des soins, maîtrise des dépenses de santé</u></p> <p><u>Thèmes transversaux</u></p> <p>1-<u>Développer une meilleure connaissance des pathologies et facteurs de risques</u> (une maîtrise insuffisante des facteurs de risque)</p> <p>2-<u>Agir sur les déterminants de santé</u> (sociaux, comportementaux, environnementaux, déterminants comportementaux également particulièrement importants dans la région, notamment les habitudes alimentaires, pouvant faire l'objet d'actions spécifiques...)</p> <p>3-<u>Favoriser un recours plus précoce aux soins :</u> (recours trop tardif aux soins se traduisant une dégradation et un surcoût pour le système de santé, prises en charge plus tardives et plus lourde)</p> <p>4-<u>Organiser mieux la prise en charge dans le cadre de parcours coordonnés :</u></p> <p>-mise en place de réseaux, filières de soins (conventions, continuité des soins, urgences)</p>
<p>Rappeler les indicateurs d'évaluation, si prévus au SROS III</p>	<p>-démographie médicale</p> <p>-OQOS</p> <p>-existence d'indicateurs de chirurgie établissements, par disciplines (qualité et sécurité des soins, conventions, coopérations chirurgicales)</p>
<p>Indiquer les données d'évaluation si disponibles ou préciser les études à mener pour produire des données d'évaluation</p>	<p>-réunion CHRU avec les chirurgiens et anesthésistes, des différentes disciplines (viscéral, obésité, traumatologie orthopédie, chirurgie infantile, thoracique, urologie, vasculaire, Ophtalmologie, ORL, stomatologie, cervico-faciale et maxillo-faciale, chirurgie plastique réparatrice, chirurgie esthétique, anesthésie)</p>
<p>Indiquer les éléments nouveaux intervenus depuis le SROS III (évolution réglementaire, plan ou</p>	<p>Chirurgie esthétique (réglementation)</p>

programme national, démographie, CPOM, rapports nationaux à prendre en compte...)	
Indiquer les évènements marquants à venir (visites de conformité, ouverture d'une fenêtre de reconnaissance, programme d'inspection, visites de labellisation, appels à projets ou à candidature...)	Labellisation de la prise en charge de l'obésité

Bilan quantitatif (effectifs chirurgiens, Anesthésistes, IBODE,)

Objectifs en termes d'implantations

	OQOS retenus dans le SROS III	Cible-actualisation existante au 1/1/2011
Artois	15	12 à 15
Hainaut	15	12 à 15
Littoral	15	12 à 15
Métropole	21	18 à 21

-Le SROS n'intègre aucune création d'implantation de chirurgie :

-Chaque bassin de vie doit disposer d'au moins un service de chirurgie infantile :

-la gradation :

.le niveau de proximité (territoire) correspond à un niveau structuré autour de la chirurgie polyvalente :

.le niveau de bassin de vie, niveau de recours, niveau de soins spécialisés, correspond au bassin de desserte du ou des établissements retenus dans le territoire :

.le niveau de recours régional, prestations spécialisées (non retrouvé dans les autres niveaux) :

.la définition de l'établissement de recours est effectuée par les professionnels de santé exerçant dans la même spécialité (l'exercice de la chirurgie dépend des compétences du chirurgien et du plateau technique)

Objectifs en termes d'activités et/ou d'équipements et/ou autres

	OQOS retenus dans le SROS III min 2010	Max 2010 (actualisation existante au 1/1/2011 ?)
Artois	89756	102874
Hainaut	62099	77414
Littoral	65515	75219
Métropole	101021	114495

-Le volume d'activité se fait en GHM et porte sur les activités effectuées au bloc opératoire :

-la chirurgie des cancers est intégrée dans la chirurgie :

-fourchette basse calculées en fonction des évolutions démographiques :

-fourchette haute = volume cible

Bilan du SROS III

1. PRESENTATION

Référents	A. DELCOURT / E. CERF / J.M.TRIVIER
Thématique	Hospitalisation à Domicile
Date d'approbation du SROS	Mars 2006

2. ETAT DES LIEUX

Bilan qualitatif

<p>Rappeler les objectifs du SROSIII Volet HAD (2006/2011)</p>	<p>Ils se déclinent en 5 orientations stratégiques :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Assurer la couverture géographique de l'offre de soins : toutes les zones de proximité doivent être couvertes 2. adapter les structures aux particularités des zones de proximité : compte tenu de la densité inégale de la population (zones urbaines/zones rurales), une structure d'HAD peut couvrir une ou deux zones de proximité ou créer des antennes locales. 3. accompagner et évaluer la montée en charge quantitative et qualitative des places autorisées : suivi de la mise en œuvre des autorisations et évaluation qualitative du fonctionnement du service 4. réévaluer les besoins de la population d'ici deux ans : un bilan à 2 ans devra être réalisé sur la montée en charge des autorisation nouvellement accordées et donnera lieu, si nécessaire, au regard des besoins constatés, à une augmentation de l'offre. 5. définir les besoins pour les prises en charge spécifiques en HAD : la circulaire ministérielle du 4 février 2004 réaffirme le caractère généraliste et polyvalent de l'Hospitalisation à Domicile et précise que les promoteurs de structures HAD polyvalentes peuvent développer des activités spécialisées sur la base de cahier des charges spécifiques, ce, pour la pédiatrie et la périnatalité.
<p>Mise en œuvre des objectifs du SROS</p> <ul style="list-style-type: none"> · Constat général 	<p>Sur la base de la création au plan national de 8000 places d'HAD sur 2 ans, la région NPDC devait disposer d'au moins 480 places supplémentaires soit 12 à 15 places pour 100 000 habitants.</p> <p>Le bilan des autorisations accordées fait apparaître un nombre de 651 places autorisées en 2006 soit 16 places pour 100 000 habitants. L'objectif initial est donc rempli.</p> <p>Actuellement, 15 structures HAD sont autorisées pour une totalité de 671 places.</p> <p>Ces structures sont réparties sur l'ensemble de la région et toutes les zones de proximité sont couvertes.</p> <p>Ceci signifie que toute personne qui le souhaite et dont l'état de santé le justifie, peut bénéficier d'une hospitalisation à domicile.</p> <p>Le volet SROS prévoyait une évaluation quantitative et</p>

	<p>qualitative du fonctionnement des services qui pourrait donner lieu, si nécessaire, à une augmentation de l'offre de soins. Celle-ci a été réalisée en 2008 (synthèse jointe en annexe).</p> <p>Les conclusions sont les suivantes : les structures HAD de la région NPDC respectent globalement les conditions techniques de fonctionnement en terme de prise en charge et de continuité des soins. Leur activité a fortement progressé et les durées de séjours ont tendance à augmenter (de 52 à 79 jours). La prise en charge respecte le caractère pluridisciplinaire, la densité et la complexité des soins tels que définis par la réglementation. Mais des différences nettes existent entre les structures étudiées en ce qui concerne le contenu, l'implication des différents intervenants et l'intensité de la prise en charge. 20% des patients étaient inadéquats à la structure le jour de l'évaluation. On notait également de nombreuses anomalies dans le codage T2A et une insuffisance de traçabilité dans le dossier de soins et de qualité du dossier médical.</p> <p>-</p>
Rappeler les indicateurs d'évaluation, si prévus au SROS III	<ul style="list-style-type: none"> - Indicateurs d'offre de soins : nombre et implantation de structures HAD dans la région et par territoire de santé, taux de couverture régionale exprimé en patient par jour pour 100 000 habitants - Indicateurs par structure : nombre de journées par an, nombre de patients pris en charge par jour, durée moyenne de séjours, de séquences, pathologies et modes de prises en charge.
Indiquer les données d'évaluation si disponibles ou préciser les études à mener pour produire des données d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Données PMSI - Enquête à effectuer auprès des structures pour évaluation qualitative
Indiquer les éléments nouveaux intervenus depuis le SROS III (évolution réglementaire, plan ou programme national, démographie, CPOM, rapports nationaux à prendre en compte...)	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation régionale des structures HAD en 2008 - Rapport d'évaluation des CPOM des structures HAD - Programmes d'éducatifs thérapeutiques menés par les établissements indépendamment des prises en charge individuelles.
Indiquer les évènements marquants à venir (visites de conformité, ouverture d'une fenêtre de reconnaissance, programme d'inspection, visites de labellisation, appels à projets ou à candidature...)	-

Bilan quantitatif

Objectifs en termes d'implantations et/ou d'activités et/ou d'équipements et/ou autres

Nombre d'implantations

	OQOS retenus dans le SROS III	Actualisation existante au 1/1/2011
Artois	4 à 5	4
Hainaut	4 à 5	3
Littoral	3 à 4	3
Métropole	4 à 5	5

Bilan du SROS III

1. PRESENTATION

Référents	Yves BEAUCHAMP
Thématique (préciser si la thématique a ou doit faire l'objet d'un volet obligatoire)	Télesanté - Télémédecine (ne faisait pas l'objet d'un volet obligatoire dans le SROS III – le Projet Régional de Santé doit désormais comporter un volet « programme régional de télémedecine », devant décliner les modalités d'application des différents schémas du projet régional de santé (PRS) aux spécificités de cette activité et intégrer les orientations nationales
Date d'approbation du SROS	Mars 2006

Définitions et concepts – Télémedecine / systèmes d'information / Télesanté / e-Santé

L'article 78 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 (Hôpital-Patient-Santé-Territoire) et le décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 définissent la **Télémedecine** et ses modalités d'exercice. (article L.6316-1 du CSP).

La télémedecine est définie comme une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un **professionnel médical** et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.

Les **actes médicaux** qui relèvent de la télémedecine sont :

- La **téléconsultation**, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient
- La **téléexpertise**, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux
- La **télesurveillance médicale**, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient.
- La **téléassistance médicale**, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte
- La **réponse médicale** qui est apportée dans le cadre de la régulation médicale mentionnée à l'article L. 6311-2 et au troisième alinéa de l'article L. 6314-1. (Réponse médicale urgente réalisée par le Centre 15)

La télémedecine est donc une pratique médicale, qui se traduit par la réalisation d'actes médicaux particuliers.

La **Télesanté** (ou e-santé, eHealth, ...) est un concept global qui représente **l'ensemble des activités, des services et des systèmes liés à la santé, pratiqués** à distance au moyen des **technologies de l'information et de la communication (TIC)**. (Wikipédia)

Les **systèmes d'information de santé** sont des systèmes d'information utilisés dans le cadre d'activité de santé (!). En tant que systèmes d'information, ils sont principalement constitués de logiciels, d'équipements informatiques, et de réseaux de télécommunication, ainsi que de l'organisation humaine propre à assurer le bon usage de ces moyens.

Télémedecine	pratique médicale à distance ; actes de téléconsultation, téléexpertise, télesurveillance médicale, téléassistance, réponse
---------------------	---

	téléphonique urgente SAMU
Télesanté	Concept global relatif à l'utilisation des TIC dans les activités de santé
Systèmes d'information de santé	Moyens informatiques et de télécommunication (logiciels, ordinateurs, réseaux,...) utilisés pour des activités de santé. Inklus l'organisation nécessaire au bon usage de ces moyens

NB : ces définitions diffèrent de celles qui figurent dans le SROS III en introduction au chapitre télesanté. Cela ne doit pas étonner : la définition « légale » de la télémédecine est très récente (2010), et ce terme fut précédemment employé dans des sens très divers, et souvent plus largement que l'acception actuelle ; le concept de télesanté peut, quant à lui, donner lieu à des définitions ou des interprétations changeantes.

2. ETAT DES LIEUX

Bilan qualitatif

Le SROS III comporte un chapitre intitulé « Télesanté » (p. 263 – 275) qui traite essentiellement de télémédecine ou de systèmes d'information. En sus de ce chapitre, on trouve dans les autres sections du SROS III au moins une quinzaine de références aux sujets de la télémédecine, des systèmes d'information de santé ou de la télesanté. C'est pourquoi le bilan qualitatif du SROS III sur cette thématique comportera deux volets :

- a) Le chapitre télesanté
- b) Les références à la télesanté, SI, ... présentes dans les autres chapitres

Il faut noter que ce chapitre Télesanté était le premier du genre dans un SROS en Nord – Pas de Calais. Le caractère novateur de cette matière, les évolutions très rapides dans le domaine technique, les difficultés organisationnelles, la lente appropriation des usages, rendent l'exercice de prévision et de programmation très incertain.

<p>Rappeler les objectifs du SROSIII</p> <p>chapitre télesanté</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prolonger et étendre les expériences positives de télémédecine 2. Favoriser la prise en charge des personnes âgées et la coordination des soins à domicile <ul style="list-style-type: none"> - Outils standardisés (identification des prestations, télésurveillance, messagerie nomade) - Dossiers médicaux consultables à distance 3. Faciliter la coordination dans la prise en charge des urgences et développer les applications de veille et d'alerte sanitaire <ul style="list-style-type: none"> - Mise en œuvre des mesures 15 et 16 du Plan Urgence - Améliorer les liaisons entre les SAMU, les SMUR et les structures d'urgence - Assurer la prise en charge en urgence des AVC par le moyen de la télémédecine - Assurer la prise en charge des patients dans les lieux difficiles d'accès, par le moyen de la télémédecine <ul style="list-style-type: none"> - Fonctionnement en routine du système de veille et d'alerte sanitaires : <ul style="list-style-type: none"> • Déploiement dans tous les ES concernés • Mise en œuvre d'une organisation régionale de veille et d'alerte • Promotion d'une capacité d'expertise • Déploiement du système de déclaration des
---	--

	<p>disponibilités de lits de réanimation</p> <p>4. Favoriser le développement de la communication électronique et accompagner la généralisation du Dossier Médical Personnel (DMP)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Développement de la communication électronique - Communication entre les établissements de santé et leur environnement - Communication entre les réseaux de santé et leur environnement - Communication avec les patients - Préconisations de services communs pour le développement de la communication électronique (identification des patients, identification des professionnels de santé, sécurisation des échanges et confidentialité) - Standardisation des échanges - Accompagner la généralisation du DMP - Faciliter la création et l'accès à distance aux entrepôts d'images
<p>Rappeler les objectifs du SROSIII</p> <p>Autres chapitres du SROSIII</p>	<p>Médecine :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relations entre professionnels de santé, continuité des soins : améliorer la pratique du courrier de sortie, notamment par la télésanté - Développer une meilleure information sur le dispositif de soins pour la médecine de ville et les patients <p>Diabète :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Favoriser le développement de la téléexpertise (vers les professionnels de santé) et de la télémedecine (surveillance thérapeutique et éducation des patients diabétiques) <p>Personnes âgées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Objectifs du plan Alzheimer (mesure 34) : mise en place d'un outil de suivi d'activité et de recueil de données épidémiologiques standardisé dans l'ensemble des consultations spécialisées (CMRR et CM) - Favoriser la coordination des soins à domicile (cf. volet Télésanté) <p>Cancer :</p> <ul style="list-style-type: none"> - RCP : partage et circulation de l'information par la promotion d'outils communs au sein de la région <p>Urgences – permanence des soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interconnecter les SAMU par un système d'information commun et les mettre en réseau avec les SMUR - Interconnecter le SDIS, le SAMU et la régulation libérale - AVC – télémedecine - Mettre en place un observatoire régional de surveillance des urgences <p>Périnatalité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place un dossier « suivi de grossesse » régional <p>Démographie des professions de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - développer la télésanté
<p>Mise en œuvre des objectifs du SROS</p> <ul style="list-style-type: none"> · Constat général 	<p>–</p>

Rappeler les indicateurs d'évaluation, si prévus au SROS III	
Indiquer les données d'évaluation si disponibles ou préciser les études à mener pour produire des données d'évaluation	
Indiquer les éléments nouveaux intervenus depuis le SROS III (évolution réglementaire, plan ou programme national, démographie, CPOM, rapports nationaux à prendre en compte...)	
Indiquer les événements marquants à venir (visites de conformité, ouverture d'une fenêtre de reconnaissance, programme d'inspection, visites de labellisation, appels à projets ou à candidature...)	<ul style="list-style-type: none"> – Elaboration du programme régional de Télémedecine dans le cadre du PRS : la DGOS a annoncé la publication en juin 2011 d'un guide méthodologique et de 5 priorités nationales – Création d'une structure de maîtrise d'ouvrage régionale en Systèmes d'information et télésanté (GCS de 8-15 personnes environ)

Bilan du SROS III

1. PRESENTATION

Référents	Dr LOENS
Thématique (préciser si la thématique a ou doit faire l'objet d'un volet obligatoire)	Cancer
Date d'approbation du SROS	26 septembre 2008

2. ETAT DES LIEUX

Bilan qualitatif

Rappeler les objectifs du SROSIII	<p>Décliner la territorialisation et la gradation des soins</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>Garantir la qualité et la sécurité des soins</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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) <p>Renforcer et harmoniser l'offre de soins</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>Intégrer les usagers dans la prise en charge</p> <ul style="list-style-type: none"> - Installer des kiosques d'information : « Aire cancers » dans l'hôpital et « Espace Ressources Cancers » en ville - Développer la participation des usagers aux réflexions régionales à travers le CRU et le RRC <p>OQOS en termes d'implantations définis pour chaque activité par territoire et zone de proximité</p>
Mise en œuvre des objectifs du SROS · Constat général	<p><u>Constat général</u></p> <p>Ce qui est fait :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>Ce qui a été fait partiellement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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

	<p>du dispositif d'annonce, mise en œuvre d'un PPS ; ce travail est à faire avec l'appui des 3C</p> <ul style="list-style-type: none"> - Développer la chimiothérapie à domicile <p>Ce qui n'a pas été fait :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organiser la radiothérapie métabolique - Impliquer le patient dans sa prise en charge (ex choix du patient dans les structures de soins ?) <p>En raison du caractère récent du SROS cancer, sa révision concernera essentiellement les OQOS, pour le reste, il s'agit de conforter l'organisation des ETS, d'approfondir la question de la radiothérapie métabolique et l'implication du patient.</p>
Rappeler les indicateurs d'évaluation, si prévus au SROS III	<p>Activité annuelle des ETS (analyse du PMSI) Nombre de RCP par spécialité Couverture territoriale des 3C Nombre de radiophysiciens et de radiothérapeutes par centre de radiothérapie</p> <p>OQOS en nombre d'implantations</p>
Indiquer les données d'évaluation si disponibles ou préciser les études à mener pour produire des données d'évaluation	<p>Données disponibles :</p> <p>Analyse des 3C Tableaux de bord du RRC</p>
Indiquer les éléments nouveaux intervenus depuis le SROS III (évolution réglementaire, plan ou programme national, démographie, CPOM, rapports nationaux à prendre en compte...)	<p><u>Plan cancer 2009 - 2013</u></p> <p>Ce plan est orienté autour des orientations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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.
Indiquer les événements marquants à venir (visites de conformité, ouverture d'une fenêtre de reconnaissance, programme d'inspection, visites de labellisation, appels à projets ou à candidature...)	<p>Organisation des visites de conformité d'avril à octobre 2011</p>

Bilan du SROS III

1. PRESENTATION

Référents	Annie LACROIX
Thématique (préciser si la thématique a ou doit faire l'objet d'un volet obligatoire)	Pneumologie
Date d'approbation du SROS	31 mars 2006

2. ETAT DES LIEUX

Bilan qualitatif

Rappeler les objectifs du SROSIII	<p>1 Développer dans les établissements de santé une politique de lutte contre le tabagisme en direction des patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise en place de consultations anti-tabac dans tous les hôpitaux de plus de 500 lits - Intégration de consultations avancées au sein des maternités, des structures d'alcoologie et des centres de rééducation fonctionnelle spécialisés dans la réhabilitation pneumologique et / ou cardiaque - Développement de la formation (DIU) et de la sensibilisation des professionnels de santé en tabacologie <p>2 Améliorer la prise en charge des patients en situation aiguë</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adaptation des capacités d'hospitalisation aux variations saisonnières - Disparition des chambres à deux lits pour réduire les risques liés à la contagiosité de certaines maladies infectieuses (infections liées aux soins à BMR) <p>3 Améliorer la prise en charge des affections de longue durée</p> <ul style="list-style-type: none"> - Création de lits identifiés de soins palliatifs dans les services de pneumologie pour permettre l'accompagnement des patients atteints d'une pathologie cancéreuse - Développer les structures de réhabilitation respiratoire pour les insuffisances respiratoires chroniques graves (BPCO bronchopneumopathie chronique obstructive) - Création d'unités de soins de suite lourds intégrant des prises en charge d'insuffisants respiratoires chroniques sévères (sous assistance respiratoire) (voir volet SSR) - Etude de la faisabilité de création d'un centre de référence régional pour la prise en charge de l'hypertension artérielle pulmonaire - Etude de la faisabilité d'un réseau de prise en charge des asthmes graves
Mise en œuvre des objectifs du SROS · Constat général	<p>Constat général</p> <p>1 Tabacologie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise en place de consultations de sevrage tabacologique dans les consultations hospitalières d'addictologie - Mise en place d'un réseau maternité sans tabac au niveau des maternités - Sensibilisation de l'ensemble des sages-femmes sur le tabac et intégration de la tabacologie dans leur formation initiale - Formation des personnels au sevrage tabacologique (SF, médecins, PMI...) <p>2 Prise en charge des patients en situation aiguë</p> <ul style="list-style-type: none"> - Impact de la grippe saisonnière et de la BPCO sur l'offre de la réa.(cf SROS réa) - Bilan grippe H1N1 : donner les conclusions principales du bilan (ces

	<p>données vont être complétées)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Persistance de chambres à deux lits même dans les hôpitaux reconstruits récemment (ex. CH de Douai ou CH d'Arras) ; cependant le taux d'occupation en pneumologie tendant à diminuer, les personnes se retrouvent souvent seules dans les chambres <p>3 Prise en charge des affections de longue durée</p> <ul style="list-style-type: none"> - SP : Reconnaissance de LISP dans de nombreux services de pneumologie - SSR : Reconnaissance de structures de réhabilitation respiratoire sur les différents territoires (3 à 6 par territoire ; autorisations délivrées en 2010) ; ces structures prennent en charge tout type d'insuffisance respiratoire
Rappeler les indicateurs d'évaluation, si prévus au SROS III	Pas d'indicateurs spécifiques
Indiquer les données d'évaluation si disponibles ou préciser les études à mener pour produire des données d'évaluation	<p>Etudes à réaliser :</p> <ul style="list-style-type: none"> - analyse du PMSI 2009 et 2010 pour avoir par ETS la répartition des GHS en pneumologie - analyse du PMSI 2009 et 2010 pour avoir l'activité de réhabilitation respiratoire en HAD
Indiquer les éléments nouveaux intervenus depuis le SROS III (évolution réglementaire, plan ou programme national, démographie, CPOM, rapports nationaux à prendre en compte...)	<p><u>LE PLAN BPCO 2005-2010</u> : programme d'actions en faveur de la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), « connaître, prévenir et mieux prendre en charge la BPCO »</p> <p><u>PLAN POUR L'AMELIORATION DE LA QUALITE DE VIE DES PERSONNES ATTEINTES DE MALADIES CHRONIQUES 2007-2011</u></p> <p><u>Circulaire DHOS/DGS n° 2002-215 du 12 avril 2002 relative à l'éducation thérapeutique au sein des établissements de santé : appel à projets sur l'asthme, le diabète et les maladies cardiovasculaires</u></p> <p>Décret n° 2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient</p> <p>Décret n°2010-906 du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient</p> <p>Arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient</p> <p>Arrêté du 2 août 2010 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation</p>
Indiquer les événements marquants à venir (visites de conformité, ouverture d'une	Autorisations à dispenser les programmes d'éducation thérapeutique à visée respiratoire : (demande d'autorisation auprès de l'ARS en cours , autorisations pour 4ans)

fenêtre de reconnaissance, programme d'inspection, visites de labellisation, appels à projets ou à candidature...)	
--	--

Bilan quantitatif : PAS d'OQOS spécifiques à la pneumologie

Objectifs en termes d'implantations et/ou d'activités et/ou d'équipements et/ou autres

	OQOS retenus dans le SROS III	Actualisation existante au 1/1/2011
Artois		
Hainaut		
Littoral		
Métropole		

Bilan du SROS III

1. PRESENTATION

Référents	LOENS
Thématique (préciser si la thématique a ou doit faire l'objet d'un volet obligatoire)	Douleur
Date d'approbation du SROS	31 mars 2006

2. ETAT DES LIEUX

Bilan qualitatif

Rappeler les objectifs du SROSIII	<p>Optimiser la prise en charge de la douleur provoquée au sein des structures de soins</p> <ul style="list-style-type: none"> - Développement des CLUD dans les ETS - Reconnaissance d'IDE référents douleur - Sensibilisation du personnel soignant à la prise en charge de la douleur <p>Améliorer l'accès aux structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compléter le dispositif existant en engageant un processus de reconnaissance des structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle - Etablir une coordination territoriale à l'échelle des territoires (ex bassins de vie) avec mise en place d'un comité <p>Diffuser la culture douleur</p> <ul style="list-style-type: none"> - Renforcement de la formation des personnels soignants - Renforcement de l'information des usagers
Mise en œuvre des objectifs du SROS · Constat général	<p>Constat général</p> <p>Les objectifs retenus dans le SROS ont été partiellement atteints :</p> <p>Ce qui a été mis en œuvre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les actions de formation et de sensibilisation des personnels soignants - Le développement des CLUD (à vérifier par une enquête spécifique ; voir SAE ; voir les CPOM) <p>Ce qui est resté en suspend :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La mise en place d'une coordination territoriale sous forme de comité (mais est-ce pertinent) - La reconnaissance de nouvelles structures de prise en charge de la douleur chronique ; de ce fait, certains établissements se déclarent labellisés et développent une activité (consultations essentiellement). <p>Une étude nationale a été réalisée à partir de l'exploitation de données d'activité <u>déclarées</u> par les établissements en 2009.</p> <p>Le constat qui peut être dressé à ce jour :</p> <p><u>Absence de lisibilité sur les structures qui déclarent une activité douleur en termes :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Reconnaissance : 7 structures labellisées par l'ARH en 1999 ; 11 établissements qui déclarent une activité douleur chronique dans l'enquête nationale (dont 4 effectivement reconnus par l'agence) ; 3 établissements qui se déclarent labellisés dans l'enquête nationale alors qu'ils ne le sont pas - Typologie de l'activité : des structures reconnues comme unité (CH Lens) ou qui se déclarent unité (CH Cambrai) ne présentent aucun séjour répertorié dans le PMSI en douleur chronique ; elles ne disposent pas de lits d'hospitalisation

	<p><u>Variabilité du niveau quantitatif d'activité :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Niveau quantitatif d'activité : activité de consultation très importante dans certains établissements qui interpelle sur la validité des données déclarées par les établissements : 1 à 8 consultations (CH Cambrai) par médecin et par jour ; absence de GHS facturée par la plupart des établissements
Rappeler les indicateurs d'évaluation, si prévus au SROS III	<p>Indicateurs de suivi des MIGAC :</p> <p>File active de patients Nombre de nouveaux patients pris en charge Nombre de consultations externes réalisées Délai de prise en charge</p> <p>Dernière année renseignée 2008</p>
Indiquer les données d'évaluation si disponibles ou préciser les études à mener pour produire des données d'évaluation	<p>Enquête nationale 2009 diffusée aux ARS en mars 2011 Exploitation du PMSI : répartition des GHS par établissement</p>
Indiquer les événements marquants à venir (visites de conformité, ouverture d'une fenêtre de reconnaissance, programme d'inspection, visites de labellisation, appels à projets ou à candidature...)	<p>Nouveau cahier des charges en préparation au niveau national avec mise en place d'une procédure de reconnaissance des structures de prise en charge de la douleur chronique fin 2011. Le cahier des charges est attendu en avril 2009.</p>

Bilan quantitatif

Objectifs en termes d'implantations et/ou d'activités et/ou d'équipements et/ou autres

	OQOS retenus dans le SROS III	Actualisation existante au 1/1/2011
Artois		
Hainaut		
Littoral		
Métropole		

Bilan du SROS III

1. PRESENTATION

Référents	LOENS
Thématique (préciser si la thématique a ou doit faire l'objet d'un volet obligatoire)	Soins palliatifs
Date d'approbation du SROS	31 mars 2006

2. ETAT DES LIEUX

Bilan qualitatif

Rappeler les objectifs du SROSIII	<p>Augmenter la capacité de prise en charge dans les ETS</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Développer les SP dans les lieux de vie : favoriser l'intervention des HAD et des réseaux</p> <p>Sensibiliser et former les personnels soignants</p> <p>Mettre en place un réseau régional « soins palliatifs » qui doit s'étendre à la prise en charge de la douleur</p>
Mise en œuvre des objectifs du SROS · Constat général	<p><u>Constat général</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Objectifs quantitatifs atteints avec : USP au CHRU ; 1 EMSP/200 000 hab implanté dans les ETS de plus de 400 lits ; reconnaissance de nouveaux lits de SP avec atteinte de la fourchette basse de 10 lits SP/100 000 hab dans toutes les ZP à l'exception du Calais et du Sambre Avesnois. Augmentation de 67% de lits d'USP et de 354% de LISP entre 2006 et 2010. - Mise en place de LISP et d'une EMSP à titre expérimental dans un établissement axé sur la prise en charge des personnes âgées : hôpital de Wasquehal ; l'équipe est appelée à intervenir dans les EHPAD rattachées à l'établissement. - Développement des formations des personnels : dans les USP (cf synthèse des visites de contrôle des unités) ; à améliorer dans les LISP - Sur le plan qualitatif, veiller à ce qu'il n'y ait plus de SP en chambres à 2 lits - Absence de mise en place d'un réseau régional de SP – Douleur : il existe une coordination régionale des SP qui peine à trouver sa place ; l'articulation avec le champ de la douleur n'est pas envisageable dans l'immédiat (mécontentement entre les représentants des SP et de la douleur). Il y a lieu de repenser cet objectif qui n'est plus pertinent avec l'existence de la coordination et de réseaux territoriaux.

<p>Rappeler les indicateurs d'évaluation, si prévus au SROS III</p>	<p>OQOS exclusivement</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taux d'équipement en lits de SP : 10 à 15 pour 100 000 hab par ZP (cf bilan annuel) - Taux d'équipement en EMSP : 1 EMSP pour 200 000 hab et 1 EMSP dans chaque ETS > 400 lits (cf bilan annuel) - 1 USP au CHRU comme unité de référence régionale : ouverture en avril 2009 - Nb de réseaux
<p>Indiquer les données d'évaluation si disponibles ou préciser les études à mener pour produire des données d'évaluation</p>	<p>Etudes disponibles : rapport de synthèse des visites de contrôle des USP, bilan quantitatif des lits de SP par territoires et ZP ; éléments de suivi des CPOM (Nb de personnels formés...)</p> <p>A réaliser :</p> <ul style="list-style-type: none"> - analyse du PMSI 2009 et 2010 pour avoir par ETS la répartition des GHS en SP - analyse du PMSI 2009 et 2010 pour avoir l'activité de SP développée par les HAD
<p>Indiquer les éléments nouveaux intervenus depuis le SROS III (évolution réglementaire, plan ou programme national, démographie, CPOM, rapports nationaux à prendre en compte...)</p>	<p><u>Circulaire du 25 mars 2008</u> relative à l'organisation des SP : recommandations sur le fonctionnement et l'organisation des dispositifs de prise en charge en SP</p> <p><u>Circulaire du 11 juin 2010</u> sur les modalités d'intervention des EMSP dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes</p> <p><u>Programme de développement des SP 2008-2012</u></p> <p>Axe 1 : la poursuite du développement de l'offre hospitalière et l'essor des dispositifs extra-hospitaliers</p> <p>Plusieurs mesures s'inscrivent dans cet axe parmi lesquelles il convient de souligner les mesures suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 <p>Axe 2 : l'élaboration d'une politique de formation et de recherche</p> <p>Axe 3 : le soutien des proches et la communication</p>
<p>Indiquer les événements marquants à venir (visites de conformité, ouverture d'une fenêtre de reconnaissance, programme d'inspection, visites de labellisation, appels à projets ou à candidature...)</p>	<p>Ouverture d'une nouvelle fenêtre de reconnaissance contractuelle le 1 février au 15 mars 2011 avec une modification du bilan quantitatif prévisible.</p>

Bilan quantitatif

Objectifs en termes d'implantations et/ou d'activités et/ou d'équipements et/ou autres

	OQOS retenus dans le SROS III	Actualisation existante au 1/1/2011
Artois	10 à 15 lits SP pour 100 000 hab	12 lits pour 100 000 hab
Hainaut	10 à 15 lits SP pour 100 000 hab	12 lits pour 100 000 hab
Littoral	10 à 15 lits SP pour 100 000 hab	11lits pour 100 000 hab
Métropole	10 à 15 lits SP pour 100 000 hab	15lits pour 100 000 hab

Bilan du SROS III

1. PRESENTATION

Référents	A. DELCOURT /V. VANBOCKSTAEL/Y. JARLOT
Thématique	Diabète
Date d'approbation du SROS	Mars 2006

2. ETAT DES LIEUX

Bilan qualitatif

<p>Rappeler les objectifs du SROSIII Volet Diabète (2006/2011)</p>	<p>Ils se déclinent en :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Objectifs généraux <ul style="list-style-type: none"> • Eviter l'entrée des personnes dans la maladie • Améliorer la prise en charge des personnes diabétiques sur la base des recommandations de bonne pratique - Objectifs opérationnels <ul style="list-style-type: none"> • Diminuer la prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'adulte et chez l'enfant (ces objectifs ont été repris dans le volet SROS consacré à l'obésité) • Disposer dans chaque territoire de proximité d'au moins un service hospitalier développant l'ensemble des activités de diabétologie de proximité : hospitalisation conventionnelle, soins au pied diabétique, partenariat ville hôpital, éducation thérapeutique du patient, prise en charge des femmes présentant un diabète pré gestationnel • Offrir une programmation et une prise en charge précoce de la grossesse à toutes les patients présentant un diabète pré gestationnel dans leur bassin de vie • Offrir un traitement par pompe à insuline portable à tous les patients le nécessitant dans leur bassin de vie • Développer l'évaluation des pratiques et l'harmonisation du recueil des données • Favoriser les activités de recours régional et d'innovation
<p>Mise en œuvre des objectifs du SROS</p> <ul style="list-style-type: none"> · Constat général 	<p>Plus de 160 000 personnes diabétiques en 2007 dans la région, prévalence à 3,8% supérieure à la prévalence nationale (3,06%) et en constante évolution, prévision de 210 000 diabétiques dans la région en 2025, enjeu majeur de santé publique : éviter les complications qui font évoluer le coût moyen par patient et par an de 1 769€ à 6 406€</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une enquête réalisée en 2007 sur les activités en diabétologie montre que si l'offre de soins s'est structurée dans la plupart des établissements, elle reste inégalement répartie sur l'ensemble du territoire de la région Nord Pas de Calais - L'offre de soins apparaît très liée à la démographie

	<p>médicale en particulier hospitalière. Si l'on constate une progression incontestable du nombre d'endocrinologues hospitaliers (+50%), celle-ci présente toujours une répartition inégale entre les territoires de santé.</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'élaboration et la parution d'un volet consacré au surpoids et à l'obésité ainsi que la démarche de labellisation mise en oeuvre constituent un point fort de la réalisation des objectifs du SROS diabétologie.
Rappeler les indicateurs d'évaluation, si prévus au SROS III	<ul style="list-style-type: none"> - Indicateurs populationnels : taux de prévalence régional du diabète et de l'obésité, nombre de patients diabétiques traités ou suivis - Indicateurs d'offre de soins : nombre et implantation d'établissements et de services développant l'ensemble des activités de diabétologie de proximité, nombre d'implantation et de services ayant mis en place les activités de recours - Indicateurs par établissement : nombre de patients dépistés, pris en charge, délais d'attente, données d'activités PMSI, nombre de pompes à insuline portables mises en place, patients suivis, patients en attente.
Indiquer les données d'évaluation si disponibles ou préciser les études à mener pour produire des données d'évaluation	- Enquête de prévalence, enquêtes d'activité en établissement (telle que réalisée en 2008), données d'activité PMSI
Indiquer les éléments nouveaux intervenus depuis le SROS III (évolution réglementaire, plan ou programme national, démographie, CPOM, rapports nationaux à prendre en compte...)	<ul style="list-style-type: none"> - PNNS 3 sortie imminente - PSRS en cours - Rapport d'évaluation des CPOM des ETS et évaluation des réseaux et plateformes de santé - Programmes d'éducatons thérapeutiques
Indiquer les évènements marquants à venir (visites de conformité, ouverture d'une fenêtre de reconnaissance, programme d'inspection, visites de labellisation, appels à projets ou à candidature...)	<ul style="list-style-type: none"> - Labellisation des unités de prise en charge de l'obésité en cours - Mise en oeuvre du PRS

Bilan quantitatif

Objectifs en termes d'implantations et/ou d'activités et/ou d'équipements et/ou autres

Pas d'Objectifs Quantifiés spécifiques à la Diabétologie en dehors du volet médecine retenus dans le SROS III

Bilan du SROS III

1. PRESENTATION

Référents	V Van Bockstael / A Delcourt
Thématique	Lutte contre l'obésité
Date d'approbation du SROS	Mars 2009

2. ETAT DES LIEUX

Bilan qualitatif

<p>Rappeler les objectifs du SROSIII Volet Obésité (mars 2009)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Contribuer à la réduction de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'adulte et à l'interruption de la croissance de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'enfant - Améliorer la prise en charge des enfants et adolescents obèses <ul style="list-style-type: none"> . offrir une prise en charge à l'hôpital conforme aux recommandations dans chaque zone de proximité . offrir une prise en charge en SSR conforme aux recommandations dans chaque bassin de vie - Améliorer la prise en charge des adultes en surpoids et obèses <ul style="list-style-type: none"> . améliorer le repérage et les conditions d'hospitalisation dans les établissements de santé . offrir une prise en charge à l'hôpital du patient obèse enfant et adulte conforme aux recommandations dans chaque zone de proximité . offrir une prise en charge en SSR du patient obèse enfant et adulte conforme aux recommandations et dans chaque bassin de vie . offrir une prise en charge en chirurgie bariatrique du patient obèse conforme aux recommandations dans chaque bassin de vie - Disposer d'un centre régional de ressources et d'expertise pour le patient obèse Dont les missions sont d'assurer la: <ul style="list-style-type: none"> - prise en charge des cas complexes - formation régionale des professionnels - élaboration de référentiels et démarche qualité - définition d'indicateurs de performance et d'efficacité - recherche clinique - élaboration de programmes d'éducation - élaboration d'un DMP
<p>Mise en œuvre des objectifs du SROS · Constat général</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Labellisation des unités médicales et chirurgicales et SSR en cours avec le groupe de suivi du SROS obésité (cf bilan de la démarche en annexe) - Maillage territorial de ces unités restant à parfaire

	<ul style="list-style-type: none"> - Centre régional de ressources à labelliser - L'amélioration du repérage sera à évaluer - On note une aggravation de la situation chez l'enfant : augmentation de trois points pour les enfants de 6ème (17% pour chiffres 2009/2010) -
Rappeler les indicateurs d'évaluation, si prévus au SROS III	<ul style="list-style-type: none"> - Taux de prévalence régional et territorial de l'obésité - Nombre d'unités hospitalières de prise en charge de l'obésité labellisées - Nombre de patients PEC par an et par territoire de santé - Nombre de patients suivis par an et par territoire de santé
Indiquer les données d'évaluation si disponibles ou préciser les études à mener pour produire des données d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Etudes de prévalence de l'obésité et du surpoids chez l'enfant et chez l'adulte - Indicateurs hospitaliers recueillis dans les dossiers médicaux des patients hospitalisés : IMC, périmètre abdominal, facteurs de risque métabolique
Indiquer les éléments nouveaux intervenus depuis le SROS III (évolution réglementaire, plan ou programme national, démographie, CPOM, rapports nationaux à prendre en compte...)	<ul style="list-style-type: none"> - Sortie imminente du PNNS 3 - PSRS en cours - CPOM sur prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants à l'entrée en CP - nouvelles recommandations HAS
Indiquer les évènements marquants à venir (visites de conformité, ouverture d'une fenêtre de reconnaissance, programme d'inspection, visites de labellisation, appels à projets ou à candidature...)	<ul style="list-style-type: none"> - Labellisation des unités de prise en charge en cours - Programmes d'éducation thérapeutique - Evaluation des réseaux et plate forme de santé

Bilan quantitatif

Objectifs en termes d'implantations et/ou d'activités et/ou d'équipements et/ou autres

Pas d'objectifs quantifiés de l'Offre de Soins dans le SROS III

Bilan du SROS III

1. PRESENTATION

Référents	C Lamy
Thématique (préciser si la thématique a ou doit faire l'objet d'un volet obligatoire)	Réanimation – surveillance continue – soins intensifs
Date d'approbation du SROS	Avril 2006 - avenant Septembre 2008

2. ETAT DES LIEUX

Bilan qualitatif

Rappeler les objectifs du SROSIII	<p><u>1) Territorialiser l'offre de soins</u></p> <p>Renforcer quantitativement l'offre de soins régionale en réanimation (<i>ne pas créer de nouveau service de réanimation tant que les services existants ne sont pas renforcés, mis au niveau des décrets et leurs équipes médicales stabilisées, augmenter la capacité des services existants dans les bassins de vie de l'Artois et du Hainaut, hors CHRU, regrouper les activités de réanimation de chaque établissement dans un seul service, dans une unité de lieu</i>)</p> <p>Installer les soins intensifs hors USIC (<i>reconnaitre une capacité comprise entre 140 et 170 lits de soins intensifs hors USIC</i>)</p> <p>Maintenir stable la capacité des USIC actée dans le bilan du SROS (<i>dans l'attente de l'évaluation de l'activité d'USIC des 19 établissements déclarants, la capacité est maintenue stable, à hauteur de 181 lits, répartie selon l'existant ; à l'issue de ces évaluations, la cible capacitaire des USIC sera revue par voie d'avenant, si nécessaire</i>).</p> <p>Installer la surveillance continue au sens des décrets d'avril 2002, dans la région (<i>Installer au maximum 550 lits de surveillance continue polyvalente, au sens des décrets d'avril 2002, dans la région hors pédiatrie, chaque bassin de vie dispose du nombre de lits adapté de surveillance continue</i>)</p> <p><u>2) Graduer et organiser le dispositif</u></p> <p>Individualiser les unités de réanimation</p> <p>Respecter les filières de soins des patients entre réanimation, soins intensifs et surveillance continue (<i>Formaliser une charte de fonctionnement entre les services de réanimation, soins intensifs et surveillance continue</i>)</p> <p>Clarifier et faciliter la filière des malades de réanimation (<i>Formaliser une charte de fonctionnement entre le service de réanimation et les services d'amont et d'aval habituels</i>)</p> <p>Faciliter la filières des malades de soins intensifs cardiologiques</p> <p>Constituer un réseau régional des réanimations de la région NPdC (<i>Organiser l'évaluation de la morbidité à long terme des personnes prises en charge en réanimation pour 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</i>)</p> <p>Organiser une concertation systématique et planifiée des</p>
-----------------------------------	---

ETS disposant de réanimation au niveau des Bassins de vie (*Planifier les fermetures estivales des lits dans chaque bassin de vie, organiser la prise en charge de l'afflux hivernal dans chaque bassin de vie*)

Prendre en compte la prévention et la réinsertion / réadaptation au delà des soins - Améliorer la sortie des patients (*Structurer l'activité de SSR de sevrage post – réanimation*)

Mettre aux normes les locaux

3) Garantir la sécurité et la qualité des soins

Renforcer les équipes médicales de réanimation de la région (*créer le nombre de postes de chefs de clinique suffisant sur la base d'une cible déterminée par le COTER, rendre plus lisible la maquette du DESC*)

Se conformer aux cahiers des charges.

Organiser les ressources paramédicales (*Respecter les ratios de personnel, en recherchant, pour les ETS avec réanimation, la mutualisation des compétences et des effectifs avec la surveillance continue, au minimum, par un pool dédié de soignants ; respecter les ratios de personnel dans les USIC, organiser la formation d'adaptation à l'emploi des nouvelles infirmières de réanimation ; organiser les soins de kinésithérapie, s'assurer que les kinésithérapeutes intervenant en réanimation ont une expérience attestée en réanimation ; un psychiatre ou un psychologue intervient à la demande dans le service de réanimation et des soins intensifs pour les malades et les familles ; le soutien psychologique de l'équipe de réanimation est organisée au sein des établissements.*)

4) Développer les prélèvements d'organe

Organiser le réseau de prélèvement et les liens avec les coordinations hospitalières de Prélèvement (*inciter l'inscription de tout établissement de santé disposant d'un service de réanimation dans un des réseaux de prélèvement, instaurer une relation de travail au quotidien avec la coordination hospitalière de prélèvement, signaler sans délai tout sujet en état de mort encéphalique clinique de 0 à 80 ans aux équipes de coordination hospitalière ; faciliter la participation d'une infirmière de chaque unité de réanimation à l'activité de la coordination*)

Organiser l'information des personnels des unités de réanimation

5) Organiser la lutte contre les infections nosocomiales

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.

Renforcer la formation des personnels et l'utilisation des protocoles en hygiène (*organiser la formation sur les précautions standards et la prévention de la diffusion des bactéries multi-résistantes (BMR), des nouveaux personnels médicaux et paramédicaux ; rédiger, utiliser et évaluer des protocoles spécifiques en fonction de l'activité et disposer et évaluer des protocoles d'entretien pour tous les matériels à risque*)

Améliorer la surveillance des infections nosocomiales et de leur traitement (*formaliser un protocole entre la réanimation et l'unité d'hygiène hospitalière et le laboratoire de l'établissement pour la surveillance des BMR; mettre en application les bonnes pratiques de prescriptions médicales*)

	<p><i>des anti-infectieux et réaliser une surveillance de la consommation des anti-infectieux)</i></p> <p>Promouvoir l'hygiène des mains (généraliser l'utilisation des SHA et réaliser un suivi de leur consommation avec rétro information aux équipes de soins)</p> <p>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 cohorting du personnel)</p>
<p>Mise en œuvre des objectifs du SROS</p> <ul style="list-style-type: none"> · Constat général 	<p>Compte tenu des écarts importants entre la situation en 2006 et les cibles des objectifs 1 et 3, priorité leur a été donnée ces 5 années avec des résultats partiellement atteints. La quasi-totalité des autres objectifs demeurent d'actualité faute de bilan disponible.</p>
<p>Rappeler les indicateurs d'évaluation, si prévus au SROS III</p>	<p>Les indicateurs prévus concernent l'évaluation de l'activité, de la gravité et des conditions techniques de fonctionnement des services de réanimation, surveillance continue et soins intensifs (non détaillés dans ce document pour ne pas surcharger) ; ils concernent donc uniquement les objectifs généraux 1 et 3.</p>
<p>Indiquer les données d'évaluation si disponibles ou préciser les études à mener pour produire des données d'évaluation</p>	<p>Etude des indicateurs précités au travers d'enquête déclaratives disponibles pour 2007 et 2008, en cours pour 2010.</p> <p><u>Données nécessaires pour la révision du SROS et l'estimation des prochains OQOS</u> : données précitées pour 2010 + données qualitatives et quantitatives (par enquête) permettant d'effectuer le bilan (ne pourront être disponibles à temps, conduisant à une reconduction tacite des objectifs précédents...).</p> <p>Pour l'estimation des prochains OQOS, nécessité de disposer des données de 2010 pour lesquelles les enquêtes ont été lancées en février 2010 et ne seront pas disponibles à temps : le SROS devra prévoir un avenant en 2012/2013 pour les objectifs en lien avec la détermination des implantations (objectifs 1 et 3).</p>
<p>Indiquer les éléments nouveaux intervenus depuis le SROS III (évolution réglementaire, plan ou programme national, démographie, CPOM, rapports nationaux à prendre en compte...)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - évolution démographique très défavorable nécessitant d'envisager des restructurations de l'offre de soins (cf. paragraphe précédent). - introduction de critères d'éligibilité (2009) autorisant la facturation des suppléments de surveillance continue. - mauvais contexte médico-économique général : établissements en PRE alors même que l'exploitation de l'autorisation de réanimation est déficitaire dans le CAR - pas de revalorisation des tarifs pourtant attendue
<p>Indiquer les événements marquants à venir (visites de conformité, ouverture d'une fenêtre de reconnaissance, programme d'inspection, visites de labellisation, appels à projets ou à candidature...)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - fenêtre de reconnaissance surveillance continue et soins intensifs en cours (jusqu'au 31/03/2011 ; décisions attendues pour avril/mai 2011) avec visites de contrôles à suivre puis inscription dans CPOM. - nouvelles demandes SC-SI à recueillir dans le cadre du RAE 2010 du CPOM.

	<ul style="list-style-type: none"> - concertation à initier avec les membres du Coter courant 2011 et 2012 pour envisager la restructuration de l'offre de soins et idéalement, pour réaliser le bilan du SROS III ! - en interne ARS mais à inscrire dans le SROS : réflexion à mener sur l'organisation de la réponse à l'alerte en cas de saturation des lits (épisode grippal par exemple) et sur l'anticipation des fermetures programmées ou en cas de problèmes infectieux nosocomiaux.
--	--

Bilan quantitatif

Objectifs en termes d'implantations et/ou d'activités et/ou d'équipements et/ou autres

OQOS retenus dans le SROS III : **Implantations**

	Réanimation adulte non spécialisée	Soins intensifs	SC adulte	SC pédiatrique
Artois	4		5-12	3
Hainaut	3		3-14	3
Littoral	5		4-14	3
Métropole	5		6-16	3
Région		11-19		

Pour les réanimations spécialisées, les OQOS en implantations sont déterminés au niveau régional :

- neurochirurgie : 3
- chirurgie cardio-vasculaire 3
- pédiatrique 1

Bilan de l'existant au 1/1/2011 :

	Réanimation adulte non spécialisée	Soins intensifs	SC adulte	SC pédiatrique
Artois	4		13	3
Hainaut	3		12	3
Littoral	5		12	2
Métropole	5		15	2
Région		13		

Bilan du SROS III

1. PRESENTATION

Référents	C Lamy
Thématique (préciser si la thématique a ou doit faire l'objet d'un volet obligatoire)	Techniques interventionnelles utilisant l'imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie (volet obligatoire)
Date d'approbation du SROS	19 avril 2010

2. ETAT DES LIEUX

Bilan qualitatif

Rappeler les objectifs du SROSIII	<p>1 Garantir la sécurité et la permanence des soins pour les activités relevant des 3 groupes</p> <p>1.1 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.</p> <p>1.2 Garantir la sécurité des soins dans la prise en charge des cardiopathies congénitales.</p> <p>1.3 Organiser la permanence et la sécurité des soins dans la prise en charge de l'infarctus du myocarde</p> <p>2 Atteindre l'autonomie par bassin de vie dans la pose de Défibrillateurs Cardiaques Implantables (DCI) et des Stimulateurs Multi-Sites (SMS)</p>
Mise en œuvre des objectifs du SROS · Constat général	SROS de publication très récente ; 1 ^{ère} fenêtre d'autorisation en cours d'instruction. Mise en œuvre des objectifs non encore disponible.
Rappeler les indicateurs d'évaluation, si prévus au SROS III	Indicateurs non prévus dans ce SROS mais en partie prévus (pour les actes du groupe 3) dans la circulaire du 12 août 2009.
Indiquer les données d'évaluation si disponibles ou préciser les études à mener pour produire des données d'évaluation	Pas de données disponibles. <u>Données nécessaires pour la révision du SROS et l'estimation des prochains OQOS</u> (sollicités auprès de la DSEE): activité par actes et par territoire (consommation et production) pour 2009 et 2010
Indiquer les éléments nouveaux intervenus depuis le SROS III (évolution réglementaire, plan ou programme national, démographie, CPOM, rapports nationaux à prendre en compte...)	Aucun élément compte tenu de la publication récente mais plusieurs recours contentieux contre le SROS en cours.
Indiquer les événements marquants à venir (visites de conformité, ouverture d'une fenêtre de reconnaissance, programme d'inspection, visites de labellisation, appels à projets ou à candidature...)	Fenêtre de reconnaissance en cours (décision avril 2011) ; visites de conformités à suivre. Suivi des actes produits et consommés à réaliser annuellement pour vérification du respect des seuils d'activité réglementaires.

Bilan quantitatif

Objectifs en termes d'implantations et/ou d'activités et/ou d'équipements et/ou autres

OQOS retenus dans le SROS III : **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

QOS retenus dans le SROS III : **volumes d'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

Actualisation existante au 1/1/2011 : NC car 1^{ère} fenêtre en cours.

Bilan du SROS III

1. PRESENTATION

Référents	Philippe DALINVAL
Thématique (préciser si la thématique a ou doit faire l'objet d'un volet obligatoire)	IMAGERIE MEDICALE Volet obligatoire
Date d'approbation du SROS	Volet révisé le 26 septembre 2008

2. ETAT DES LIEUX

Bilan qualitatif

Rappeler les objectifs du SROSIII	<ul style="list-style-type: none"> - 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.
Mise en œuvre des objectifs du SROS · Constat général	<p>Réalisation des objectifs du SROS en termes d'accessibilité aux équipements modernes : bond en avant du nombre de nouveaux équipements (scanners, IRM et TEP).</p> <p>La région a atteint les meilleurs ratios d'équipements d'imagerie soumis à autorisation par rapport à sa population, au niveau national.</p> <p>Il faut aussi souligner l'augmentation au cours du SROS du nombre de manipulateurs d'électro radiologie, permettant de répondre aux besoins.</p> <p>.</p> <p>-</p>
Rappeler les indicateurs d'évaluation, si prévus au SROS III	<ul style="list-style-type: none"> • 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

	<p>d'imagerie, notamment en matière de coopérations au sein du territoire de santé ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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.
Indiquer les données d'évaluation si disponibles ou préciser les études à mener pour produire des données d'évaluation	Dans le cadre du programme de gestion du risque (GDR), nous allons pouvoir disposer des données de consommation fournies par l'assurance maladie.
Indiquer les éléments nouveaux intervenus depuis le SROS III (évolution réglementaire, plan ou programme national, démographie, CPOM, rapports nationaux à prendre en compte...)	<ul style="list-style-type: none"> • 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. • Lancement du dispositif régional de téléimagerie.
Indiquer les événements marquants à venir (visites de conformité, ouverture d'une fenêtre de reconnaissance, programme d'inspection, visites de labellisation, appels à projets ou à candidature...)	<ul style="list-style-type: none"> • RAE des CPOM (puis renégociation avant mars 2012). • Elaboration du volet spécifique « imagerie » dans les CPOM des EDS détenteurs d'autorisation en imagerie en coupe et en médecine nucléaire. • Elaboration du programme régional de gestion du risque • OQOS en nombre d'actes à venir ?

Bilan quantitatif

Voir le bilan au 5 novembre 2010 des OQOS pour les EML d'imagerie (annexe 2 de l'arrêté du DG ARS en date du 5/11/2010).

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)

Bassin de vie	Nombre d'appareils autorisés	OQOS 2011
Artois	2	1 à 2
Hainaut	1	1
Littoral	2	1 à 2
Métropole	4	3 à 4
Région	9	6 à 9

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

Bassin de vie	Nombre d'appareils autorisés	OQOS 2011
Artois	8	8 à 9
Hainaut	5	5
Littoral	5	5 à 6
Métropole	17	16 à 17
Région	35	34 à 37

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

Bassin de vie	Nombre d'appareils autorisés	OQOS 2011
Artois	15	10 à 15
Hainaut	10	7 à 10
Littoral	11	7 à 11
Métropole	18	13 à 18
Région	54	37 à 54

Scanographes à utilisation médicale

Bassin de vie	Nombre d'appareils autorisés	OQOS
Artois	21	17 à 21
Hainaut	15	13 à 15
Littoral	16	13 à 16
Métropole	26	21 à 26
Région	78	64 à 78

(NB : Les OQOS en nombre d'implantations ne figurent pas dans cette note, afin de ne pas l'alourdir).

Bilan du SROS III Perspectives SROS

PRESENTATION

Référents	VERITE
Thématique (préciser si la thématique a ou doit faire l'objet d'un volet obligatoire)	Périnatalité-AMP-DPN IVG Petite enfance
Date d'approbation du SROS	31 mars 2006
Groupe d'experts (ex COTER) constitué ou souhaité	Commission régionale de la naissance

ETAT DES LIEUX

Rappeler les objectifs du SROSIII	<p>Restructurer l'offre de soins pour prévenir les détresses vitales maternelles et fœtales en tenant compte de la démographie médicale</p> <p>1.1. Garantir une offre périnatale de proximité en :</p> <ul style="list-style-type: none"> - organisant, dans les zones à faible réponse médicale, une offre adaptée (consultations pré et post natales) - en maintenant un maillage de maternité permettant un accès à < de 30 minutes. <p>1.2. Garantir une prise en charge néonatale de Niveau IIA la plus proche des familles en :</p> <ul style="list-style-type: none"> - répartissant les centres de niveau IIA selon les spécificités de chaque bassin de vie ; - inscrivant chaque centre de niveau IIA dans le réseau périnatal ; <p>1.3. Mieux structurer l'offre de recours de niveau IIB ou de niveau III</p> <p>Pour les niveaux IIB en :</p> <ul style="list-style-type: none"> - répondant aux critères de fonctionnement des centres niveau IIB ; - en garantissant la couverture réglementaire en personnel. <p>Pour les niveaux III en :</p> <ul style="list-style-type: none"> - répondre aux exigences du niveau III en néonatalogie ; - prendre en charge les pathologies de la grossesse mettant en cause le pronostic maternel et fœtal ; - en assurant l'accueil des transferts in utero et en assumant la gestion jusqu'au retour au service initial ou dans un service de néonatalogie de proximité. <p>1.4. Améliorer la prise en Charge de l'hémorragie de la délivrance et des urgences obstétricales graves en :</p> <ul style="list-style-type: none"> - permettant à toutes les maternités de niveau III, d'avoir accès à une embolisation au sein de leur établissement 24h/24 ; - organisant une formation plus spécifique pour toutes les maternités niveau III afin qu'elles puissent être référents au sein de leur bassin de vie ; - élaborant un protocole de conduite à tenir en cas d'hémorragie de la délivrance et le mettre à disposition de l'ensemble des maternités de la région ; - en mettant en place une sensibilisation autour du protocole commun dans toutes les maternités ; - analysant la possibilité, les avantages et les limites à mettre en place une équipe de renfort mobile (expert) pour les grandes détresses maternelles. - structurant une cellule d'expertise des « near miss ». <p>1.5. Mettre aux normes les centres de périnatalité de la région</p> <p>1.6. Mieux organiser le transport in -utero et néonatal en :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prévoyant des transferts précoces des patientes à hauts risques maternels vers la maternité disposant de l'équipement médico-technique nécessaire - structurant les transports néonataux par bassin de vie pour les 3 niveaux - Mettre en place une régulation régionale des transports néonataux <p>2. 1. Améliorer l'approche psychosociale des femmes enceintes et de la naissance en :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mettant en place et proposer l'entretien individuel et/ou en couple pour toutes les femmes enceintes et/ou aux futurs parents, au cours du 4ème mois de grossesse ; - augmentant la sensibilisation et les capacités des personnels à prendre en charge la femme dans sa globalité et de repérer les situations à risque ; - proposant une préparation à la naissance à toutes les primipares ; - améliorant la prévention des troubles de développement psychoaffectif des enfants. <p>2. 2. Renforcer le soutien des femmes en situation de précarité en :</p> <ul style="list-style-type: none"> • créant ou renforcer dans toutes les maternités publiques un accueil pour les femmes ou couples en situation de souffrance psychosociale ; • adaptant les pratiques des professionnels de l'ensemble des structures à l'accueil de ces couples. <p>2.3. Améliorer la qualité de l'Aide médicale à la procréation (AMP) en créant un réseau régional réunissant cliniciens et biologistes sur la recherche d'amélioration des pratiques.</p>
-----------------------------------	--

	<p>2.4. Optimiser le diagnostic prénatal (DPN) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prévenir les embryofœtopathies : <ul style="list-style-type: none"> - informer les femmes enceintes ou en désir de grossesse ; - sensibiliser les praticiens en contact avec les femmes enceintes. • Améliorer la qualité du dépistage prénatal : <ul style="list-style-type: none"> - améliorer la qualité du dépistage par dosage des marqueurs sériques ; - affiner les indications de caryotype fœtal ; - améliorer la qualité des échographies de dépistage. • Faciliter l'accès au diagnostic prénatal : <ul style="list-style-type: none"> - mettre en place une échographie de "diagnostic" ou de "référence" dans les maternités de niveau III en lien avec le centre pluridisciplinaire régional du CHRU ; - assurer une consultation de génétique médicale dans chaque bassin de vie, au sein d'une maternité de niveau III ; - formaliser la coopération entre acteurs du DPN par la mise en place d'un réseau. • Améliorer la prise en charge étiologique après un DPN : <ul style="list-style-type: none"> - améliorer les bilans étiologiques après mort in utero ou IVGMM ; - harmoniser l'accès et la qualité des examens fœtopathologiques ; - permettre un recours précoce à l'enquête génétique. • Améliorer la prise en charge psychologique et humaine du couple : <ul style="list-style-type: none"> - améliorer la qualité de l'entretien médical initial ; - accompagner les couples dans leur choix ; - améliorer le suivi et l'accompagnement des couples y compris suite à la naissance. <p>2.5. Améliorer l'annonce « d'une maladie ou d'une malformation » en période périnatale</p> <p>2.6. Améliorer la prise en charge et le suivi à long terme des nouveau-nés en risque de développer un handicap</p> <p>3. Mieux prendre en compte la consommation de substances psycho-actives chez la femme enceinte</p> <p>4. Optimiser la filière de soins par le travail en réseau</p> <p>5. Poursuivre l'amélioration de l'organisation des IVG : SROS spécifique</p> <p>6. Adapter la formation médicale</p>
<p>Mise en œuvre des objectifs du SROS</p>	
<p>Constat général</p>	<p>Si la majorité des objectifs ont été améliorés au niveau régional, des fortes disparités persistent entre les territoires :</p> <p>1.1. L'objectif de garantir une offre périnatale de proximité est atteint partiellement :</p> <p>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 d'offre alternative n'a été structurée dans les zones faiblement couvertes.</p> <p>Il est important d'insister sur la fragilité de la situation d'un certain nombre de structures notamment 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. Si certains établissements sont déjà confrontés à une couverture médicale <u>en dessous des normes réglementaires</u>. Cette situation risque de s'aggraver dans les années à venir au regard des départs en retraites prochains, non couverts par les jeunes sortant de formation. Par ailleurs, l'arrivée de la T2A dans les hôpitaux ont incité les directions d'augmenter l'activité des maternités et de dépasser les seuils pour lesquels elles étaient dimensionnées (en locaux et en personnel). La fermeture de certaines maternités de niveau I, notamment privées, a parallèlement entraîné une aggravation de cette suractivité des structures publiques, dont certaines se retrouvent actuellement en difficulté de répondre dans des conditions de sécurité suffisante. 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 3 jours, voire précoces à 2 jours.</p> <p>Il faudrait repenser la collaboration des établissements publics et privés, permettant un partage d'activité, et décharger ainsi des structures sur-occupées, tout en garantissant une qualité et une sécurité qui sont actuellement largement partagées dans les 2 secteurs.</p> <p>1.2. 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</p>

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 des rapprochements mère-enfant ou des hospitalisations des nourrissons de moins de 2 mois présentant des pathologies nécessitant des hospitalisations (bronchiolites, ...).

La remarque concernant la couverture médicale est semblable au point précédent ; le niveau de couverture médicale d'un centre de périnatalité est un point essentiel au-delà de la couverture du territoire et un pré-requis nécessaire à toute modification de l'offre de soins en périnatalité. Par ailleurs, se pose le problème de l'accès rapide aux examens biologiques, au stock d'urgence vital de produits sanguins et de la formation des professionnels.

Le problème de la couverture médicale se pose effectivement là encore avec l'absence d'attractivité pour les centres les plus éloignés et pour ceux où l'équipe médicale est la moins étoffée.

1.3. La structuration de l'offre de recours de niveau IIB ou de niveau III a été améliorée sans que tous les points aient pu être atteints.

Pour les IIB : Pour 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, plus que pour les autres objectifs, 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 en zone de proximité d'Artois, l'autre en zone de proximité de Lens, répondant ainsi parfaitement aux zones d'attractivité qui sont tout à fait différentes et complémentaires, permettant ainsi 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, qui repose sur des collaborations avec les établissements de la zone de proximité afin de gérer les flux de sortie. C'est à ce titre qu'il soutient la reconnaissance de Seclin, comme centre périnatal de niveau IIA.

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

- Une formation touchant les maternités a été mise en place (toutes les maternités des réseaux OMBREL et du Hainaut ont été sensibilisées).
- 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 .
- Une cellule d'expertise des « near miss » a été mise en place dans chaque réseau avec toutefois des différences de mise en œuvre .
- Dans le cadre de la certification, certaines maternités ont commencé à organiser des « Revue de Mortalité Morbidité ». Toutefois, leur fonctionnement et les événements analysés (ex : les hémorragies de la délivrance ou en cours d'accouchement) sont très variables d'une maternité à l'autre.
- A l'inverse, toutes les maternités de niveau III n'ont pas accès 24h/24 à une embolisation au sein de leur établissement notamment sur le Littoral-Audomarois.
- 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 et se heurte à des problèmes organisationnels majeurs.

1.5. La mise aux normes des centres de périnatalité de la région a pu être réalisée partiellement, grâce au financement du plan périnatalité. Toutefois, les pressions économiques, le passage à la T2A et la diminution de la démographie médicale ont de nouveau éloigné certaines structures des normes réglementaires en personnel.

1.6. Mieux organiser le transport in -utero et néonatal en :

- Les transferts précoces des patientes à hauts risques maternels vers la maternité disposant de l'équipement médico-technique nécessaire ont été améliorés. Toutefois, les TIU infirmiers n'ont pas été organisés. Pour les responsables de SAMU, ces transferts s'inscrivent dans le cadre des transferts en général, sans nécessité de structurer une organisation spécifique.
- Les transports néonataux médicalisés ont été améliorés sur l'ensemble du territoire. L'organisation des ces transports néonataux sont variables d'un territoire de santé à l'autre. Si les transports sont quasi exclusivement médicalisés sur le littoral par un réanimateur néonatal du CH de Calais (garde doublée par une astreinte de réanimateur néonatale), sur le Hainaut tous ne sont pas médicalisés ; en cas de transports médicalisés le médecin est un réanimateur néonatal du CH de Valenciennes, de même sur l'Artois les transports sont assurés par un réanimateur néonatal, sur la métropole lilloise par le SMUR pédiatrique de Lille.

Positionnement
au regard des
objectifs retenus
dans les 3 axes
du PSRS

- 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 retransmettre et de transferts le soir ou la nuit.
- Chaque réseau a élaboré des affiches spécifiques pour TIU et TPN et des autocollants sur téléphone avec des numéros de téléphone dédiés « maternité et « néonatalogie ».
- Mettre en place une régulation régionale des transports néonataux :
 - o Cette régulation des transports néonataux est effective dans la région même si elle s'appuie initialement sur une régulation de proximité par les centres de niveau III et IIB de proximité afin de coordonner au mieux en fonction des organisations locales s'appuyant alors sur les organisations des réseaux de périnatalité. La régulation régionale apparaît souvent en second lieu lorsque les organisations par bassin de vie sont prises en défaut (manque de place en néonatalogie, en grossesses pathologiques). Celle-ci est alors assurée par le SAMU régional. L'évaluation des transferts sur le Hainaut me semble satisfaisante et répondre aux besoins.
 - o Toutefois, cette activité de transport néonatal semble parfois poser problème en particulier en journée le WE et en garde en ce qui concerne la permanence de la prise en charge en néonatalogie et au bloc obstétrical. Les effectifs médicaux fragiles des services de néonatalogie ne permettent le plus souvent pas d'envisager une double liste garde-astreinte sous réserve de mettre en difficulté les organisations. En ce qui concerne Valenciennes, la continuité des soins en cas de transport est assurée conjointement par l'anesthésiste du bloc obstétrical et par le pédiatre de pédiatrie).

Cet objectif devrait être retravaillé avec le groupe SROS « transports sanitaires » avec, pour les transports maternels, la mise en place d'une réflexion à une organisation probablement par bassin de vie reposant sur un accompagnement par une sage femme ce qui permettrait une gradation de la prise en charge entre le transfert par une ambulance et le transfert SAMU.

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

2. 1. L'approche psychosociale des femmes enceintes et de la naissance a été améliorée même si les objectifs fixés dans le SROS n'ont pas pu être atteints:

- Pour permettre l'entretien du 4^{ème} mois, les équipes ont bénéficié de sages-femmes (19 établissements publics et privés ont bénéficié d'un renforcement de l'équipe de sages-femmes à fin de mettre en œuvre cet entretien au niveau régional) ; des formations, organisées par les réseaux de périnatalité, ont concernées 179 personnes (notamment sages-femmes).
 - o Les deux départements de notre région avaient intégré 4 questions supplémentaires concernant le carnet de maternité, l'entretien du 4^{ème} mois ainsi que la connaissance des femmes des réseaux de périnatalité à l'enquête nationale périnatale qui avait lieu du 15 au 21 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.
 - o Seules un quart des femmes ont bénéficié de l'entretien du 4^{ème} 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% 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. L'ensemble de ces résultats cachant toutefois de grandes disparités entre les réseaux de périnatalité.
- Afin d'augmenter la sensibilisation et les capacités des personnels à prendre en charge la femme dans sa globalité et de repérer les situations à risque notamment psychologique, les établissements ont bénéficié d'une couverture en psychologues (19,5 ETP de psychologues ont été affectés le plus souvent au sein de service de psychiatrie, plus rarement directement au sein des services de maternités). Toutefois, des grosses différences existent dans les modalités de travail et les actions menées par ces psychologues, malgré l'élaboration et la transmission d'une fiche de poste spécifique par l'ARH en lien avec les professionnels de la périnatalité et de la psychiatrie.
- L'objectif de proposer une préparation à la naissance à toutes les primipares a peu progressé (OMREL : passant de 38% à 40% ; 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 (les contraintes économiques ayant amené les établissements à privilégier d'autres activités, cadre de remboursement demandant à diminuer les groupes à un max de 6 parturientes..).

- De nombreuses formations à l'accompagnement de l'allaitement maternel ont été mises en place depuis 2005 au sein des maternités de la région. Depuis 2008, 93 professionnels sont inscrit en formation de consultant en lactation.

- 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. Toutefois, ces chiffres cachent des réalités de terrain très variables.

2.2. 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 (gestion de l'enveloppe des PASS périnatalité non décentralisé).

Toutefois, certains professionnels estiment que les établissements publics ne peuvent refuser ces populations et que l'adaptation des pratiques professionnelles de l'ensemble des structures à la prise en charge de ces couples soit nécessaire, d'autant que les établissements ont bénéficiés de crédits « précarité » qui devraient également permettre à améliorer l'accueil de cette population.

2.3. L'amélioration de la qualité de l'Aide médicale à la procréation (AMP) en créant un réseau régional réunissant cliniciens et biologistes sur la recherche d'amélioration des pratiques n'a pas été travaillée depuis la publication du SROS III.

D'après le dernier rapport 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'ABM, 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.

a. 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 :

- o 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 (2 journées d'information organisée avec l'URMEL, nombreuses actions locales de FMC, réunion d'information avec les biologistes, Formathon, FMC CNGOF etc..) + Mise à disposition de délégués d'information par l'URMEL depuis 2010
- o Mise en place d'une EPP sur la mesure de la clarté nucale et de la longueur craniale par l'URMEL en collaboration avec le CPDPN et les réseaux de périnatalité. 304 échographistes avaient validé leur EPP fin 2010.
- o 185 échographistes ont un numéro d'identifiant (OMBREL 126, Bien Naître en Artois 63, PAULINE 58 ,et le réseau périnatalité du Hainaut 38). En plus de ces numéros attribués un certain nombre de dossiers sont en attente d'agrément.

- L'accès au diagnostic prénatal a été amélioré en délocalisant un certain nombre de consultations :

- o La coopération entre acteurs du DPN repose sur un travail en réseau notamment d'échographie (REFECHO NPC), 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 et de décharger l'activité du CHRU de Lille, 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. Toutefois, lors de sa venue en octobre 2010, l'équipe de l'Agence de Biomédecine a constaté la taille du CPDPN de Lille, la qualité des équipements notamment des échographes et des salles de prélèvement mais a aussi ré-insisté sur la position unique du CPDPN de Lille, seul CPDPN avec un nombre important de naissances.

En effet, contrairement à d'autres régions françaises, le Nord Pas-de-Calais compte un seul CPDPN dont l'autorisation est détenue par le CHRU de Lille. Il est l'ide ce fait le CPDPN ayant la

<p>Positionnement au regard des missions de service public</p>	<p>plus forte activité de France avec plus de 4400 échographies de référence réalisées dont près de 2800 au CHRU de Lille et 1200 dossiers discutés en réunion pluridisciplinaire.</p> <p>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, d'optimiser la prise en charge dans le cadre du réseau Bien Naître en Artois. L'activité réalisée au CH de Lens débouche chaque année sur la présentation de plus de 300 dossiers en réunion pluridisciplinaire, soit entre 6 et 7 dossiers par semaine sur les 30 à 35 présentés en moyenne.</p> <p>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. Pour ce faire il a été demandé, dans un premier temps, d'élaborer un projet médical permettant de trouver ensuite les solutions administratives les mieux adaptées.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 : une consultation de génétique clinique a été mise en place au CH de Lens, d'Arras, de Valenciennes. Sur le territoire du littoral, la consultation de génétique clinique a été organisée au CH de Dunkerque, très accessible aux patients de la maternité de Calais, dans le cadre d'une collaboration entre Calais et Dunkerque. La mise en place d'une consultation à Calais n'est pas possible actuellement faute de moyens humains. - La prise en charge étiologique après un DPN s'est partiellement structurée. L'accès à des examens fœto-pathologiques de qualité reste difficile et inéquitable. D'une part, le nombre de fœto-pathologistes est très faible et d'autre part 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. - Une question, non évoquée lors de l'élaboration du SROS III concerne l'absence de réponse régionale pour le diagnostic préimplantatoire. - La prise en charge psychologique et humaine du couple, reposant sur une meilleure qualité de l'entretien médical initial, commence à s'améliorer. En 2007 une journée du réseau OMBREL a abordé les alternatives à l'IMG et d'accompagner les couples dans leur choix, une formation sur l'annonce a été faite dans le cadre de la journée du GEN. - Une EPP sur le dépistage de la transposition des gros vaisseaux a été mise en place au niveau régional. L'évaluation de départ a été réalisée en 2010 et est en cours d'analyse. Un programme de formation multi sites organisé par territoire de santé va commencer en avril 2011. Une évaluation sur l'amélioration du dépistage sera réalisée après les formations. - 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 (Liste des centres à donner ?) - Enfin, les professionnels signalent un manque de formation des médecins généralistes aux nouveaux modes de dépistage de la trisomie 21. <p>b. L'amélioration de l'annonce « d'une maladie ou d'une malformation » en période périnatale n'a pas fait l'objet d'une formation régionale structurée.</p> <p>Toutefois, une équipe pluridisciplinaire réalise des formations au sein des maternités, à leur demande, afin d'aider les équipes dans cette démarche. Ce point important pourrait faire l'objet d'un programme de formation ambitieux sur la région, certains professionnels ayant déjà pu bénéficier de ce type de formations. Au niveau du réseau Pauline, un grand nombre de professionnels du Niveau III ont été formés (formation annuelle longue de 12 jours), concernant « le deuil et l'annonce du handicap » (formation Santexel).</p> <p>Il faut signaler la labellisation de l'équipe de génétique clinique du CHRU, en tant que centre de référence maladies rares pour les anomalies du développement 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. Néanmoins ce protocole fait appel à l'aide de psychologues dont l'équipe ne dispose pas dans ses consultations avancées.</p> <p>2.6. Améliorer la prise en charge et le suivi à long terme des nouveau-nés en risque de développer un handicap :</p> <p>Cet objectif n'a pas été travaillé de façon approfondie ; une étude est en cours sur le territoire de la métropole lilloise afin de faire un diagnostic des structures médico-sociales. Une filière de soins a été mise en place dans certaines pathologies (ex : centre de référence de la hernie diaphragmatique congénitale).</p>
--	---

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

3. Mieux prendre en compte la consommation de substances psycho-actives chez la femme enceinte : à voir avec F. Vanhée

Un certain nombre d'actions, notamment des formations pluridisciplinaires et l'intervention d'équipes de liaisons, concernant la périnatalité et la prise en charge des enfants ont été engagée (formations pluridisciplinaires/pluri-institutionnels ayant touché 400 acteurs de la périnatalité, du champs social et des addictions/an en 2008 et 2009 ainsi que 70 professionnels en 2010). Ces actions restent toutefois difficiles malgré les démarches engagées avec les réseaux de périnatalité. Elles portent essentiellement sur la consommation de tabac et cannabis, et restent plus lente à mettre en place concernant l'alcool. Les acteurs ont néanmoins tissés des liens, et 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. Des professionnels de premier recours tels que les pharmaciens d'officine sollicitent également des interventions sur le sujet des médicaments de substitution.

4. Les filières de soins et le travail en réseau, se sont globalement améliorés avec toutefois de grosses disparités intra-régionales :

Chacun des 4 territoires est couvert par un réseau de périnatalité, réunissant les établissements de soins disposant d'une maternité, de la PMI, des médecins libéraux, des sages-femmes libérales, des associations d'usagers...Elles mettent en place des actions en liens avec la politique régionale et nationale. A côté de ces réseaux, 2 réseaux de proximité vise l'amélioration des filaires de prise en charge « bien naître dans le Douaisis » et le réseaux de proximité autour du CH de Maubeuge.

5. Poursuivre l'amélioration de l'organisation des IVG : cf. une deuxième fiche

6. Adapter la formation médicale

Tout au long de ce document, l'adaptation de la formation médicale, notamment de la formation continue a été exposée.

Accès aux soins

- Couverture territoriale non équitable en ce qui concerne notamment le diagnostic prénatal ; même si les 4 territoires sont couverts par des réseaux de périnatalité leurs problématiques, leurs moyens humains et leur financement ne permettent pas d'éviter une aggravation des inégalités ; Cependant, pour les échographies de second niveau et de nombreuses consultations spécialisées une offre de soins a été développée dans chaque bassin de vie. Un travail est en cours pour améliorer la couverture pour les biopsies de trophoblaste
- Les inégalités sociales et géographiques d'accès au suivi de la grossesse des femmes enceintes persistent, avec l'apparition ou l'augmentation de nouvelles populations vulnérables (migrants, ...)
- Même si la réglementation concernant le financement des soins urgents existe, son application devrait se généraliser pour la prise en charge des femmes enceintes et les IVG
- La coordination du suivi en prénatal de la femme enceinte et en post-natal de la mère et de l'enfant qui nécessitent une prise en charge par le secteur médico-social mérite d'être approfondie

Prévention des risques sanitaires :

- Toutes les maternités ne disposent plus d'une couverture médicale (gynécologique, anesthésique, pédiatrique et radiologique) suffisante afin de garantir une prise en charge 24h/24 dans des conditions de sécurité
- Il convient de poursuivre la formation du personnel médical et paramédical afin d'adapter les messages aux populations accueillies (Encourager la démarche qualité de soins personnalisés au sein des maternités)

Mortalité prématurée évitable :

- Des actions visant la diminution de la mortalité maternelle (formations, travail en réseau sur les transferts in utero, respect des compétences de chaque niveau dans la gradation des soins) ont été mises en place mais nécessite un constant réajustement des pratiques et des moyens
- Des actions notamment de formations du personnel travaillant en périnatalité et visant à aider les mères à réduire leurs consommations de substances psychotropes ont été débutées mais restent à poursuivre

	<p>Missions de service public : Egal accès aux soins n'est pas garanti sur l'ensemble du territoire de la région, notamment en ce qui concerne le diagnostic prénatal, l'IVG</p>
	<p>OQOS exclusivement -</p>
<p>Indiquer les données d'évaluation si disponibles ou préciser les études à mener pour produire des données d'évaluation</p>	<p><u>Etudes disponibles:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • rapport d'activité des réseaux de périnatalité, complétés d'un certain nombre d'études dans le cadre de thèses ou de mémoires • tableaux d'activités des réseaux reprenant, en complément du PMSI, un certain nombre des indicateurs proposés par Péristat. <p><u>A réaliser :</u> - analyse du PMSI 2009 et 2010 pour suivre les indicateurs d'activité des établissements analysés en 2006/2007/2008</p>
<p>Indiquer les éléments nouveaux intervenus depuis le SROS III (évolution réglementaire, plan ou programme national, démographie, CPOM, rapports nationaux à prendre en compte...)</p>	<p>Liste non exhaustive :</p> <p>1. Lois : <u>Loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance</u> : qui met l'accent sur</p> <ul style="list-style-type: none"> - des actions de prévention périnatales - un suivi coordonné entre la période prénatale, la naissance et la période post-natal (à domicile, en suivi de ville ou en établissement) - des rencontres systématiques à des moments clés du développement de l'enfant <p><u>Loi n°2007-1787 du 20 décembre 2007</u> relative à la simplification du droit, art.8 <u>Loi n°2009-879 du 21 juillet (loi HPST)</u> art 86...</p> <p>2. Ordonnances : <u>Ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010</u> relative à la biologie médicale, art 3 <u>Ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010</u> de coordination avec la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires , art 1, art 9 (V)</p> <p>3. Décrets : <u>Décret n°2006-1660 du 22 décembre 2006</u> relatif au don de gamètes et à l'assistance médicale à la procréation et modifiant le code de la santé publique</p>

Décret n°2006-1661 du 22 décembre 2006 relatif au diagnostic prénatal et au diagnostic biologique effectué à partir de cellules prélevées sur l'embryon in vitro et modifiant le code de la santé publique
Décret n° 2007-1111 du 17 juillet 2007 relatif à l'obligation vaccinale par le vaccin antituberculeux BCG.

Décret n° 2008-321 du 4 avril 2008 relatif à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou à son identification par empreintes génétiques à des fins médicales

Décret n° 2008-588 du 19 juin 2008 transposant en matière de don de gamètes et d'assistance médicale à la procréation la directive 2004/23/CE du Parlement européen et du Conseil du 31 mars 2004

Décret n° 2010-344 du 31 mars 2010 tirant les conséquences, au niveau réglementaire, de l'intervention de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

4. Arrêtés :

Arrêté du 21 juin 2007 relatif à l'actualisation du carnet de grossesse prévu par l'article L.2122-2 du CSP. En application du plan périnatalité 2005-2007, ce carnet se substitue au modèle de 1990 en vigueur. Application au 28 juillet 2007.

Arrêté du 23 juin 2009 : Fixant les règles de bonnes pratiques en matière de dépistage et de diagnostic prénatals avec utilisation des marqueurs sériques maternels de la trisomie 21

Arrêté du 23 juin 2009 relatif à l'information de la femme enceinte

5. Circulaires

CIRCULAIRE N°DHOS/DGS/O2/6C/2005/300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité

CIRCULAIRE N°DHOS/O1/O3/CNAMTS/2006/151 du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité

CIRCULAIRE N°DHOS/O1/2006/273 du 21 juin 2006 relative à l'organisation des transports périnatals des mères.

Circulaire DGS/RI 1/2007/318 du 14 août 2007 relative à la suspension de l'obligation de vaccination par le BCG des enfants et des adolescents.

6. Rapports ou recommandations :

HAS : 27/8/2009 Critères d'EPP pour le suivi de la grossesse et la reproduction

Inclus : accouchement, allaitement, assistance médicale à la procréation, contraception, IVG et stérilisation, ménopause ;

Rapport HAS 20/04/2010 : Grossesse à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement : 4 objectifs :

- Définir selon des critères médicaux les femmes enceintes à orienter dans les maternités de type I, II et III selon les risques fœto-maternels.
- Harmoniser les indications d'orientation et de réorientation au sein des réseaux périnatals.
- Améliorer la compréhension par les professionnels autant que par les femmes enceintes de l'utilité et des limites de l'orientation entre les établissements d'un réseau périnatal.
- Mieux appréhender les outils nécessaires à une organisation efficace des orientations, afin d'en améliorer la sécurité et le confort.

Rapport du Pr TURCK : « Plan d'action : Allaitement maternel » juin 2010

Rapport de l'IGAS « Etat des lieux et perspectives du don d'ovocytes en France » de février 2011 (ABALLEA Pierre, BURSTIN Anne, GUEDJ Jérôme)

HAS mai 2007 : Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées

La Caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie a fait réaliser deux études sur les CAMSP :

- Les CAMSP (Centres d'Action MédicoSociale Précoce) : Résultats de l'enquête quantitative menée en 2008.
- Intervention des CAMSP des différents contextes : sanitaires, sociaux et médicosociaux : Etude qualitative 2009 (diffusée en 2010).

L'étude de cohorte Elfe 2011 :

Vingt mille enfants nés en France en 2011 vont être suivis de la naissance à l'âge adulte pour mieux

	<p>comprendre comment l'environnement, l'entourage familial et les conditions de vie influencent leur développement et leur santé.</p> <p>L'objectif général de l'étude Elfe est de comprendre comment l'environnement dans ses différentes dimensions affecte, de la période intra utérine à l'adolescence, le développement, la santé et la socialisation des enfants à partir d'une large cohorte de 20 000 enfants nés en France en 2011, et qui seront suivis de la naissance à l'âge de 20 ans. Plus précisément, <u>les facteurs de l'environnement</u> qui seront étudiés peuvent se regrouper en plusieurs grands domaines: l'environnement prénatal (marqueurs biologiques recueillis à la naissance); l'environnement social et économique de la famille ; l'environnement familial (composition de la famille, mode de vie, comportement des parents incluant la façon dont ils alimentent leur enfant); l'environnement offert par les différents lieux de vie de l'enfant, incluant les caractéristiques obtenues à partir des systèmes d'information géographique; l'environnement physicochimique subi à l'intérieur comme à l'extérieur du domicile.</p> <p>Le suivi de la cohorte permettra d'étudier l'impact de ces différents facteurs et de leurs interactions sur <u>les principaux aspects du devenir des enfants</u>. Cela comprend la socialisation de l'enfant ; le parcours et les acquisitions scolaires (lecture, écriture...); le développement cognitif, moteur ou sensoriel, la croissance, la puberté; la santé et particulièrement certaines pathologies fréquentes de l'enfant et de l'adolescent: surpoids et obésité (syndrome métabolique), asthme et autres manifestations atopiques, les accidents et les troubles mentaux et du comportement.</p> <p><u>L'étude EPIPAGE 2</u></p>
Indiquer les événements marquants à venir	<p>Renouvellement des autorisations en gynécologie-obstétrique et néonatalogie le 15/11/2011</p> <p>Inspection des structures autorisées pour les activités d'AMP</p>

Bilan quantitatif

Les objectifs cibles en termes d'implantations sont atteints sur l'ensemble des territoires.

Liste des indicateurs - Peristat ⁴(à discuter avec les réseaux)

Catégorie	Essentiels	Recommandés	Recommandés et à développer
Santé périnatale	E1. Taux de mortinatalité* E2. Taux de mortalité néonatale* E3. Taux de mortalité infantile* E4. Distribution du poids de naissance** E5. Distribution de l'âge gestationnel***	R1. Prévalence de certaines anomalies congénitales (trisomie 21 et anomalies du tube neural) R2. Distribution du score d'Apgar à 5 minutes	D1. Causes de décès périnatals D2. Prévalence des paralysies cérébrales D3. Prévalence des encéphalopathies ischémiques hypoxiques
Santé maternelle	E6. Taux de mortalité maternelle (selon l'âge et le mode d'accouchement)	R3. Taux de mortalité maternelle par causes obstétricales	D4. Prévalence de la morbidité maternelle sévère D5. Prévalence des lésions du périnée D6. Prévalence des incontinences fécales D7. Dépression du post-partum
Caractéristiques de population ou facteurs de risque	E7. Taux de grossesses multiples E8. Distribution de l'âge maternel E9. Distribution de la parité	R4. Proportion de femmes qui fument pendant la grossesse R5. Distribution du niveau d'études maternelles	D8. Distribution du pays d'origine de la mère
Système de soins	E10. Distribution des naissances selon le mode d'accouchement (selon la parité, le nombre de fœtus, la présentation fœtale et un antécédent de CS)	R6. Pourcentage de grossesses faisant suite à un traitement de l'infertilité R7. Distribution de l'âge gestationnel à la première consultation prénatale R8. Distribution des naissances selon le type de début du travail R9. Distribution des lieux de naissance R10. Pourcentage des enfants allaités après la naissance R11. Pourcentage de naissances très prématurées dans un établissement sans service de réanimation néonatale	D9. Indicateur de soutien maternel D10. Indicateur de satisfaction maternelle D11. Proportion d'accouchements par une sage-femme D12. Proportion d'accouchements sans intervention médicale

⁴ (*) selon l'âge gestationnel (AG), le poids et le nombre de fœtus, (**) selon le statut vital, l'AG et le nombre de fœtus ; (***) selon le statut vital et le nombre de fœtus

Zeitlin J, Wildman K, Bréart G. Indicators to monitor and evaluate perinatal health in Europe. Eur J Obstet Gynec Reprod Biol 2003, 111 suppl : S13

Indicateurs PMSI :

Indicateurs	Suivi PMSI	Valeur 2007	2008
Nombre d'accouchements	OUI	56 253	56 648
Nombre de naissances (vivantes ou non)	OUI	57 049	57 799
Distribution de l'âge maternel	OUI	N séjour âge < 18 ans : 642 N séjours âge > 18 ans : 55 609	N séjour âge < 18 ans : 574 N séjours âge > 18 ans : 56 074
Taux de grossesses multiples	OUI	1,66 %	1,68 %
Taux de mortinatalité. (pour 1000 naissances, vivantes ou non)	OUI, évolution	9,87 %	10,16 %
Distribution du poids de naissance	OUI	< 1000 g : 274 < 1500 g : 701 < 2500 g : 4 657	< 1000 g : 250 < 1500 g : 616 < 2500 g : 4 527
Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	OUI	précoce : 2,82 tardive : 0,42 totale : 3,24	précoce : 2,27 tardive : 0,56 totale : 2,83
Taux de mortalité par cause obstétricale	NON		
Proportion de femmes qui fument pendant la grossesse	NON		
Proportion de femmes qui consomment de l'alcool pendant la grossesse.	NON		
Pourcentage de grossesses faisant suite à une infertilité	NON		
Diabète et grossesse. (Nombre de femmes présentant un diabète au cours de la grossesse)	OUI	diabète gestationnel : 2 360 diabète pré-gestationnel : 459	diabète gestationnel : 2 434 diabète pré-gestationnel : 359

Indicateurs réseaux de périnatalité :

Activité du réseau

	Niv I		Niv IIA		Niv IIB		Niv III		Total	
	nombre	%	nombre	%	nombre	%	nombre	%	nombre	%
Nombre d'accouchements										
Nombre de naissances										
Nombre de fœtus	singletons									
	gémellaires									
	>=3									
	Données manquantes									
Taux de grossesses multiples										
Parité	primipare									
	multipare									
	grande multipare (>=5)									
	données manquantes									
Tabac										
Age gestationnel	< ou = 28									
	29-32									
	33-36									
	37 SA et plus									
	Données manquantes									
Taux d'accouchements prématurités										
Mode d'accouchement	césarienne									
	voie basse									
	dont voie basse instrumentale									
	Episiotomie									
	Données manquantes									
% de César parmi les utérus cicatriciels										
Poids de naissance	moins de 1000g									
	1000-1499									
	1500-1999									
	2000-2499									
	2500-2999									
	3000-3999									
	plus de 4000g									
	Données manquantes									
Etat de l'enfant à la naissance	né vivant									
	mort perpartum ou en salle									
	MIU									
	Données manquantes									
Taux de mortinatalité										
IMG										
Taux de mortinatalité IMG incluses										
Allaitement maternel										
	Données manquantes									
Transfert en néonatalogie										
Morbidité maternelle										
Pré-éclampsie	Pré-éclampsie									
	Eclampsie									
	HELLP syndrome									
	HRP									
	Hgie de la délivrance >1000ml									
Grossesses ayant fait l'objet d'un TIU										
Transfert postpartum										
	Pour hémorragie									
	Pour complications vasculaires									
	Pour rapprochement ME									
	Autres									
	Sans précision									

Activités d'Assistance Médicale à la Procréation

L'assistance médicale à la procréation (AMP) s'entend des pratiques cliniques et biologiques permettant la conception *in vitro*, le transfert d'embryons, l'insémination artificielle, et toute technique d'effet équivalent permettant la procréation en dehors du processus naturel.

Les nouvelles règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques d'AMP définies par l'arrêté du 11 avril 2008⁵ s'imposent aux organismes, aux établissements de santé et aux laboratoires d'analyses de biologie médicale autorisés pour ces activités.

Ces bonnes pratiques définissent des règles destinées à assurer la qualité des activités, la sécurité des gamètes et des embryons ainsi que la gestion des risques.

Egalement en matière de qualité des soins, l'ordonnance du 22 mai 2008⁶ a transposé une directive européenne du 31 mars 2004 qui établissait des normes de qualité et de sécurité pour le don, l'obtention, le contrôle, la transformation, la conservation, le stockage et la distribution des tissus et cellules humaines. L'ordonnance précise par ailleurs le régime d'importation et d'exportation des gamètes et tissus germinaux.

Les deux tableaux ci-dessous reprennent les intitulés des activités cliniques et biologiques d'AMP modifiés suite aux différents décrets :

Tableau de concordance – Liste des activités cliniques d'AMP		
Décret 95-559 du 6 mai 1995 (R. 2141-1)	Décret 2006-1660 du 22 décembre 2006 (R. 2142-1)	Décret 2008-588 du 19 juin 2008 (R. 2142-1)
a) Recueil par ponction d'ovocytes [sans tiers donneur d'ovocytes]	a) Recueil par ponctions d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation avec ou sans recours à un tiers donneur de sperme	a) Prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation
b) Recueil par ponction de spermatozoïdes	b) Recueil par ponction de spermatozoïdes	b) Prélèvement de spermatozoïdes
c) Transfert des embryons en vue de leur implantation	c) Transfert des embryons en vue de leur implantation	c) Transfert des embryons en vue de leur implantation
a) Recueil par ponction d'ovocytes [avec tiers donneur d'ovocytes]	d) Recueil par ponctions d'ovocytes en vue d'un don	d) Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don
	e) Mise en oeuvre de l'accueil des embryons	e) Mise en oeuvre de l'accueil des embryons

Tableau de concordance – Liste des activités biologiques d'AMP		
Décret 95-559 du 6 mai 1995 (R. 2141-1)	Décret 2006-1660 du 22 décembre 2006 (R. 2142-1)	Décret 2008-588 du 19 juin 2008 (R. 2142-1)
a) Recueil et traitement du sperme en vue d'une assistance médicale à la procréation <i>[sans recours à tiers donneur, conformément au cinquième alinéa de l'article L. 2142-1]</i>	a) Traitement du sperme en vue d'une insémination artificielle	a) Préparation et conservation du sperme en vue d'insémination artificielle

⁵ Arrêté du 11 avril 2008 relatif aux règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation, publié au JO du 23 mai 2008

⁶ Ordonnance 2008-480 du 22 mai 2008 transposant en matière de dons de gamètes et d'assistance médicale à la procréation la directive 2004/23/CE du Parlement européen et du Conseil du 31 mars 2004, publiée au JO du 23 mai 2008

a) Recueil et traitement du sperme en vue d'une AMP et b) Traitement des ovocytes et c) Fécondation <i>in vitro</i> sans micro-manipulation et e) Conservation des gamètes	b) Activités relatives à la fécondation <i>in vitro</i> sans micro-manipulation, comprenant notamment : - le recueil, le traitement et la conservation du sperme ; - le traitement des ovocytes et la fécondation <i>in vitro</i> sans micromanipulation	b) Activités relatives à la FIV sans ou avec micromanipulation, comprenant notamment : - le recueil, la préparation et la conservation du sperme ; - la préparation des ovocytes et la FIV avec ou sans micromanipulation
a) Recueil et traitement du sperme en vue d'une AMP et b) Traitement des ovocytes et d) Fécondation <i>in vitro</i> avec micro-manipulation et e) Conservation des gamètes	c) Activités relatives à la fécondation <i>in vitro</i> avec micro-manipulation, comprenant notamment : - le recueil, le traitement et la conservation du sperme ; - le traitement des ovocytes et la fécondation <i>in vitro</i> avec micro manipulation	
a) Recueil et traitement du sperme en vue d'une AMP et e) Conservation des gamètes <i>[avec recours à tiers donneur, conformément au cinquième alinéa de l'article L. 2142-1]</i>	d) Recueil, traitement, conservation et cession du sperme en vue d'un don	c) Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don
b) Traitement des ovocytes <i>[avec recours à tiers donneur, conformément au cinquième alinéa de l'article L. 2142-1]</i>	e) Traitement, conservation et cession d'ovocytes en vue d'un don	d) Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don
	f) Conservation à usage autologue de gamètes et tissus germinaux [en application de l'article L. 2141-11]	e) Conservation à usage autologue de gamètes et tissus germinaux [en application de l'article L. 2141-11]
f) Conservation des embryons en vue de leur transfert	g) Conservation des embryons en vue d'un projet parental	f) Conservation des embryons en vue de projet parental
g) Conservation des embryons en vue de leur accueil	h) Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en oeuvre de celui-ci	g) Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en oeuvre de celui-ci

Les intitulés de ces activités de soins sont donc actuellement les suivants :

Activités cliniques d'AMP :

- a) Prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation ;
- b) Prélèvement de spermatozoïdes ;
- c) Transfert des embryons en vue de leur implantation ;
- d) Prélèvement d'ovocytes en vue de leur implantation ;
- e) Mise en œuvre de l'accueil des embryons ;

Activités biologiques d'AMP :

- a) Préparation et conservation du sperme en vue d'insémination artificielle ;
- b) Activités relatives à la FIV sans ou avec micromanipulation, comprenant notamment :
 - le recueil, la préparation et la conservation du sperme ;
 - la préparation des ovocytes et la FIV avec ou sans micromanipulation ;
- c) Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don ;
- d) Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don ;
- e) Conservation à usage autologue de gamètes et tissus germinaux ;
- f) Conservation des embryons en vue d'un projet parental ;
- g) Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci.

Activités cliniques d'AMP

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

<i>Territoires de santé</i>	<i>Implantations actuelles</i>		<i>Implantations cibles</i>
Métropole	Hôpital Jeanne de Flandre	2	2
	Polyclinique du Bois		
Littoral	CH de Calais	2	2
	CMCO de Saint Martin les Boulogne		
Artois	Polyclinique du Parc	1	1
Hainaut	CH de Lens	1	1

Prélèvement de spermatozoïdes

<i>Territoire de santé</i>	<i>Implantation actuelle</i>	<i>Implantation cible</i>
Métropole	Hôpital Huriez	1

Transfert des embryons en vue de leur implantation

<i>Territoires de santé</i>	<i>Implantations actuelles</i>		<i>Implantations cibles</i>
Métropole	Hôpital Jeanne de Flandre	2	2
	Polyclinique du Bois		
Littoral	CH de Calais	2	2
	CMCO de Saint Martin les Boulogne		
Artois	Polyclinique du Parc	1	1
Hainaut	CH de Lens	1	1

Prélèvement d'ovocytes en vue de leur implantation

<i>Territoire de santé</i>	<i>Implantation actuelle</i>	<i>Implantation cible</i>
Métropole	Hôpital Jeanne de Flandre	1

Mise en œuvre de l'accueil des embryons

<i>Territoire de santé</i>	<i>Implantation actuelle</i>	<i>Implantation cible</i>
Métropole	Hôpital Jeanne de Flandre	1

Activités biologique d'AMP

Préparation et conservation du sperme en vue d'insémination artificielle

<i>Territoires de santé</i>	<i>Implantations actuelles</i>		<i>Implantations cibles</i>
Métropole	Hôpital Jeanne de Flandre	3	3
	Laboratoire BIOLIBERTE		
	Laboratoire BIOLILLE		
Littoral	CH de Calais	5	5
	Laboratoire Gaermynck - Andlauer		
	Laboratoire Grecourt - Jailloux		
	Laboratoire Sagot - Chambon		
Artois	Laboratoire Demarquilly et associés	2	2
	Laboratoire Schaffner		
Hainaut	Laboratoire Gadeyne - Lecompte	1	1

Activités relatives à la FIV sans ou avec micromanipulation

<i>Territoires de santé</i>	<i>Implantations actuelles</i>		<i>Implantations cibles</i>
Métropole	Hôpital Jeanne de Flandre	2	2
	Laboratoire BIOLILLE		
Littoral	CH de Calais	2	2
	Laboratoire Grecourt - Jailloux		
Artois	Laboratoire Schaffner	1	1
Hainaut	Laboratoire Gadeyne - Lecompte	1	1

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

<i>Territoire de santé</i>	<i>Implantation actuelle</i>		<i>Implantation cible</i>
Métropole	Hôpital Jeanne de Flandre	1	1

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

<i>Territoire de santé</i>	<i>Implantation actuelle</i>		<i>Implantation cible</i>
Métropole	Hôpital Jeanne de Flandre	1	1

Conservation à usage autologue de gamètes et tissus germinaux

<i>Territoire de santé</i>	<i>Implantation actuelle</i>		<i>Implantation cible</i>
Métropole	Hôpital Jeanne de Flandre et CECOS à l'Hôpital Calmette	1 ?	1 ?

Conservation des embryons en vue d'un projet parental

<i>Territoires de santé</i>	<i>Implantations actuelles</i>		<i>Implantations cibles</i>
Métropole	Hôpital Jeanne de Flandre	2	2
	Laboratoire BIOLILLE		
Littoral	CH de Calais	2	2
	Laboratoire Grecourt - Jailloux		
Artois	Laboratoire Schaffner	1	1
Hainaut	Laboratoire Gadeyne - Lecompte	1	1

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

<i>Territoire de santé</i>	<i>Implantation actuelle</i>		<i>Implantation cible</i>
Métropole	Hôpital Jeanne de Flandre	1	1

DIAGNOSTIC PRENATAL
(Article R. 2131-1 du code de la santé publique)

Le diagnostic prénatal (DPN) concerne une série d'explorations pratiquées pendant la grossesse (imagerie, analyses biologiques, tests cytogénétiques et biochimiques) qui ont pour but de détecter chez l'embryon ou le fœtus une affection d'une particulière gravité.

Le tableau ci-dessous reprend les intitulés des activités de diagnostic prénatal modifiés suite au décret de décembre 2006 :

Tableau de concordance – Liste des activités de DPN	
Décret 95-560 du 6 mai 1995 (R. 2131-1)	Décret 2006-1661 du 22 décembre 2006 (R. 2131-1)
1° Les analyses de cytogénétique, incluant la cytogénétique moléculaire sur cellules embryonnaires ou fœtales, y compris celles circulant dans le sang maternel	1° Les analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire
2° Les analyses de génétique moléculaire en vue du diagnostic de maladies génétiques	2° Les analyses de génétique moléculaire
3° Les analyses de biologie embryonnaire et fœtale, y compris celles de biologie moléculaire, en vue du diagnostic de maladies infectieuses	3° Les analyses en vue du diagnostic de maladies infectieuses, y compris les analyses de biologie moléculaire
4° Les analyses de biochimie (embryon et fœtus)	6° Les analyses de biochimie, y compris les analyses portant sur les marqueurs sériques maternels
5° Les analyses d'hématologie (embryon et fœtus)	4° Les analyses d'hématologie, y compris les analyses de biologie moléculaire
6° Les analyses d'immunologie (embryon et fœtus)	5° Les analyses d'immunologie, y compris les analyses de biologie moléculaire
7° Les analyses de biochimie portant sur les marqueurs sériques d'origine embryonnaire ou fœtale dans le sang maternel.	6° Les analyses de biochimie, y compris les analyses portant sur les marqueurs sériques maternels

Les établissements de santé et les laboratoires d'analyses de biologie médicale pratiquant les analyses de biochimie sur le fœtus (4° de l'article R. 2131-1 ancien du CSP) voient leur autorisation convertie dans le cadre de la nouvelle définition intitulée « analyses de biochimie, y compris sur les marqueurs sériques maternels » (6° de l'article R. 2131-1 nouveau CSP).

Néanmoins, si ces établissements de santé et ces laboratoires souhaitent réaliser les analyses portant sur les marqueurs sériques maternels d'origine embryonnaire ou fœtale (7° de l'article R. 2131-1 ancien CSP), ils doivent déposer une demande de nouvelle autorisation.

Les intitulés à retenir pour l'activité de soins de diagnostic prénatal sont actuellement les suivants :

- 1° les analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire ;
- 2° les analyses de génétique moléculaire ;
- 3° les analyses en vue du diagnostic de maladies infectieuses, y compris les analyses de biologie moléculaire ;
- 4° les analyses d'hématologie, y compris les analyses de biologie moléculaire ;
- 5° les analyses d'immunologie, y compris les analyses de biologie moléculaire ;
- 6° les analyses de biochimie, y compris les analyses portant sur les marqueurs sériques maternels.

- **OQOS**

-

Pour ces différentes activités, les implantations actuelles et les implantations cibles à retenir pour la Région Nord Pas-de-Calais du SROS III étaient les suivantes :

Analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire

<i>Territoire de santé</i>	<i>Implantations actuelles</i>		<i>Implantations cibles</i>
Métropole	Hôpital Jeanne de Flandre	3	3
	Laboratoire de biologie de l'hôpital Saint Vincent		
	Laboratoire BIOLILLE		

Analyses de génétique moléculaire

<i>Territoire de santé</i>	<i>Implantation actuelle</i>		<i>Implantation cible</i>
Métropole	Hôpital Jeanne de Flandre	1	1

Analyses en vue du diagnostic de maladies infectieuses

<i>Territoire de santé</i>	<i>Implantation actuelle</i>		<i>Implantation cible</i>
Métropole	Centre de Biologie-Pathologie (CHRU Lille)	1	1

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

Analyses d'immunologie

<i>Territoire de santé</i>	<i>Implantation actuelle</i>		<i>Implantation cible</i>
Métropole	Etablissement Français du Sang du Nord	1	1

Analyses de biochimie

<i>Territoires de santé</i>	<i>Implantations actuelles</i>		<i>Implantations cibles</i>
Métropole	Centre de Biologie-Pathologie (CHRU Lille)	4	4
	Laboratoire BIOLILLE		
	Laboratoire BIOLIBERTE		
	Laboratoire Duchateau - Odaert		
Littoral	Laboratoire Gaermynck - Andlauer	1	1
Artois	CH d'Arras	1	1

Bilan du SROS III

1. PRESENTATION

Référents	VERITE
Thématique (préciser si la thématique a ou doit faire l'objet d'un volet obligatoire)	Périnatalité-AMP-DPN IVG Petite enfance
Date d'approbation du SROS	

2. ETAT DES LIEUX

Rappeler les objectifs du SROSIII	<p>Objectif 1: Garantir un accès à l'interruption volontaire de la grossesse sur l'ensemble de la région</p> <ul style="list-style-type: none"> • Au moins un établissement agréé pour l'IVG par territoire de proximité, • Un fonctionnement permanent avec plusieurs plages horaires de consultations hebdomadaires réparties sur toute la semaine, • Une organisation de l'activité IVG par bassin de vie pour permettre l'accès à l'IVG pendant la période estivale sans interruption. <p>Moyens à mettre en œuvre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Création d'une unité fonctionnelle pour les établissements dépassant le seuil des 400 actes par an, • Création d'un service à part entière pour ceux dépassant les 1000 IVG annuelles, • Mise en place de conventions d'organisation inter-établissements pendant la période estivale. <p>Individualisation claire des budgets de fonctionnement des services ou unités fonctionnelles par une comptabilité analytique pour quantifier précisément les moyens humains, matériels et financiers dédiés en propre à cette activité et de garantir la pérennité.</p> <p>Objectif 2: Garantir au sein de chaque structure un accès aux différentes techniques d'IVG</p> <ul style="list-style-type: none"> • IVG instrumentale jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée, • Possibilité de réalisation d'anesthésie générale dans les grosses structures, avec une organisation par bassin de vie dans les établissements à faible activité, • Favoriser la création de centres référents pour la réalisation des IVG médicamenteuses en ville : réseau médecine de ville/hôpital. <p>Moyens à mettre en œuvre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plateau technique approprié à la réalisation des IVG jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée, • Mise à disposition d'un échographe avec sonde endovaginale dans toutes les structures, • Information des médecins de ville à propos de la pratique des IVG médicamenteuses hors établissement de santé <p>Objectif 3: Garantir un accueil dans les meilleurs délais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accès à l'IVG doit être 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. <p>Moyens à mettre en œuvre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ligne téléphonique dédiée à l'activité d'orthogénie, • Plages horaires d'ouverture suffisantes, réparties dans la semaine, • Formation spécifique du personnel paramédical (secrétaires, infirmières...), • Signalétique claire et précise au sein des établissements. <p>Objectif 4: Garantir un accompagnement des patientes</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Moyens à mettre en œuvre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quantifier le temps nécessaire à cette activité, • Permanence suffisante des professionnels de l'écoute et d'accompagnement dans les établissements pratiquant les IVG: conseillères conjugales, psychologues, assistantes sociales, • Adaptation des locaux permettant la présence d'un accompagnant lors de l'hospitalisation. <p>Objectif 5: Améliorer la formation médicale Formation des médecins aux techniques et à l'accompagnement pendant la formation initiale (internes) et en formation continue (DU).</p> <p>Objectif 6: Intégrer dans la réflexion "périnatalité" du bassin de vie, la contraception, notamment dans le post-partum, et de l'interruption volontaire de grossesse</p>
Mise en œuvre des objectifs du SROS	

<p>Constat général</p>	<p>Objectif 1: Garantir un accès à l'interruption volontaire de la grossesse sur l'ensemble de la région</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'ensemble des zones de proximité disposent d'un établissement agréé pour l'activité d'IVG. Toutefois le sud de l'Avesnois (Fourmies) n'est pas couvert, ne permettant ainsi pas un recours de proximité. • L'activité d'IVG est intégrée dans le service de gynécologie obstétrique et/ou du pôle « Mère/enfants » dans la quasi totalité des établissements. Seuls 2 établissements n'ont pas structuré l'activité d'IVG en unité fonctionnelle ou en service autonome. L'individualisation du budget de fonctionnement de l'activité d'IVG n'est pas systématique et soulève la question de la mutualisation des moyens en cas d'absence de personnel. • L'activité d'IVG est d'autant plus reconnue dans l'activité médicale de l'établissement que le chef de service ou de pôle y est impliqué. L'implication de la direction contribue également à reconnaître cette activité au sein de l'établissement. • La coordination territoriale manque de structuration. Lorsqu'une coordination s'établit entre établissements, elle s'organise dans le cadre d'un travail partenarial mais non dans la mise en place de conventions d'organisation. En 2009, un quart des centres d'orthogénie ont arrêté l'activité d'IVG entre 4 jours et un mois pendant la période estivale. 3 structures sur 5 avaient organisées une suppléance. • La continuité de la prise en charge médicale est assurée au sein des établissements lorsque plusieurs médecins participent à l'activité d'IVG, qu'ils soient spécifiquement affectés à l'activité d'IVG ou qu'ils soient affectés au service de gynécologie obstétrique avec une participation à l'activité IVG formalisée. La continuité de la prise en charge doit être soutenue et structurée lorsqu'elle repose sur une équipe réduite, voire sur l'implication d'un seul médecin, remettant alors en cause la réponse aux besoins pendant les absences du médecin responsable de l'activité d'IVG. • Un fonctionnement permanent avec plusieurs plages horaires de consultations hebdomadaires réparties sur toute la semaine, <p>Objectif 2: Garantir au sein de chaque structure un accès aux différentes techniques d'IVG</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans la région, les IVG se répartissent pour la moitié en IVG médicamenteuses et pour l'autre moitié en IVG instrumentales. Dans 5 structures, le pourcentage des IVG médicamenteuses dépassent les 2/3 tiers des IVG réalisées, pouvant atteindre jusqu'à 84% de l'activité. Pour 4 structures la méthode instrumentale est utilisée dans plus de 70% des cas, pouvant atteindre 100% de l'activité. <p>La disparité des pourcentages relatifs aux méthodes utilisées soulève la question de la prise en compte du choix des femmes. Cette observation est confirmée par l'analyse de l'enquête IVG de 2007 ainsi que celle des bulletins d'IVG du mois d'avril 2007.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'IVG instrumentale jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée est assurée sur l'ensemble des territoires, le plus souvent sous anesthésie générale. • Favoriser la création de centres référents pour la réalisation des IVG médicamenteuses en ville : réseau médecine de ville/hôpital. Le nombre de conventions signées entre établissements de santé et médecins de ville est en progression lente. • Plateau technique approprié à la réalisation des IVG jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée, • Les salles de consultations sont équipées du matériel nécessaire à l'entretien, la consultation médicale et l'examen clinique gynécologique des femmes. 19 structures disposent d'un échographe avec sonde endovaginale (même si celui ci est souvent du matériel ancien), suffisant pour réaliser une échographie de datation et vérifier une grossesse intra utérine. Un seul établissement ne dispose pas d'échographe dans les bureaux de consultations médicales (Lille). • Dans un établissement, les locaux ne respectent pas la confidentialité, la salle d'attente et le secrétariat étant communs (Boulogne). <p>Objectif 3: Garantir un accueil dans les meilleurs délais</p> <ul style="list-style-type: none"> • 8 structures sur 20 disposent d'un secrétariat propre, permettant d'apporter des réponses en matière d'informations et d'orientation. • Parmi les 12 autres structures, 8 peuvent apporter des réponses adaptées aux demandes des femmes mais pour 4 structures le secrétariat n'est pas en mesure d'apporter de réponses adaptées. • 17 structures/20 disposent d'une ligne téléphonique directe, dont 11 sont équipées d'une ligne téléphonique spécifique à la pratique des IVG répondant aux recommandations HAS. Cependant, l'accessibilité téléphonique n'est pas garantie dans 3 structures (Béthune, Lille et Calais). 3 problèmes peuvent être signalés : <ul style="list-style-type: none"> ○ Le secrétariat reçoit sur une seule ligne un grand nombre d'appels téléphoniques dont beaucoup ne sont pas satisfaits ; ○ En cas de double appel, le téléphone sonne dans le vide. Les personnes ne sont pas informées que la ligne est occupée et le répondeur ne se déclenche pas ; ○ Si la ligne est occupée, l'appel bascule sur le standard avec une mise en attente longue.
------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> • 3 structures/20 (Montreuil, Polyclinique du Val de Sambre, Lille) ne disposent pas de ligne téléphonique directe • 7 structures/20 n'ont pas de répondeur délivrant un message informatique. • Le fléchage du centre d'orthogénie est : <ul style="list-style-type: none"> ○ satisfaisant à l'entrée et à l'intérieur des structures sur les territoires de la Métropole et du Hainaut (sauf à la Polyclinique du Val de Sambre); ○ partiel sur le territoire de l'Artois pour 2 structures (Béthune et Arras) ○ absent dans les 5 structures du Littoral. • 8 structures disposent d'une salle ou d'une zone d'attente individualisée. Pour les autres elles sont communes soit avec l'activité de gynécologie, soit avec l'activité de gynécologie obstétrique. • Le personnel paramédical participant à l'activité d'IVG a bénéficié de formations spécifiques à l'IVG dans 16 structures. Il s'agit d'une formation régionale intitulée « De la loi à la pratique » dispensée par le CIRM. • La moitié des établissements répondent aux recommandations HAS, proposant un rendez vous de consultation dans les 5 jours suivant l'appel. Le délai de réflexion d'une semaine n'est pas respecté dans la totalité des structures. L'écart du délai de prise en charge varie de 1 jour à 3 semaines. <p>En conclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la signalétique reste insuffisante dans 8 structures/20. - le secrétariat non individualisé dans 12 structures/20 - un défaut d'accessibilité téléphonique - une insuffisance d'équipement de locaux (échographe en consultation, WC en hospitalisation) <p>Objectif 4: Garantir un accompagnement des patientes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sur les territoires de l'Artois et de la Métropole, il existe un problème d'accessibilité à l'IVG instrumentale sous anesthésie générale. D'une façon générale, le choix des femmes concernant l'anesthésie se fait par défaut dans 10 structures. • Le soutien et l'accompagnement psychologique des femmes bénéficiant d'une IVG n'est pas suffisamment organisé dans 9 structures ; • L'éclatement des lieux d'hospitalisation dans 10 établissements entraînant un accueil des patientes par des équipes et sur des lieux différents • Enfin, le nombre de lits dédiés est insuffisant dans 2 établissements <p>Objectif 5: Améliorer la formation médicale Formation des médecins aux techniques et à l'accompagnement pendant la formation initiale (internes) et en formation continue (DU).</p> <p>Objectif 6: Intégrer dans la réflexion "périnatalité" du bassin de vie, la contraception, notamment dans le post-partum, et de l'interruption volontaire de grossesse</p>
	<p>OQOS exclusivement</p> <p>-</p>
<p>Indiquer les données d'évaluation si disponibles ou préciser les études à mener pour produire des données d'évaluation</p>	<p><u>Etudes disponibles:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Enquête IVG 2007 • Bilan des inspections réalisées entre 2007 et 2010 <p><u>A réaliser :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - analyse du PMSI 2009 et 2010 pour suivre les indicateurs d'activité des établissements analysés en 2006/2007/2008
<p>Indiquer les éléments nouveaux intervenus depuis le SROS III (évolution réglementaire,</p>	<p>Liste non exhaustive :</p> <p>1. Lois :</p> <p><u>Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007</u> de financement de la sécurité sociale pour 2008 (1), art.71</p> <p><u>Loi n°2007-1787 du 20 décembre 2007</u> relative à la simplification du droit , art.8</p> <p><u>Loi n°2009-879 du 21 juillet (loi HPST)</u> art 86...</p> <p><u>Loi n° 2009-526 du 12 mai 2009</u> de simplification et de clarification du droit et d'allègement des procédures (1) art.125</p>

<p>plan ou programme national, démographie, CPOM, rapports nationaux à prendre en compte...)</p>	<p><u>2. Ordonnances :</u></p> <p><u>Ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010</u> de coordination avec la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ,</p> <ul style="list-style-type: none"> ● art 1 (Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours. Ils assurent des activités de soins sans hébergement et mènent des actions de santé publique ainsi que des actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients et des actions sociales et pratiquent la délégation du paiement du tiers mentionné à l'article L. 322-1 du code de la sécurité sociale. Ils peuvent pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse dans le cadre d'une convention conclue selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2 et dans les conditions prévues aux articles L. 2212-1 à L. 2212-10 du présent code.) , ● art 7. (Le médecin sollicité par une femme en vue de l'interruption de sa grossesse doit, dès la première visite, informer celle-ci des méthodes médicales et chirurgicales d'interruption de grossesse et des risques et des effets secondaires potentiels. Il doit lui remettre un dossier-guide, mis à jour au moins une fois par an, comportant notamment le rappel des dispositions des articles L. 2212-1 et L. 2212-2, la liste et les adresses des organismes mentionnés à l'article L. 2212-4 et des établissements où sont effectuées des interruptions volontaires de la grossesse.) <p><u>3. Décrets :</u></p> <p><u>Décret n° 2009-516 du 6 mai 2009</u> relatif aux interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse <u>Décret n° 2010-344 du 31 mars 2010</u> tirant les conséquences, au niveau réglementaire, de l'intervention de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, art.75, art.153</p> <p><u>4. Arrêtés :</u></p> <p><u>5. Circulaires</u> <u>CIRCULAIRE N°DHOS/DGS/O2/6C/2005/300 du 4 juillet 2005</u> relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité <u>CIRCULAIRE N°DHOS/O1/O3/CNAMTS/2006/151 du 30 mars 2006</u> relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité</p> <p><u>6. Rapports ou recommandations :</u></p> <p><u>IGAS : rapport 2009</u> « Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesses suite à la loi du 4 juillet 2001 » <u>DRESS :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Etudes et statistiques, N° 659 • sept. 2008, les interruptions volontaires de grossesse en 2006 ● Etudes et statistiques, N° 712 déc. 2009, les établissements et les professionnels réalisant des IVG ● Etudes et statistiques, N° 713 déc. 2009, les interruptions volontaires de grossesse en 2007
<p>Indiquer les événements marquants à venir</p>	

Bilan quantitatif

Les objectifs cibles en termes d'implantations sont atteints sur l'ensemble des territoires.

Bilan du SROS III

1. PRESENTATION

Référents	Philippe DALINVAL
Thématique (préciser si la thématique a ou doit faire l'objet d'un volet obligatoire)	Soins de suite et de réadaptation (SSR) Volet obligatoire
Date d'approbation du SROS	Révision du volet le 22 octobre 2009

2. ETAT DES LIEUX

Bilan qualitatif

Rappeler les objectifs du SROSIII	<p>Rappel des orientations stratégiques du SROS III arrêté en mars 2006:</p> <p>En rééducation et réadaptation fonctionnelles :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 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. <p>En RRF cardiaque :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 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. <p>En soins de suite :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 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
-----------------------------------	---

	<p>référents par zone de proximité et pour l'insuffisance rénale chronique, au moins un service référent au niveau régional.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 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. <p>Les nouvelles orientations retenues lors de la révision du volet en octobre 2009, tiennent compte des décrets relatifs à l'activité de SSR, publiés le 17 avril 2008. Elles sont classées en cinq catégories :</p> <p>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 réglementées⁷.</p> <p>(voir détail pages 16 à 19 du volet révisé)</p>
<p>Mise en œuvre des objectifs du SROS</p> <ul style="list-style-type: none"> · Constat général · Positionnement au regard des objectifs retenus dans les 3 axes du PSRS · Positionnement au regard des missions de service public 	<p>Toutes les actions définies dans les orientations sont en cours de mise en œuvre.</p> <p>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.</p> <p>Actions d'éducation et de prévention pour la santé (cf. décret 2008-377 du 17 avril 2008, art. R. 6123-119 du CSP : « <i>l'autorisation de SSR ne peut être accordée ... que si l'établissement est en mesure d'assurer ... des actions de prévention et l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage</i> ») .</p>
<p>Rappeler les indicateurs d'évaluation, si prévus au SROS III</p>	<p>1. <i>Indicateurs de l'offre de soins de suite et de réadaptation :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 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

⁷ Cf. circulaire n°DHOS/O1/2008/305 du 3 octobre 2008, page 2, dernier paragraphe.

	<p>répartition par mention (SSR non spécialisés et SSR spécialisés).</p> <p>2. <i>Indicateurs de la filière « soins hospitaliers de courte durée/soins de suite et de réadaptation » :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>3. <i>Indicateurs de production et de consommation de soins de suite et de réadaptation :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 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).
<p>Indiquer les données d'évaluation si disponibles ou préciser les études à mener pour produire des données d'évaluation</p>	<p>Nécessité de relancer et de pérenniser le groupe régional « système d'information SSR »</p>
<p>Indiquer les éléments nouveaux intervenus depuis le SROS III (évolution réglementaire, plan ou programme national, démographie, CPOM, rapports nationaux à prendre en compte...)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Parution des décrets n° 2008-376 et 2008-377 du 17 avril 2008, publiés au journal officiel du 20 avril 2008, qui définissent les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation (SSR). ● Afin d'adapter le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) à ces nouvelles dispositions réglementaires, l'article 4 du décret n° 2008-377 précise que les dispositions du SROS relatives à

	<p>l'activité de SSR devaient être révisées dans un délai de dix-huit mois à compter de la date de publication de ce décret. La circulaire du 3 octobre 2008, précisait que l'ARH réviserait les dispositions du SROS en vigueur dans un délai de 18 mois à compter du 22 avril 2008, soit au plus tard avant le 22 octobre 2009.</p> <ul style="list-style-type: none"> Impact du Plan Alzheimer 2008-2012 et du Plan AVC 2010-2014.
Indiquer les événements marquants à venir (visites de conformité, ouverture d'une fenêtre de reconnaissance, programme d'inspection, visites de labellisation, appels à projets ou à candidature...)	<p>Visites de conformité de toutes les structures de la région dans les deux ans de la notification de l'autorisation d'août 2010.</p> <p>Mise en place progressive de la tarification à l'activité en SSR d'ici 2012-2013.</p> <p>Demandes d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique</p> <p>Mise en place d'un programme régional de gestion du risque (GDR)</p>

Bilan quantitatif

Objectifs en termes d'implantations

	OQOS retenus dans le SROS III	Actualisation existante au 1/1/2011
Artois	25 à 26	26
Hainaut	23	23
Littoral	17	17
Métropole	31 à 32	32

Objectifs quantifiés de l'offre de soins de suite en hospitalisation complète (journées) :

Bassin de vie	Production 2007	OQOS minimum 2011	OQOS maximum 2011 contractualisés	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) :

Bassin de vie	Production 2007	OQOS minimum 2011	OQOS maximum 2011 contractualisés	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

Bilan du SROS III

1. PRESENTATION

Référents médicaux	F. VANHEE, G. DELERUE, D. BLONDEAU
Thématique (préciser si la thématique a ou doit faire l'objet d'un volet obligatoire)	Santé mentale
Date d'approbation du SROS	31/03/2006 + avenants n° 4 et 5 en date des 06/11/2008 et 03/04/2009

2. ETAT DES LIEUX

Bilan qualitatif

Rappeler les objectifs du SROSIII	<ul style="list-style-type: none"> - Développer la formation et la recherche (poursuivre l'effort pour améliorer la démographie médicale et para-médicale, 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)
Mise en œuvre des objectifs du SROS · Constat général Objectifs atteints en grande majorité.	Dynamisation de la fédération de recherche en santé mentale Amélioration de l'offre de soins : Priorisation sur la psychiatrie infanto-juvénile , toujours très fragile : <ul style="list-style-type: none"> - Création CMP- CATTP- HJ à ST Amand - Relocalisation CMP- CATTP à Maubeuge suite à la tornade - HC des adolescents à ARRAS (mais départ pédopsy) - Centre d'Accueil et de Crise 5 places à Camiers - Renforcement CMP-CATTP-HJ à Camiers - Renforcement du Centre de Ressources pour Autisme Psychiatrie générale <ul style="list-style-type: none"> - Création SAAS (30lits) Camiers - Création d'un CATTP- HJ à Cambrai - Création d'un CMP- CATTP à Ferrières la Grande (Maubeuge) - Renforcement du CMP- CATTP de Jeumont - Création d'un centre d'accueil et de crise à Valenciennes - Création d'une équipe mobile psychiatrie précarité à Douai - Création d'une équipe mobile de psycho gériatrie à Lille - Equipe mobile prise en charge des suicidants à Roubaix - Renforcement de psychologue en mission locale à Boulogne Restructuration de la psychiatrie lilloise (encore en cours) <ul style="list-style-type: none"> - Centre d'accueil et de crise site de St Vincent - Ouverture de la clinique de Wasquehal

	<ul style="list-style-type: none"> - Reconstruction en cours de 4 secteurs lillois (et de toxicomanie) du site de Lommelet - Relocalisation du secteur de Pont à Marcq à Seclin - Délocalisation de 4 secteurs actuellement à Armentières à Capinghem - Relocalisation du secteur de Mons-Hellemmes au CHRU - Création d'un centre éducatif et de soins pour adolescents sur la métropole lilloise (Expérimentation conjointe ARS - Conseil Général du Nord - PJJ du Nord) <p>Bilan PRISM</p> <p>Rappel des objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rattrapage du retard en pédo-psychiatrie • Adaptation de l'hospitalisation complète • Renforcement de l'ambulatoire et des alternatives à l'hosp. Complète • Amélioration de la réponse à la crise et à l'urgence <ul style="list-style-type: none"> - 22 opérations inscrites au plan réparties sur 20 ES - Montant total du plan : 105 ME - Taux de subventionnement moyen : 48% <p>Programme régional investissement en santé mentale</p> <ul style="list-style-type: none"> - A ce jour 11 opérations contractualisées pour 50 ME - 3 opérations en cours: Boulogne, Le Ryonval, Maubeuge - 8 opérations livrées ou en voie d'achèvement <ul style="list-style-type: none"> - EPSM Camiers: CMP/ CATT/ HJ à Auchy les Hesdin - CH Dunkerque - EPSM Flandres: accueil adolescents - CH Valenciennes: CMP/ CATT/ HJ à St Amand les eaux - CHRU: CMP Haubourdin - EPSM Camiers: SAAS à Camiers - CH Valenciennes: CATT à Valenciennes - CH Douai: regroupement CMP/ CATT secteurs nord et sud - CI Escrebieux – CH Douai: HJ à Douai - CH Lens: reconstruction de l'hospit. complète - 7 opérations en cours de contractualisation démarrage prévu en 2010 <ul style="list-style-type: none"> - CH Arras: prise en charge des adolescents - CH Henin Beaumont: CMP/ CATT/ HJ en pédo psy - CH Calais: restructuration offre ambulatoire - CH Fourmies: reconstruction hospitalisation complète - CH Henin Beaumont: reconstruction hospitalisation complète - CH Cambrai: regroupement CMP/ CATT adulte - EPSM St André: centre d'accueil et de crise à St Vincent <p>Opérations à finaliser en 2011</p> <ul style="list-style-type: none"> - délocalisation du secteur de Grande Synthe sur le site de Capelle la Grande - EPSM de St Venant - Seclin - Recomposition de l'offre de la métropole lilloise <p>Conclusion : 2010 était la dernière année du PRISM; la majorité des opérations étaient bien engagées, mais le coût supérieur aux estimations de 2006, et le montant des subventions prévues non modifiées nécessitent un effort particulier</p> <p>-</p>
<p>Rappeler les indicateurs d'évaluation, si prévus au SROS III</p>	<p>OQOS :</p> <p>Nombre d'implantations par territoire de santé des équipements et services assurant une activité en psychiatrie</p> <p>Volume d'activité de soins par territoire de santé</p> <p>RA des équipements et services assurant une activité en psychiatrie :</p> <p>ETP médecins et non médecins rapportés à 10⁵ hab par territoire de santé</p>

Indiquer les données d'évaluation si disponibles	Enquêtes régionales auprès des établissements de 2005 à 2007 Enquêtes « inadéquats » de 2008 et 2009 Enquête DREES 2009, dont les résultats ne sont pas encore disponibles
Indiquer les éléments nouveaux intervenus depuis le SROS III	Démographie Changement dans la politique de l'Aide Sociale à l'enfance Plan santé mentale en révision (paraîtrait au second semestre 2011)
Indiquer les évènements marquants à venir	Ouverture prévue en mars 2011 du centre d'accueil et de crise de St Vincent (GHICL en coopération avec l'EPSMAL)

Bilan quantitatif

Objectifs en termes d'implantations et/ou d'activités et/ou d'équipements et/ou autres

Psychiatrie générale

HC en Psy Génér	OQOS implantations SROS III 2006	Valeur cible au 1/1/2011
Artois	12	14
Hainaut	7	9
Littoral	10	11
Métropole	14	16

HC en Psy Génér	OQOS journées SROS III 2006	Valeur cible au 1/1/2011
Artois	290 283	353 685
Hainaut	152 386	192 397
Littoral	166 480	184 234
Métropole	304 848	370 274

Lits dans la SAE avec TO 85% + journées générées par les OS des CPOM et autorisations données

HJ en Psy Génér	OQOS implantations SROS III 2006	Valeur cible au 1/1/2011
Artois	12	18
Hainaut	8	12
Littoral	7	11
Métropole	14	21

HJ en Psy Génér	OQOS places SROS III 2006	Valeur cible au 1/1/2011
Artois	265	352
Hainaut	161	234
Littoral	177	252
Métropole	395	411

Objectif = 32,4 à 40 places pour 10⁵ hab > 16 ans pour des structures de 20 places en moyenne

HN en Psy Génér	OQOS implantations SROS III 2006	Valeur cible au 1/1/2011
Artois	5	5
Hainaut	1	5
Littoral	2	5
Métropole	3	9

HN en Psy Génér	OQOS places SROS III 2006	Valeur cible au 1/1/2011
Artois	31	31
Hainaut	7	21
Littoral	20	22
Métropole	25	36

Objectif = 3,5 places pour 10⁵ hab > 16 ans, soit 4 à 5 pl par structure

AFT Psy Génér	OQOS implantations SROS III 2006	Valeur cible au 1/1/2011
Artois	5	7
Hainaut	4	6

Littoral	2	3
Métropole	2	4

AT en Psy Génér	OQOS implantations SROS III 2006	Valeur cible au 1/1/2011
Artois	9	18
Hainaut	4	13
Littoral	4	11
Métropole	9	20

CAC en Psy Gén	OQOS implantations SROS III 2006	Valeur cible au 1/1/2011
Artois	0	2
Hainaut	0	2
Littoral	0	2
Métropole	1	3

En établissement siège d'urgences dont volume > 30 000 passages/an

P-Cure en Psy Gé	OQOS implantations SROS III 2006	Valeur cible au 1/1/2011
Artois	3	3
Hainaut	0	2
Littoral	1	2
Métropole	1	3

Minimum 2 par territoire de santé

Psychiatrie infanto-juvénile

HC en PIJ	OQOS implantations SROS III 2006	Valeur cible au 1/1/2011
Artois	3	5
Hainaut	1	4
Littoral	1	5
Métropole	3	5

HC en PIJ	OQOS journées SROS III 2006	Valeur cible au 1/1/2011
Artois	11 843	19 053
Hainaut	1441	11 315
Littoral	2451	10 147
Métropole	3186	14 965

Lits dans la SAE avec TO 60% + journées générées par les OS des CPOM et autorisations données + dyades mères enfants et adolescents

HJ en PIJ	OQOS implantations SROS III 2006	Valeur cible au 1/1/2011
Artois	2	12
Hainaut	4	10
Littoral	5	12
Métropole	7	17

HJ en PIJ	OQOS places SROS III 2006	Valeur cible au 1/1/2011
Artois	106	240
Hainaut	76	163
Littoral	69	176
Métropole	168	314

Objectif = 66,6 places pour 10⁵ hab de 0 à 20 ans pour des structures de 15 à 20 places

HN en PIJ	OQOS implantations SROS III 2006	Valeur cible au 1/1/2011
-----------	----------------------------------	--------------------------

Artois	3	2
Hainaut	1	2
Littoral	2	1
Métropole	0	3

HN en PIJ	OQOS places SROS III 2006	Valeur cible au 1/1/2011
Artois	3	3
Hainaut	1	2
Littoral	2	2
Métropole	0	4

Objectif = 0,8 places pour 10⁵ hab de 0 à 20 ans pour des structures de 1 à 2 places

AFT PIJ	OQOS implantations SROS III 2006	Valeur cible au 1/1/2011
Artois	1	4
Hainaut	2	4
Littoral	2	3
Métropole	1	4

Objectif = avoir au moins 1 service par établissement gérant un ou plusieurs secteurs de PIJ

CAC en PIJ	OQOS implantations SROS III 2006	Valeur cible au 1/1/2011
Artois	0	1
Hainaut	1	1
Littoral	0	1
Métropole	1	2

Minimum 1 par territoire de santé, et 2 sur Métropole

Bilan du SROS III

1. PRESENTATION

Référents	DEFEBVRE MM
Thématique (préciser si la thématique a ou doit faire l'objet d'un volet obligatoire)	Vieillesse : thématique transversale obligatoire USLD : volet obligatoire Alzheimer : plan national
Date d'approbation du SROS	Volet gériatrique inclus dans le SROS III

2. ETAT DES LIEUX

Bilan qualitatif

objectifs du SROSIII :

1/ Gériatrie en court séjour :

- Contrainte : le SROS se basait sur la circulaire gériatrique de mars 2002, alors que celle de 2007 a beaucoup plus organisé et défini la filière avec des cahiers des charges pour les court séjour gériatriques (CSG), les hôpitaux de jour et consultations multidisciplinaires, les équipes mobiles de gériatrie (EMG), la filière elle-même.

Les implantations du SROS III mêlaient CSG et UMPG vu le peu de développement en 2006, il sera nécessaire de revoir ces entités.

- Les EMG ont été créés grâce aux financements MIGAC du plan urgences 2004-2008 dont la vision de l'organisation en filière était insuffisante.

- Des références ANAP sur le parcours de santé des personnes âgées sont attendues mi 2011, suite à une enquête dont l'objectif est d'avoir une approche territoriale centrée sur une analyse des besoins au travers de trois axes :

- **Axe relatif à la planification de l'offre de santé** (établissements de santé, médico-sociaux, services, soins de ville, acteurs de l'orientation et de la coordination tels que réseaux, CLIC, MAIA)
- **Axe relatif à la coordination des acteurs précités**
- **Axe relatif à l'utilisation de l'offre** (pour un recours adapté aux différents offreurs)

2/ SSR « affections des personnes âgées poly pathologiques dépendantes ou à risque de dépendance » :

Il n'y avait pas d'unité spécialisée dans le SROS III. Le plan solidarité grand âge a permis le renforcement des équipes gériatriques des SSR jusqu'à ce jour.

Une première vague de reconnaissances d'unités spécialisées a eu lieu en 2010, suite à l'adoption du volet SSR du SROS III (décrets de 2008). D'autres reconnaissances auront lieu courant 2011.

Un cahier des charges sur l'hôpital de jour gériatrique devrait être publié pour fin 2011.

3/ USLD :

le SROS III prévoyait un travail complémentaire car la réforme était annoncée mais non connue. Dans la région la requalification s'est terminée en 2010.

Un décret fixant les nouvelles missions des USLD requalifiées est attendu mi 2012.

4/ Maladie d'Alzheimer :

La circulaire de 2005 qui organisait les consultations mémoire n'a pas été prise en compte dans le SROS III. Seul le site du CHU comme CM2R avait été repris (labellisé pour les malades jeunes par le ministère en 2009). Cependant les financements MIGAC du plan Alzheimer 2003-2007, puis du 3^{ème} plan auront permis l'augmentation des lieux de consultations et le renforcement des équipes.

Une nouvelle circulaire sur les consultations mémoire est attendue pour 2012.

La plan Alzheimer 2008-2012 fixe de nouvelles structures à identifier dans les établissements de santé : les unités cognitivo-comportementales (UCC) en SSR et des unités d'hébergement renforcées (UHR) en USLD. Le plan Alzheimer doit intégrer le PRS et ses déclinaisons dans les schémas.

Mise en œuvre des objectifs du SROS

Gériatrie : les objectifs du SROS III largement dépassés en terme d'organisation et reconnaissance de filières dès 2009

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, tous ou partie. Mais ce sont la plupart des établissements sites d'urgences qui 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. Or, 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.

1) Les court séjour gériatriques :

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. Il pourra donc être évalué au terme des CPOM régionaux.

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 augmentent 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.

2) Les alternatives à l'hospitalisation : consultations multidisciplinaires, HAD, hôpitaux de jour, réseaux de santé

Une étude de la DREES⁸ 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 complètement financées (les interventions des paramédicaux ne sont pas valorisées financièrement en T2A),
- 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 DRSM⁹ en 2008 montre que ce ne sont pas les personnes âgées qui y sont

⁸ 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

⁹ Evaluation médicale des structures d'HAD, région Nord Pas de calais, DRSM, juin 2008

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 dû 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.

- Les réseaux de santé couvrent moins de la moitié des territoires de la région et leur développement est actuellement stoppé faute de financements spécifiques.

3) les SSR « affections des personnes âgées poly pathologiques dépendantes ou à risque de dépendance » : Les liens nécessaires entre CSG et SSR à conforter

Si le taux d'admission en CSG, comme il vient d'être vu, 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'hospitalisation¹⁰ 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.

4) Le développement des prises en charge gériatriques en ville pour réduire les durées d'hospitalisations

Le rapport de l'IGAS en 2005¹¹ 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.

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 bénéficient de 3 EMG à 5 ZP qui

¹⁰ 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.

¹¹ Rousseau AC, Bastianelli JP, les équipes mobiles gériatriques au sein de la filière de soins, rapport de l'IGAS de mai 2005.

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.

Cette EMG doit en outre avoir une structure telle que définie dans la circulaire du 28 mars 2007, à savoir 1 ETP gériatre, 1 ETP IDE, 1 ETP assistante sociale et des temps de psychologue, ergothérapeute et secrétaire. A la lecture des données de l'enquête 2009, on constate que la majorité des EMG est en sous-effectif. D'une part, un ETP gériatre pourvoit 6 EMG sur 15 d'autre part, seules 2 EMG comptent un ETP d'assistante sociale. En revanche, les EMG de la région se caractérisent par un effectif correct d'IDE (17,48 ETP sur 15 EMG) relativement bien réparti. Enfin, si l'on observe les ETP spécialisés, il n'est pas exagéré de parler d'insuffisance à l'exception notable de 4 établissements de santé. Cette donnée questionne sur la pertinence du financement des EMG par les MIGAC : ce financement aura permis de stimuler le développement des EMG mais paraît à terme insuffisant.

Sur les modalités d'intervention, seuls deux établissements de santé, les CH de Boulogne et de Roubaix, ont une EMG qui réalise des visites à domicile. D'autres permettent ponctuellement à l'assistante sociale et/ou l'ergothérapeute de faire des visites à domicile pour préparer les sorties ; c'est le cas par exemple des CH de Douai ou Lens. Cela reste bien évidemment insuffisant. Cette carence n'est compensée par l'existence de réseaux gérontologiques que sur 8 secteurs.

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

5) les unités de soins de longue durée

Une coupe PATHOS, complétée d'une enquête sur les patients accueillis de moins de 60 ans, sera obligatoire dans toute USLD en fin d'année 2011. Sur la base de cette coupe le ministère élaborera un décret sur les missions des USLD requalifiées et sur leur financement. 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 dans les établissements suivants : CHRU, CH de Douai et CH de Valenciennes.

La prise en charge des maladies d'Alzheimer ou apparentées : Un bilan qui va au-delà du plan Alzheimer pour les Consultations mémoire et les UCC

Sur ces prises en charge les liens avec les structures médico-sociales sont indispensables, ainsi qu'avec les filières gériatriques.

1) Les consultations mémoire

En 2011 il existe 16 consultations labellisées avec le CMRR, avec 19 sites (3 consultations avancées) ; soit 2 labellisés de plus qu'en 2008 : les CH d'Arras et de St Omer qui avaient atteints une activité suffisante pour être labellisés.

Si on ajoute les 8 consultations non labellisées, on arrive à 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 CH d'Arras et Douai. Les données de cette banque vont être traitées par l'institut national de veille sanitaire (INVS).

2) les unités cognitivo-comportementales (UCC)

Dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012 sont financées des structures spécialisées pour l'accueil des patients atteints de démence en soins de suite. Ces structures réparties sur l'ensemble des territoires de la région deviennent ainsi référentes. 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 dans la circulaire.

Bilan quantitatif

Objectifs en termes d'implantations et/ou d'activités et/ou d'équipements et/ou autres

1) les courts séjours gériatriques

territoires	nombre d'implantations CSG/UMPG en 2006	implantations cibles CSG/UMPG du SROS	implantations déclarées de CSG en 2010
artois	8	14	6
arrageois	3	4	1
douais	1	2	1
lensois	2	4	2
béthune-bruay	2	4	2
Hainaut	6	9 à 10	5
Valenciennois	3	4	3
Cambresis	1	2 à 3	1
Sambre-Avesnois	2	3	1
Littoral	8	12	7
Dunkerquois	1	3	2
Calais	3	5	1
Audomarois			1
Boulonnais	4	4	1
Montreuillois			2
Métropole	9	11 à 12	8
Flandre intérieure	1	1	0
Lille	5	6 à 7	5
VNE	3	4	3

2) les USLD

territoires	Implantations USLD	
	2 006	2 010
Artois	13	9
Hainaut	8	7
Littoral	7	7 (+1 en 2011)
Métropole	9	6
Région	37	29 (+ 1 en 2011)

3) bilan quantitatif global

bilan des structures gériatriques

territoires de santé et ZP	nombre de secteurs gérontologiques au SROS III en 2006	implantations des unités à vocation gériatrique 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)
littoral	5	5 filières prévues	7	2	5	2	1	6
Berck Montreuil	1	1 en cours	2	0	2	0	1	2
Boulonnais	1	1 labellisée	1	1	1	0	0	1
Calais	1		1	1	0	1	0	1
Audomarois	1		1	1	1	1	0	1
Dunkerquois	1	1 en cours	2	1	1	0	0	1
Artois	8	4 filières prévues	6	4	5	7	2	10
Béthunois	2		2	1 + 1 projet	2 projets	2	projet	2
Lensois	2	1 labellisée	2	2	3	3	1	2
Douais	2	1 labellisée	1	1	1	1	0	3
Arrageois	2		1	0	1	1	1	3
Hainaut	7	3 filières prévues	6	1	2	2	3	6
Cambrésis	2		2	0	0	0	1	1
Valenciennois	3	1 en cours	3	1	2	1	1	2
Avesnois	2	1 en cours	1	projet	projet	1	1	3
Métropole	6	6 filières prévues	7	5	5	8	2	13
Lille	3	3 labellisées	4	3	3	3	2	6
versant nord est	2	1 labellisée	3	2	2	2	projet	4
Flandre Lys	1		projet	0	Financée non mise en oeuvre	3	0	3
total	26	7 labellisées (18 prévues)	25	12	17	19	8 (min prévu : 13)	35
recommandations SROS III	26	au moins 1 filière par ZP dans 1 éts site d'urgences	au moins 1 CSG dans les ets sites d'urgence	dans les ets site de CSG	dans les ets sites d'urgence ET avec CSG	ds tout ets ou dans un ESMS en convention	couverture géographique ZP de 1 à 3 CLIC avec 1 Ets référent	Répartition des SSR Gériatriques dans chaque ZP

Plan Alzheimer 2008-2012 - Région Nord Pas de Calais - point au 01/03/2011 - 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	UCC	UHR	PASA	MAIA	ESAD	plate forme de répit et formules innovantes
		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	0	1	0
Sambre Avesnois	18834	208	1158	1082	0	1	1	0	1	0	1	0
Cambrésis	15246	155	1075	610	1	1	0	0	1	0	0	0
TOTAL HAINAUT	61764	657	3758	2839	2	4	2	1	3	0	2	0
Flandre Intérieure	9768	149	889	714	0	1	1	0	2	0	0	0
Lille	49835	539	3387	2876	1	3	3	1	2	1	1	0
versant nord-est	28139	424	2619	1304	1	2	1 labellisée non ouverte	1	3	0	1	0
TOTAL METROPOLE	87742	1112	6895	4894	2	6	4	2	7	1	2	0
Dunkerquois	17758	195	1316	961	0	1	0	0	1	0	1	1+2
Calaisis	10946	260	1559	590	0	1	0	1	0	0	1	0
audomarois	8731			346	0	1	0	0	1	0	0	0
boulonnais	12836	245	1572	939	0	1	1	1	0	0	0	0
Berck/Montreuil	10095			396	2	1 projet	1 projet	0	1	1	0	0
TOTAL LITTORAL	60366	700	4447	3232	2	4	2	2	3	1	2	3
Béthune-Bruay	23938	346	1675	726	0	1	0	0	0	0	0	0
Lens-Hénin	30008			837	1	1	1	1	0	0	1	0
Douaisis	20438	130	891	904	1	1 en cours	1	1	2	0	1	0
arrageois	20084	276	1536	900	0	1	1 projet	0	0	0	1	0
TOTAL ARTOIS	94468	752	4102	3367	2	4	2	2	2	0	3	0
TOTAL REGION	304340	3221	19202	14332	8	16	10	7	15	2	9	1+2
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 en 2011	27 ESAD en 2012	En attente

- Les filières déclarées des établissements de santé par zone de proximité en 2010

Le SROS III : Les filières gériatriques doivent être implantées sur les territoires définis pour l'organisation de la gériatrie. Dans la région, au moins une filière par zone de proximité doit être développée et plus selon l'importance de la population âgée.

La loi HPST d'août 2009 améliore les outils de coopération inter-établissements :

- les CHT comme forme de droit commun des coopérations inter-établissements publics avec un établissement siège et des établissements membres, qui se délèguent des compétences et des activités de soins conformes à la stratégie commune sur la base d'une convention constitutive ;
- les GCS comme mode de coopération entre établissements publics et privés, sur la base du volontariat, avec des coopérations possibles avec les professionnels de santé libéraux et le secteur médico-social, avec la possibilité de 2 modalités d'organisation (le GCS de mise en commun de moyens avec organisation, réalisation ou gestion des moyens au nom et pour le compte des membres ou le GCS autorisé à exercer en son nom une ou plusieurs activités de soins avec qualification d'établissement de santé).

(NB : Les données ci-dessous ont été rédigées grâce aux éléments déclarés par les établissements en mars 2011 ou 2010 pour ceux qui n'auraient pas répondu en 2011).

La filière gériatrique

La dynamique en gériatrie s'organise dans la région sur la plupart des zones de proximité à l'approche de la fin du SROS III. En effet ce sont 12 zones de proximité sur 15 qui sont porteuses de projets de filières de gériatrie inter établissements de santé, voire avec le secteur médico-social. La procédure de labellisation régionale mise en place en 2008 permet d'entraîner 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 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 ; son dynamisme dans la formation est à souligner. Cependant sa capacité en court séjour était insuffisante et 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 membre fondateur du Réseau de Soins Gérontologiques de Lille-Hellemmes-Lomme, le Pr Puisieux en est le président depuis sa création. Ce réseau 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 (sud de la ZP de Lille) la même année. Cet établissement dont la filière est depuis longtemps organisée avec la ville par l'intermédiaire du réseau de santé EOLLIS, reste avec un court séjour sous-dimensionné. Il

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 :**

- Etant 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 le cadre des filières gériatriques.
- En 2009, le CH de Roubaix a été labellisé. Les prises en charge du secteur sont lourdes socialement. Le CH tente d'y répondre par une plate-forme d'appel des médecins traitants et le 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, ainsi que les 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. Il possède une consultation mémoire labellisée.
- Sur cette zone de proximité, le CHI 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-sociales.
- 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.
- Les CH de Wattrelos et Comines n'ont pas déclaré d'intention.
- 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'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 formalisée en septembre 2007 pour fluidifier les sorties du CHA.

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 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 la consultation mémoire labellisée. Le CH de Béthune 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'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/dragas/Hesdin/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.

Bilan du SROS III

1. PRESENTATION

Référents	Sandlarz Marianne
Thématique (préciser si la thématique a ou doit faire l'objet d'un volet obligatoire)	Transfusion Sanguine
Date d'approbation du SROS	arrêté du 13 septembre 2007 pour le SOTS qui définit les implantations de collecte, préparation, réalisation d'immuno-hématologie et sites de délivrances de l'EFS d'une part et d'autre part les établissements de santé autorisés à disposer d'un dépôt de produits sanguins et son type

2. ETAT DES LIEUX

Bilan qualitatif

Rappeler les objectifs du SROSIII	<p>Cohérence entre le SOTS (schéma d'organisation de la transfusion sanguine) avec le SROS</p> <p>L'ARS devra donner son avis sur le projet de SOTS qui doit être élaboré par l'EFS art. R1224-3. Concordance de temps : 2011 Objectif : maillage des sites transfusionnels et des dépôts gérés par les établissements de santé permettant la mise à disposition de produits sanguins labiles dans les délais satisfaisants à la sécurité des patients, dans des conditions de conservation réglementaires, en induisant un taux minimal de destruction et une immobilisation limitée de produits non utilisés</p>
<p>Mise en œuvre des objectifs du SROS</p> <ul style="list-style-type: none"> · Constat général 	<p><u>Bilan dons et préparation des PSL 2009 :</u></p> <p>prélèvements collectés (tous prélèvements y compris ceux pour le LFB : laboratoire de fractionnement)</p> <ul style="list-style-type: none"> - région = 231 912 (national 3 071 238) - évolution globale 2007-2009 : stable régionale, en augmentation nationale <p>Bilan régional 2010 disponible fin mars 2011, national septembre 2011</p> <p><u>Bilan au 01/01/2011 délivrance et consommation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - EFS Nord de France, 4 sites EFS de distribution (Lille, Valenciennes, Lens, Dunkerque) - 83 Etablissements transfuseurs, dont 33 sans dépôt. <p>Convention établie entre chacun des 50 établissements de santé disposant d'un ou plusieurs dépôts de produits sanguins et l'EFS Nord de France, précisant le site auquel ils sont « rattachés » ; comprend 15 Dépôts de « délivrance », 3 Dépôts « relai », 11 Dépôts « urgence », 21 Dépôts « urgence-relai » (à noter que, par convention, un ES disposant de plusieurs dépôts n'est compté qu'une fois).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Volume de produits sanguins labiles concernés : 190 000 à 200 000 / an <p>données 2009 régionales : 185 365 PSL Le volume augmente sensiblement depuis plusieurs années en relation avec le vieillissement de la population,</p>

	<p>et notamment sur les indications médicales (pathologies hématologiques des personnes âgées) par rapport aux chirurgicales.</p> <p>Par contre il y a une baisse régulière du taux de destruction en lien avec une amélioration des pratiques, tant au niveau régional que national.</p> <p>Données 2009 régionales : 1,63 % (national 1,5 %)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de patients transfusés : Données 2009 régionales : 34 440 ; évolution : en augmentation (national 538 506) <p><u>Informatisation en cours :</u> Dans le cadre des signalements, les effets indésirables graves donneurs ainsi que les incidents graves de chaîne transfusionnelle sont maintenant comme les effets indésirables receveurs déclarés sur une base informatique unique nationale (e-fit). Déploiement fait en 2009, fonctionnalités incomplètes à ce jour, en cours de développement pour FIGs et FEIGDs</p>
Rappeler les indicateurs d'évaluation, si prévus au SROS III	Il n'y en avait pas dans le SOTS, ni au SROS
Indiquer les données d'évaluation si disponibles ou préciser les études à mener pour produire des données d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Taux de destruction 2009 : régional 1,63 % (national 1,5 %) <i>données 2010 disponibles en région avril 2011, nationales en septembre 2011)</i> - Analyse régionale des causes de destruction de PSL 2009 (<i>données 2010 disponibles avril 2011</i>) pas de données nationales. - Analyse d'incident grave de chaîne transfusionnelle (en particulier « retard de transfusion ») - rapport régional (élaboré par la CRH NPdC) et le rapport annuel hémovigilance 2009 AFSSAPS (mais qui n'individualise pas le NPdC)
Indiquer les éléments nouveaux intervenus depuis le SROS III (évolution réglementaire, plan ou programme national, démographie, CPOM, rapports nationaux à prendre en compte...)	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Sur les implantations :</u> Modification de la carte sanitaire, regroupement d'établissements, transfert d'activité avec conséquences sur disponibilité, accessibilité à produits sanguins Actualisation permanente par CRH avec avenants à conventions, décisions modificatives d'arrêtés. - <u>Sur les transmissions informatiques</u> des résultats immuno-hématologiques entre laboratoires d'analyses et sites de délivrance de produits sanguins labiles ; environ 95 % des laboratoires de la région sont maintenant connectés (obligation d'application du GBEA de 2002, réalisée 2009) = projet ERA ; ce projet est en cours de déploiement national - <u>Sur la réglementation (non exhaustif) :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Décret n°2007-1324 du 07 septembre 2007 relatif aux dépôts de sang et modifiant le CSP - Arrêtés du 30 octobre 2007 relatifs aux conditions

	<p>d'autorisation des dépôts, au modèle type de convention entre établissement de santé et EFS, à la liste du matériel des dépôts</p> <ul style="list-style-type: none"> - Arrêté du 03 décembre 2007 relatif aux qualifications de certains personnels de dépôt - Décision du 1 juin 2010 fixant le contenu et les modalités de transmission de la FEIGD <p>-Conséquence du décret de 2007 : les inspections de tous les dépôts dans les 5 ans de durée de validité de leur autorisation (état : 6 en 2009) selon décret 2007, une inspection doit être faite pendant le délai de validité de l'autorisation accordée</p> <p>-Autorisations des dépôts (état : 47/51 depuis 2009 , 4 en 2011)</p>
<p>Indiquer les évènements marquants à venir (visites de conformité, ouverture d'une fenêtre de reconnaissance, programme d'inspection, visites de labellisation, appels à projets ou à candidature...)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dossiers d'autorisations de dépôt à poursuivre - Inspections des dépôts à poursuivre - Travail régional en cours sur les causes de destruction dans le but d'améliorer les pratiques, avec projet d'analyse de matériovigilance en partenariat avec EFS et établissements de santé. - Réglementation à venir sur les informations individuelles post-dons en commun entre EFS et ARS (volume régional : 800 en 2009) - Application de la décision de 2010 provoquant une augmentation +++ des déclarations des effets indésirables graves donneurs de l'EFS à l'ARS - Projet de réorganisation des sites de qualification biologique des dons (regroupements en 4 sites nationaux dont Lille qui récupérerait ainsi les qualifications non seulement de Picardie, Champagne Ardennes, mais aussi d'autres régions dont Ile de France, etc..) : implication dans le SIOS ? (décisions prises par EFS siège)

Bilan quantitatif

Objectifs en termes d'implantations et/ou d'activités et/ou d'équipements et/ou autres

	Nombre et types de sites au SOTS de 2007	Nombre et types de sites existants au 1/1/2011
Artois = <i>modifications de type de dépôt et 1 dépôt supprimé (fusion 2 cliniques Arras)</i>	4 DD / 8 DUV-R / 2 DR (8 ES sans dépôt)	3 DD / 3 DUV / 5 DUV-R / 2 DR (8 ES sans dépôt)
Hainaut = <i>modifications de type de dépôt et 1 dépôt supprimé (fermeture maternité Condé)</i>	3 DD / 2 DUV / 3 DUV-R / 1 DR (12 ES sans dépôt)	3 DD / 2 DUV / 2 DUV-R / 1 DR (12 ES sans dépôt)
Littoral = <i>modifications de type de dépôt et 1 dépôt supprimé (clin chir st omer)</i>	6 DD / 6 DUV-R (3 ES sans dépôt)	6 DD / 1 DUV-R / 4 DUV (4 ES sans dépôt)
Métropole =	3 DD / 16 DUV-R	2 DD / 1 DD + DUV / 2 DUV / 13

<i>modifications de type de dépôt et 1 dépôt supprimé (clin lille sud)</i>	(7 ES sans dépôt)	DUV-R (8 ES sans dépôt)
---	---------------------	-------------------------

DD = dépôt de délivrance

DUV = dépôt urgence » vitale

DUV-R = dépôt urg vitale et relai

DR = dépôt relai

LES MISSIONS DE SERVICE PUBLIC

Inventaire des ES, structures ou PS remplissant une mission de service public
PDSES
Enseignement universitaire et post-universitaire
Aide médicale urgente
Prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement
Prise en charge des soins palliatifs
Lutte contre l'exclusion

MSP réputées couvertes

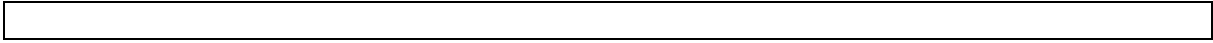
Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination
Les actions de santé publique
Les soins dispensés aux détenus
Les soins aux personnes retenues

1.3 Missions de service Public

Inventaire des ES, structures ou PS remplissant une mission de service public
PDSES
Enseignement universitaire et post-universitaire
Aide médicale urgente
Prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement
Prise en charge des soins palliatifs
Lutte contre l'exclusion

MSP réputées couvertes

Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination
Les actions de santé publique
Les soins dispensés aux détenus
Les soins aux personnes retenues



TRANSVERSALITES

I – DES ENJEUX DE TRANSVERSALITE GENERALE POUR L'ARS

1.1. La nécessaire coordination des acteurs locaux pour organiser le parcours de santé

La coordination a pour objectif de répondre au souhait de promouvoir pour les personnes, un parcours individuel qui soit à la fois continu, diversifié, flexible et adapté aux changements de situations dans le respect de l'autonomie des personnes, avec un accompagnement personnalisé. L'enjeu est l'introduction d'une complémentarité entre les soins en ville et la compétence spécifique de l'hôpital et des ESMS.

Cette coordination auprès de la personne ou de la population en difficulté a pour but de formaliser un projet de soins personnalisé et de veiller à sa mise en œuvre, de mettre en place un projet de vie pour la personne malade et sa famille et entourage, d'organiser les soins et l'accompagnement, dans un objectif de continuité, qualité, permanence et cohérence, de s'assurer de l'efficacité des liens et des échanges interdisciplinaires entre acteurs du domicile, avec les institutions sanitaires, sociales et médico-sociales.

↳ La place importante des réseaux de santé comme précurseurs

La fonction de coordination introduite par les réseaux se situe au centre de plusieurs dynamiques : celle du patient et son entourage, celle des libéraux, celle de l'hôpital, celle des associations, qu'elle peut mettre en œuvre à la demande.

Analyse de la place des réseaux à compléter

- *Pour les affections invalidantes ou handicaps*
- *Dans le cadre des prises en charge des addictions*

Réseau Généralistes et Toxicomanies 59/62 (G&T) et réseaux ville-hôpital :

Pour répondre de façon adaptée aux besoins des patients toxicomanes, qui présentent des difficultés multiples en interaction avec leurs addictions (souvent des polyconsommations dont celle de l'alcool), les médecins généralistes se rassemblent avec l'ensemble des intervenants concernés à intervalles réguliers en 18 sites de la région Nord Pas-de-Calais, dont 10 sur le territoire Métropole, 5 sur le Hainaut, 2 sur le Littoral, 1 sur l'Artois. Il faut souligner la présence de 3 réseaux ville hôpital sur ce dernier territoire, non comptabilisés ici. Le réseau G&T est essentiellement implanté dans le département du Nord, qui comporte également 3 réseaux ville-hôpital (Douai, Lille, Maubeuge).

Dans le département du Pas-de-Calais, concerné par 2 sites du réseau (Littoral et Artois), et 3 réseaux ville hôpital (Artois et Littoral), l'activité serait à conforter à partir des Centres de soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), structures médico-sociales qui ont pour mission le suivi et l'accompagnement pluridisciplinaires dans la durée et la proximité, et travaillent avec des relais pharmaciens et médecins de ville, et d'autres acteurs (sociaux, judiciaires ..).

En 2009, par le réseau G&T, ont été étudiées les situations de 399 patients, et de 487 en 2010. L'enjeu est la qualité des soins apportée aux patients, qui bénéficient ainsi de l'apport d'une évaluation pluridisciplinaire de leurs besoins et de réponses en adéquation.

Maternités sans tabac :

Un réseau de maternités sans tabac s'est constitué autour de l'élaboration d'une charte et d'actions telles que l'utilisation des testeurs de monoxyde de carbone pour sensibiliser les femmes en période de périnatalité. L'action repose sur la formation des professionnels de maternité, et notamment des sages-femmes, et l'animation de rencontres par l'association Espace de Concertation et de Liaison Addictions Tabagisme (ECLAT).

Réseau régional TCA :

Pour favoriser le repérage et l'orientation du public souffrant de troubles graves du comportement alimentaire, et notamment des anorexies mentales, un réseau d'acteurs s'est constitué à l'appel du Dr Vignau pédopsychiatre du CHRU, et du Pr Dodin du GHICL. Ces derniers ont notamment défini des cadres thérapeutiques en fonction de l'indice de masse corporelle, de façon à permettre l'orientation ciblée en milieu spécialisé.

- *Pour le vieillissement*

Les réseaux de santé gérontologiques :

Les réseaux de santé gérontologiques ne couvrent pas l'ensemble des zones de proximité. Ce sont 8 zones de proximité sur 15 qui en sont dépourvues, les 8 réseaux existants ne couvrant pas la totalité des zones géographiques des 7 zones où ils sont implantés.

Un réseau gérontologique regroupe autour des personnes âgées dépendantes un ensemble d'intervenants aux compétences complémentaires sanitaires et sociales (professionnels de santé libéraux médicaux et paramédicaux, établissement sanitaire de santé de proximité, SSIAD, assistante sociale) devant coordonner leurs actions au sein d'un réseau de santé.

La réponse doit être adaptée aux besoins des personnes âgées dépendantes souhaitant vivre à domicile, en assurant une prise en charge globale.

8 réseaux de santé gérontologiques sont implantés en 2009 dans la région Nord-Pas-de-Calais. En 2008, la prise en charge par les réseaux gérontologiques concerne 71% de femmes dont la moitié a plus de 80 ans. Pour 46%, les personnes prises en charge vivent seules 70,5% des demandes sont faites dans le cadre du maintien à domicile et 29,5% en sortie d'hospitalisation

Le réseau de soins MEOTIS est régional, et dédié à la prise en charge des malades Alzheimer.

↳ *Des dispositifs complémentaires mis en place pour certaines populations ou prises en charge*

- *Pour les affections invalidantes ou handicaps*
- *Dans le cadre des prises en charge des addictions*

Les soins en addictologie reposent pour une part sur la réduction des risques, également sur la substitution et particulièrement en alcoologie sur l'abstinence. L'autre part des soins concerne les comportements ou difficultés de vie ou à vivre que présente la personne en demande de soins, et qui entretiennent les pratiques d'addictions.

Pour permettre le sevrage alcool dans des conditions de sécurité adéquates, il n'est pas nécessaire de recourir à l'hospitalisation dans la plupart des situations, celle-ci n'étant requise qu'en présence de comorbidités. Le sevrage « ambulatoire » est régulièrement réalisé par les structures médico-sociales spécialisées que sont les CSAPA.

Pour laisser davantage de souplesse et d'adaptation aux besoins de proximité des usagers, a été développé un programme ambulatoire de sevrage de boissons alcoolisées (PASBA), coordonné sur le plan régional par une infirmière, et faisant appel aux ressources libérales médicales et infirmières, ces dernières recevant au préalable une formation. Le dispositif est financé par le FIQCS.

A partir de l'indication d'un sevrage posé par un intervenant spécialisé et de situations protocolisées un schéma thérapeutique est élaboré, les médecins libéraux sont prescripteurs du traitement et les infirmiers en assurent la surveillance biquotidienne au départ, avec l'aide d'une infirmière en addictologie qui intervient sur site au 3^{ème} jour. A la moindre difficulté, un rendez-vous est immédiatement donné en milieu spécialisé. 120 infirmiers libéraux ont été formés depuis 2004 (20/an) dont 80 sont encore en exercice libéral. Le PASBA est développé à Lille (160 patients/an), Roubaix-Tourcoing (60 à 80 patients), Seclin Carvin (10 à 20, ce site est récent) et Lens (40 patients). Un projet est en gestation à Maubeuge. Un protocole de coopération entre professionnels de santé est en cours de finalisation, et un premier jet transmis à l'ARS Nord Pas-de-Calais a été adressé à la DGOS et à la HAS de façon informelle. D'autres professionnels pourraient ensuite adhérer au protocole.

- *Pour le vieillissement*

-Les Centres Locaux d'Information et de Coordination gérontologique (CLIC) :

Face à la diversité des aides et des intervenants possibles, à la méconnaissance des droits, des lieux d'information et de coordination se sont progressivement développés.

La loi du 20 juillet 2001 relative à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) a érigé les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) en instruments d'information du public et de coordination de l'action gérontologique.

Dans une triple logique de proximité, d'accès facilité aux droits et de mise en réseau des professionnels, les CLIC constituent de véritables guichets uniques d'accueil, de conseil, d'orientation des personnes âgées et de prise en charge des situations complexes qu'elles peuvent rencontrer.

Les CLIC constituent des lieux d'accueil, d'écoute, d'information et d'orientation pour les personnes âgées et/ou leur entourage.

Pour le département du Pas-de-Calais, on compte 9 CLIC, à raison d'un par territoire. Pour le département du Nord, 30 CLIC assurent la couverture du département

La couverture régionale est assurée avec :

- une organisation territoriale conforme au découpage adopté dans le Pas-de-Calais (1 CLIC pour chacun des 9 territoires)
- une implantation, une couverture plus diversifiée pour le département du Nord (CLIC en plus grand nombre, avec zones géographiques d'intervention moins étendues)

Les Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA) :

Le Plan Alzheimer 2008-2012, afin de mieux identifier les situations complexes que vivent certaines personnes âgées à leur domicile, et de mieux y répondre par une prise en charge globale incluant le malade et son entourage, s'est donné pour objectif d'expérimenter puis de développer des Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer (MAIA).

Les MAIA sont des dispositifs de proximité construits pour simplifier le parcours des personnes malades et de leurs aidants sur un territoire donné. Elles proposent :

- une réponse harmonisée quelle que soit la structure à laquelle on s'adresse dans le dispositif MAIA,
- une réponse complète puisque la MAIA peut proposer toutes les prestations et services disponibles,
- une réponse adaptée à la demande : informations, orientation, mise en place de soins, services ou prestations.

Pour les situations plus complexes, elles proposent un accompagnement individualisé par un « gestionnaire de cas ».

Les MAIA s'appuient sur les structures existantes, sans créer de nouvelle « maison ».

Elles organisent une meilleure coopération entre les différents prestataires : dans une MAIA, les différents partenaires non seulement se coordonnent, mais également définissent ensemble leurs règles de fonctionnement, les critères de mise en place des gestionnaires de cas, les outils d'évaluation des besoins de la personne malade, les outils de partage d'information.

1.2. Des partenariats et conventionnements entre professionnels, établissements et services : socles de la coordination

La loi HPST d'août 2009 améliore les outils de coopération inter-établissements :

- les CHT comme forme de droit commun des coopérations inter-établissements publics avec un établissement siège et des établissements membres, qui se délèguent des compétences et des activités de soins conformes à la stratégie commune sur la base d'une convention constitutive ;
- les GCS comme mode de coopération entre établissements publics et privés, sur la base du volontariat, avec des coopérations possibles avec les professionnels de santé libéraux et le secteur médico-social, avec la possibilité de 2 modalités d'organisation (le GCS de mise en commun de moyens avec organisation, réalisation ou gestion des moyens au nom et pour le compte des membres ou le GCS autorisé à exercer en son nom une ou plusieurs activités de soins avec qualification d'établissement de santé).

- *Pour les affections invalidantes ou handicaps*
- *Dans le cadre des prises en charge des addictions*

-Le parcours des soins en addictologie :

L'accès au dispositif de soins spécialisé en addictologie repose sur le repérage par les acteurs de terrain (professionnels de santé et acteurs sociaux, voire judiciaires) des conséquences des addictions. Hormis les situations accessibles à une technique de soins particulière le repérage précoce intervention brève (RPIB), les soins sont souvent longs, comportant parfois une hospitalisation et nécessitant une intervention pluridisciplinaire de proximité dans la durée. Il est donc indispensable de garantir au patient, quel que soit le type de prise en charge, y compris lorsqu'il s'agit de soins de suite et de réadaptation spécialisés ou dénommés « postcure addictologique », une continuité des soins par la formalisation des liens entre plusieurs types de structures de prise en charge. Des conventions de partenariat scellent actuellement ces coopérations.

-La filière hospitalière de soins en addictologie :

Elle s'inscrit dans un cadre réglementaire¹² visant à préciser les rôles et les articulations de chaque volet du dispositif sanitaire par des référentiels de prise en charge et de soins pour les personnes ayant une conduite addictive.

Sur son territoire d'implantation, la filière hospitalière met en interconnexion des dispositifs de prise en charge adaptés aux besoins des patients et couvre l'intégralité des parcours possibles avec une réponse globale, graduée :

- niveaux de proximité (niveau 1), comportant un accès aux soins par la demande de consultations externes, et pour les patients des urgences et services d'hospitalisation à travers l'action des équipes hospitalières de liaison en addictologie
- niveaux de recours (niveau 2) avec plateau technique spécialisé, pour les patients présentant des comorbidités et nécessitant un sevrage et des soins résidentiels complexes.
- niveau hospitalo-universitaire (niveau 3), le CHRU de Lille constitue en outre le centre de référence, formation, recherche et coordination régionale en addictologie.

Cette filière s'appuie sur des partenariats avec l'ensemble des acteurs du dispositif de prise en charge des personnes ayant une conduite addictive, relevant du champ du médico-social et de la ville. Ces partenariats sont facilités par la coordination des acteurs de l'addictologie au sein des réseaux de santé cités précédemment. L'ensemble de ces orientations fait l'objet de déclinaison dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des établissements de santé, élaborés sur la base des référentiels d'organisation des soins en addictologie contenus dans la circulaire précitée.

- *Pour le vieillissement*

En 2008, l'ensemble des établissements de court séjour et d'urgences déclarent l'existence de partenariats avec les structures sanitaires (établissements de santé, Hospitalisation à Domicile, réseaux de santé), lorsqu'elles existent sur leur territoire.

Le conventionnement "établissement de santé/EHPAD" dans le cadre de la convention-type régionale établissant les modalités de prise en charge hospitalière des personnes âgées hébergées en EHPAD a été mis en œuvre par 16 des 18 établissements, le nombre de conventions signées par établissement allant de 3 à 15.

Concernant les consultations mémoire et les UCC, les objectifs fixés par le plan Alzheimer sont atteints. Doivent désormais être formalisés les liens et procédures avec les structures médico-sociales.

Plus ponctuellement, les personnels des structures médico-sociales peuvent bénéficier de partenariats avec le secteur psychiatrique, la cellule d'hygiène hospitalière ou le CLIN.

Par ailleurs, un groupe de travail initié en 2007 par la DDASS du Pas-de-Calais ayant trait à la coordination ES/HAD/SSIAD avait proposé aux structures un projet de document s'adressant aux établissements souhaitant la prise en charge en HAD ou SSIAD du patient, dès la sortie d'hospitalisation. Ce projet qui avait pour but d'améliorer la coordination entre les différents acteurs et optimiser le relais de la prise en charge de l'hôpital aux structures de soins à domicile pourrait être remis à l'étude et constituer un vecteur de l'amélioration de coordination

¹² Circulaire n°DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie

sanitaire-médico-social, dans le cadre de la continuité des parcours.

Des GCS de gériatrie sont en cours de constitution sur deux territoires entre établissements de santé. L'un d'entre eux va associer les EHPAD et porte un projet de MAIA en associant CLIC, SSIAD, CCAS, etc...

1.3. La formation : un enjeu majeur de la qualité de la prise en charge quel que soit le lieu d'exercice

La qualité de l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie, des personnes handicapées et des personnes en difficultés spécifiques (addictions) implique un niveau de professionnalisation satisfaisant des personnels mobilisés.

En Nord Pas-de Calais, 73 600 professionnels exercent un métier du travail social et 94 400 un métier de la santé (hors professions médicales), représentant 11.4 % de l'emploi total régional. Entre 1999 et 2006 le nombre de ces professionnels s'est considérablement accru: + 18% contre + 2% toutes professions confondues. La hausse dépasse 25 % dans les métiers de l'aide à domicile.

La structure par âge de ces professionnels laisse supposer un besoin en personnels potentiellement important dans les prochaines années. En effet, en 2006, 14, 9 % des professionnels de santé et du travail social sous statut salarié sont âgés de 55 à 65 ans, représentant un potentiel de 15 000 départs à la retraite dans les dix prochaines années.

Dans le champ des établissements médico-sociaux, il y aurait de 2007 à 2011 plus de 1300 professionnels socio-éducatifs, médicaux et paramédicaux en poste dans les structures médico-sociales accueillant les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées à remplacer. Cette évaluation ne comprend pas les données relatives aux Etablissements pour personnes en difficultés spécifiques.

Par ailleurs, la valorisation en emploi de la programmation prévisionnelle des établissements médico-sociaux pour 2010 à 2013 (PRIAC 2010-2013), aboutissait à la perspective de 2 960 créations d'emplois dont 1415 aides soignants, 616 aides médico-psychologiques et 320 Infirmiers, 314 éducateurs spécialisés.

Dans le domaine du travail social et de la santé, l'emploi et la formation sont fortement liés car l'acquisition d'un diplôme spécifique est souvent exigé par l'employeur ou requise par la réglementation.

Les besoins et enjeux précisés dans le cadre du schéma régional des formations

Globalement, le marché du travail ne connaît pas encore de véritable tension mais certains types d'employeurs notent des difficultés de recrutement pour :

- les contrats à courte durée (remplacements notamment) ;
- les postes d'encadrement, notamment dans le secteur sanitaire, le secteur des personnes âgées (faible attractivité des postes et perspectives de recrutement importantes)
- les territoires les plus reculés du Nord- Pas-de-Calais (Sambre-Avesnois, Artois- Ternois,...)
- les postes de paramédicaux spécialisés en établissements de santé, obérant la pluridisciplinarité de la prise en charge

Au niveau régional, le dimensionnement global de l'appareil de formation n'apparaît pas en décalage significatif avec la demande des employeurs c'est-à-dire avec l'offre d'emploi solvabilisée. Toutefois, plusieurs enjeux se dégagent à court et moyen terme :

- Les difficultés observées en matière de recrutement et de fidélisation

- La validation des acquis de l'expérience

Dans le champ sanitaire et social, 35% ont obtenu une validation totale, 50% une validation partielle et 15% ont échoué.

- Le nombre de personnes formées dans certaines formations dites « à petits effectifs »

Pour les prochaines années, l'enjeu est important en termes d'effectifs et de financement en ce qui concerne les formations suivantes : infirmiers spécialisés, cadres de santé et cadres du travail social. Ces formations s'adressent à des personnes expérimentées et, pour la plupart déjà salariées ; l'effort de formation relève donc essentiellement des employeurs et leurs Organismes Paritaires Collecteurs Agréés OPCA.

Il faudra également compter avec les besoins liés au déficit de la démographie médicale, et au recours à promouvoir aux protocoles de coopération entre professionnels de santé, qui ouvrent souvent sur des formations diplômantes. Par exemple en addictologie, la création du DU d'études complémentaires de soins infirmiers en addictologie.

- L'ensemble des métiers de la rééducation amenés à se développer fortement dans les années à venir.

Des difficultés de recrutement, variables selon le territoire infrarégional, sont clairement identifiées pour la profession de « masseur-kinésithérapeute ». Les professions d'ergothérapeute et de psychomotricien sont également fortement demandées. Le maillage sur l'ensemble du territoire régional et l'équilibre entre exercice libéral et établissement sont les principales problématiques relatives à ces professions.

- Les besoins en formation continue (hors diplômes)

Des besoins importants sont identifiés en matière de formation non diplômante (prévention, gérontologie, addictologie, management de projet, coordination, démarches qualité...). Dans les années à venir, les employeurs auront donc vraisemblablement à arbitrer entre le financement de formations diplômantes et non diplômantes.

↳ Le Plan régional des métiers au service des Personnes Agées et Personnes Handicapées – Expérimentation 2008-2010

La Région Nord Pas de Calais avec l'Etat, la CNSA et le Conseil régional ont expérimenté l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan régional des métiers. A l'issue de l'évaluation nationale de cette expérimentation, la CNSA préconise de recentrer les plans d'action et identifie cinq actions prioritaires :

- Le soutien à la professionnalisation des demandeurs d'emploi
- L'amélioration du tutorat dans le secteur médico-social
- La qualification des personnes en cursus partiel
- Le développement de l'approche prévisionnelle de l'emploi et des compétences
- La construction d'un observatoire des emplois et qualifications

↳ Formation initiale : une augmentation des quotas régionaux dans plusieurs écoles paramédicales

Evolution des diplômes délivrés dans le domaine sanitaire et social :

Les tendances amorcées en matière d'évolution du nombre de diplômes par type de professions entre 2008 et 2009 témoignent de la prise en compte de certains besoins identifiés notamment pour les infirmiers (+ 281 diplômés), aides soignants (+ 221), cadres de santé (+ 31). A contrario, on n'observe pas d'augmentation significative dans les métiers de la rééducation, du nombre des éducateurs ou des aides médico-psychologiques.

Des difficultés de recrutements de professionnels :

Les établissements médico-sociaux pour personnes âgées connaissent des difficultés particulières et persistantes à recruter des médecins coordonnateurs, gériatres, aides soignants, des professionnels spécialisés (ergothérapeutes, psychomotriciens, kinésithérapeutes, psychologues...). Il en est de même, notamment sur les territoires de santé excentrés (Littoral et Sambre-Avesnois), pour les médecins addictologiques et pour les infirmières ayant des connaissances en addictologie, dont tout départ met en péril certaines activités.

Les postes restant vacants ou les emplois occupés par des personnes « faisant fonction » en sont le témoin et nuisent à la qualité des services.

C'est ainsi que les quotas des écoles paramédicales en ergothérapie et psychomotricité ont été fortement augmentés ces dernières années pour répondre aux besoins non seulement des établissements sanitaires et médico-sociaux pour personnes âgées, voire pour personnes handicapées et en difficultés spécifiques, mais aussi pour les besoins du déploiement du plan national Alzheimer.

🔗 *Formation continue : des coopérations possibles*

Le développement d'une culture commune en matière de formation s'est traduit par la mise en œuvre de formations communes, telles qu'établissements sanitaires/EHPAD, ou services d'addictologie – CSAPA – CAARUD sur des thèmes diversifiés : gestion des risques infectieux, nutrition, chute, démence pour les premiers et pour les seconds polyaddictions, santé mentale et addictions, repérage précoce des cancers des voies aéro-digestives supérieures, consommation d'alcool dans le parcours des patients substitués

Lorsqu'un réseau de santé est présent, les formations ont tendance à s'organiser par son intermédiaire, les équipes mobiles de gériatrie ou les équipes hospitalières de liaison en addictologie participant également à ces formations.

Des évolutions de la réglementation et des politiques publiques, facteurs d'évolution des besoins.

- La poursuite d'une politique d'accompagnement à domicile en lien avec le libre choix des personnes en perte d'autonomie
- La création d'une fonction d'assistant de soins en gérontologie
- La création du DU d'études complémentaires de soins infirmiers en addictologie
- 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 permanents : prise en compte de thématiques spécifiques: bientraitance, douleur, soins palliatifs, traitements de substitution, nutrition /alimentation, dépression....

🔗 *De nouveaux métiers ou compétences : une nécessité pour répondre à l'évolution des prises en charge :*

En gérontologie :

Par ailleurs et afin d'accompagner l'évolution des besoins des personnes âgées, de s'adapter aux modes d'intervention et aux pratiques professionnelles, des évolutions récentes et besoins émergents en terme de compétences et qualifications sont à souligner.

Avec le développement de la gériatrie, des différentes structures sanitaires qui évoluent, voire se créent, avec celles du secteur médico-social, des métiers se développent, changent, se transforment.

- *Une fonction nouvelle : l'Assistant de Soins en Gérontologie (ASG)*

Ce n'est pas un métier nouveau, mais une spécialisation de l'Aide Soignant(e) ou de l'Aide médico- psychologique ayant suivis une formation spécifique sur la maladie d'Alzheimer de 140 heures. La fonction d'assistant de soins en gérontologie consiste en une assistance dans les actes de la vie quotidienne des personnes fragilisées par la maladie d'Alzheimer et de leur entourage. Les activités réalisées visent la stimulation sociale et cognitive des capacités restantes.

La fonction d'assistant de soins en gérontologie est exercée en qualité de salarié au sein d'une équipe pluridisciplinaire dans le cadre des équipes spécialisées créées dans les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ou des SPASAD, des unités spécialisées (UHR et PASA) au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et des unités de soins de longue durée ou des unités cognitivo- comportementales des services de soins de suite et de réadaptation.

Suivant les objectifs annoncés dans le Plan Alzheimer et déclinés pour la Région, le besoin d'agents formés Assistants de Soins en Gérontologie est évalué de 2010 à 2012 à un minimum⁴¹ de 472 ASG, toutes structures confondues (UCC, UHR, PASA, ESAD).

Création des gestionnaires de cas (MAIA)

- *Une compétence nouvelle : le gestionnaire de cas*

Pour les personnes en situation complexe, les dispositifs intégrés MAIA, permettent une intervention spécifique et intense. Les dispositifs MAIA proposent, en effet, une nouvelle compétence professionnelle, celle de la gestion de cas. Les gestionnaires de cas utilisent notamment des outils spécifiques d'évaluation et de planification pour assurer le meilleur suivi possible du parcours de vie et de soins. Leur intervention prend toute sa valeur grâce à la mise en œuvre d'un système d'information partagé.

Les gestionnaires de cas sont titulaires du diplôme universitaire (formation dispensée par l'université de Paris V). Ils sont placés sous la responsabilité fonctionnelle du pilote, le cahier des charges MAIA prévoyant une organisation sur la base d'un pilote et de 2 à 3 gestionnaires de cas par dispositif..

- *De nouvelles formations*

Par ailleurs, d'autres formations spécifiques, à destination des personnels se font jour :

- les pilotes MAIA (des professionnels en management de la santé avec une formation dispensée par la CNSA)
- les IDE coordinatrices en gériatrie (DU de Lille II) pour travailler en EHPAD, court séjour ou EMG, ou dans des services à domicile
- les infirmières de pratique avancée en gériatrie ou cancérologie (les IDE avec la réforme universitaire en cours accèdent au niveau de la licence 3, cette qualification élaborée avec l'EHESP et des universités de Paris et Nice a pour vocation à les faire accéder au master II).

En addictologie :

- Les médecins

Lorsqu'ils désirent se former en addictologie, les médecins peuvent suivre l'enseignement de la capacité en addictologie délivrée par l'Université de Lille II. L'enseignement donné couvre les 2 champs sanitaire et médico-social. Il s'effectue sur 2 ans et comporte 112 heures d'enseignement théorique la première année, 80 demi-journées de stage dans les structures sanitaires et médico-sociales hospitalières et extrahospitalières agréées en addictologie la deuxième année, avec des examens la première et la deuxième années, la validation des stages et la production d'un mémoire noté.

- Les infirmières

Leurs missions sont exercées différemment dans une unité d'hospitalisation complète (HC) , en alternative à l'HC, ou dans le cadre d'un PASBA, d'un Centre d'Accueil, d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogue (CAARUD), d'un CSAPA ou dans une équipe hospitalière de liaison en addictologie. Dans les premières situations, le travail est réalisé en équipe, avec un encadrement constant. Dans les secondes, l'infirmière est seule face au patient, avec nécessité de connaissances cliniques étendues, de façon à permettre l'adaptation thérapeutique par exemple. Comme les infirmières de pratique avancée évoquées pour la gériatrie, elles pourraient prétendre à la reconnaissance des caractéristiques de leur exercice professionnel dans le cadre d'un cursus universitaire.

- Infirmière spécialisée en addictologie

La création du DU d'études complémentaires de soins infirmiers en addictologie a pour objet de parfaire la formation clinique des IDE. Après la validation de 96 h de cours, 12h d'enseignement pratique et 3 jours de stages de découverte, le tout suivi d'une épreuve théorique, les candidats rédigent un mémoire professionnel. Le programme du DU se rapporte tant aux établissements sanitaires que médico-sociaux.

Dans un cursus universitaire, ce DU pourrait être apparenté au niveau master I, sous réserve de l'obtention de l'équivalence du niveau 3 licence pour les IDE. Le niveau master II pourrait acquis avec une année de stages intensifs et la réalisation d'un mémoire particulièrement documenté, pour une ouverture sur la voie universitaire et la recherche.

1.4. L'aide aux aidants : des solutions diversifiées selon les publics mais où la connaissance et la coordination des acteurs est nécessaire

L'aidant familial ou naturel est la personne qui vient en aide à titre non professionnel, pour partie ou totalement, régulièrement et de façon permanente ou non à une personne dépendante de son entourage, pour l'accompagnement aux activités de la vie quotidienne, aux soins, aux démarches administratives, aux déplacements,ou la simple présence active.

Selon l'enquête HID 2008, toutes pathologies confondues, 82 000 personnes vivant à domicile dans la région seraient aidés au quotidien par un proche (soit 82 000 à 164 000 aidants).

Les principaux besoins exprimés par les aidants consistent à :

- disposer de moments de répit ;
- être accompagnés et soutenus psychologiquement ;
- être aidés dans la vie quotidienne ;
- être aidés pour participer aux soins.

1.5. La prévention : des actions à développer quelque soit les lieux de vie et de soins

Le conseil économique, social et environnemental a été saisi en février 2011 pour élaborer un avis sur « les enjeux de la prévention en matière de santé » : « *La santé de nos concitoyens bénéficie d'approches curatives très performantes, parmi les meilleures au monde. La prévention reste, malgré quelques réalisations significatives, en retard par rapport aux pratiques en cours dans certains pays. Rien ne saurait être fait sans l'implication de l'individu qu'il convient alors d'éduquer et d'accompagner par une information et une pédagogie bien ciblées. Le développement de la prévention conduit à penser à un certain nombre de paramètres de la responsabilité collective (environnementaux, économiques, sociaux), des responsabilités individuelles mais aussi des aspects spécifiques de l'individu (par exemple relations entre génome et environnement ou les limites nouvelles reconnues à la démarche prédictive).* »

- *Pour les affections invalidantes ou handicaps*
- *Dans le cadre des prises en charge des addictions*

La prévention dans le domaine des addictions passe par :

- des actions en direction du public et notamment des jeunes, des femmes en période de périnatalité, des salariés d'entreprises, des personnes en situation de précarité, des détenus.
- des formations en direction
 - des acteurs du milieu social, de loisirs et sportif, de l'éducation nationale, des entreprises et des entreprises d'insertion, du milieu pénitentiaire
 - des professionnels de santé avec pluridisciplinarité pour des formations interinstitutionnelles.

Parmi ces formations et ces actions, quelques-unes méritent d'être citées :

- ainsi le repérage précoce des cancers des voies aéro-digestives supérieures auprès des personnes en situation de précarité, mené en partenariat sur les zones de proximité de Béthune et de Lens, porté par PREVART, en lien avec l'ensemble des partenaires concernés, et notamment les Centres d'Hébergement et de Réadaptation Sociale (CHRS), dont la population n'avait jamais été concernée par un programme de prévention. Cette action est également proposée aux bénéficiaires des resto du cœur et autres lieux de solidarité. Les CSAPA et CAARUD sont également concernés ;
- le milieu du travail est également particulièrement concerné du fait de la survenue d'accidents en présence de consommation de substances psychotropes illicites ou d'alcool. Des guides ont été élaborés pour permettre de sensibiliser les chefs d'entreprise sur leurs responsabilités face aux conséquences de la consommation d'alcool, de cannabis et autres substances psycho-actives de leurs salariés sur les lieux de travail, notamment pour des postes à risque, avec propositions de sensibilisation des partenaires sociaux, formation de l'encadrement sur site, mise en place de groupes relais d'aide. Une stratégie d'approche des toutes petites entreprises a également été mise au point, en lien avec les chambres de commerce et des métiers.
- de même, l'enseignement du RPIB aux médecins généralistes et de la santé au travail a permis la formation de près de 200 médecins, plus 25 étudiants en médecine ; la formation est actuellement ouverte aux autres professionnels de santé.
- les actions concernant la périnatalité ont débuté avec les programme régionaux de santé,

dès 2001. Une recherche action a été initiée, suivie du montage de formations. En 2009, plus de 400 professionnels des maternités et de la petite enfance, de l'éducation nationale ont été formés, un guide a été réalisé pour faciliter la prise de parole avec les femmes.

- l'action Unis autour du SAF en région Nord Pas-de-Calais a également porté sur la sensibilisation de professionnels santé et sociaux (250 en 2009).
 - les réseaux de périnatalité sont partenaires pour le montage de formations spécifiques (sensibilisation aux risques tabac, alcool et cannabis, comment en parler avec les femmes, l'adaptation des traitements de substitution nicotinique ...). 70 personnes ont été formées sur les quatre territoires de santé en 2009/2010.
- *Pour le vieillissement : Prévention de la transition "robustesse - fragilité" et prévention des risques infectieux dans les lieux de vie et de soins*

Les transitions vers la fragilité puis le déclin fonctionnel puis la dépendance représentent un continuum, une dynamique, accessibles à la prévention. On croit trop souvent que cette évolution est une fatalité liée à l'âge alors que ce processus dynamique est accessible à la prévention et à la réadaptation.

Pour prévenir la fragilité, ce sont des stratégies globales, orientées vers l'exercice, la nutrition, l'optimisation et la correction des troubles sensoriels, ainsi que la prévention secondaire et tertiaire des maladies chroniques invalidantes, qui sont opérantes. L'adaptation des médications en fonction des risques qu'elles induisent se justifie également à ce niveau qui précède la fragilité.

Chez le patient fragile, l'amélioration et le maintien de la force musculaire des membres inférieurs et supérieurs, le traitement approprié de la dépression et de l'anxiété, ainsi que l'optimisation sensorielle sont les éléments de base auxquels s'ajoutent les stratégies de prévention des syndromes gériatriques : chute, delirium, incontinence, réaction inappropriée aux médicaments, troubles de la déglutition, infection, etc. Chacun de ces syndromes gériatriques est annoncé par des facteurs de risque qui sont évalués et spécifiquement ciblés, ainsi par exemple, pour les chutes comme pour le delirium (confusion aiguë), des études randomisées contrôlées ont apporté la preuve de l'efficacité des stratégies de prévention multidimensionnelle.

Des facteurs de risque de dépendance :

Plusieurs thèmes sont identifiés qui nécessitent des mesures de prévention ou de dépistage précoce :

- Les chutes
- La dénutrition
- L'incontinence urinaire
- Les troubles sensoriels : la déficience auditive, la déficience visuelle
- la maltraitance
- la polymédication et la iatrogénie

Des risques infectieux : infections nosocomiales et épidémies

Les épidémies (grippe, gale, toxi-infection alimentaires collectives) ou infections nosocomiales prennent vite une ampleur importante dans les structures pour personnes âgées. L'EHPAD est un lieu de vie différent d'un établissement de santé. L'environnement de la

chambre est plus proche de celui d'un domicile que d'une structure hospitalière. Il existe des chambres à deux lits dont certaines occupées par des couples. Les mesures d'isolement technique définies pour les établissements de santé ne sont pas adaptées aux EHPAD et le "cohorting" (regroupement des résidents malades) y est impossible dans la majorité des cas¹³. Le respect des règles d'hygiène en EHPAD avec en corrélation la réduction des risques infectieux est un des composants de l'amélioration de la qualité de prise en charge. Les conventions tripartites doivent comporter cet axe d'amélioration, qui passe par son inscription au projet médical de la structure, ainsi qu'au plan de formation des personnels. Les personnels des structures médico-sociales peuvent parfois bénéficier des formations dispensées au sein des établissements hospitaliers (hygiène hospitalière, lutte contre les maladies nosocomiales...).

¹³ Les bonnes pratiques de soins en EHPAD – avril 2007 – DGAS et FFGG

II – LES TRANSVERSALITES LIEES A CHAQUE POPULATION OU PRISE EN CHARGE

1° Pour les affections invalidantes et handicaps

2° Pour les addictions

↳ Des plans nationaux transversaux

Les pratiques addictives sont un phénomène de société, et induisent par elles-mêmes une redoutable pathologie psychique, qui est celle de la dépendance, avec la perte du contrôle des consommations en dépit des conséquences négatives engendrées pour la personne, son entourage ou la société dans son ensemble. Cependant, la morbidité et la mortalité engendrées ne sont pas directement liées aux pratiques addictives, mais surviennent du fait du retentissement de ces pratiques sur le plan psychique, somatique, et parfois en rapport avec des prises de risque ou des comportements violents.

- Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011

Les addictions dépassent donc le cadre de la santé au sens large, et une mission interministérielle existe pour permettre l'articulation des politiques publiques agissant sur le contexte sociétal : la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies (MILDT). Placée auprès du premier ministre, la MILDT élabore et soutient des orientations tant nationales que départementales, à travers un plan gouvernemental qu'elle demande à des chefs de projet préfectoraux de décliner sur le plan départemental.

Le plan est articulé autour de 5 axes :

- Prévenir, communiquer, informer
- Appliquer la loi
- Soigner, insérer, réduire les risques
- Former, chercher, observer
- Agir au plan international

Ses buts :

- Prévenir les entrées en consommation de drogues illicites
- Prévenir les abus d'alcool

Ses objectifs

- Éviter les expérimentations
- Combattre la banalisation

Ses moyens

- Poursuivre l'éducation à la santé
- Réaffirmer l'interdit, rappeler les règles

- Le plan santé des jeunes de 2008 et ses orientations en matière de pratiques addictives, avec l'interdiction de la vente de tabac et d'alcool aux mineurs

Les jeunes expérimentent fréquemment l'utilisation de substances psycho-actives, du fait du passage à l'adolescence et des prises de risques qui en découlent. Le rappel des règles de vie en société et la protection des jeunes et des publics fragiles sont des axes forts de la politique gouvernementale.

- Les plans cancers et leurs orientations en matière de consommation d'alcool et de tabac
Ce sont ces consommations toxiques qui constituent, avec le déséquilibre ou l'excès alimentaire et l'absence de pratique d'activité physique, les principaux facteurs de risque de la survenue des pathologies cancéreuses.

Ces orientations qui conduiront à la parution à la fin de l'année 2006 du plan suivant :

- Le plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011

Le plan est articulé autour de six priorités, et organise la transversalité :

- Mieux prendre en charge les addictions dans les établissements de santé
- Mieux prendre en charge les addictions dans les établissements médico-sociaux
- Articuler davantage l'offre de soins en ville avec les secteurs sanitaire et médico-social
- Développer la prévention
- Renforcer la formation des professionnels en addictologie
- Coordonner davantage la recherche en addictologie

Des pathologies ou prises en charge à traiter en transversalité

La fréquence des comorbidités, pathologies somatiques toxiques, infectieuses (hépatites notamment, mais parfois encore VIH, voire tuberculose ...), traumatologiques, psychiatriques, et la nécessité d'une réhabilitation sociale, font des addictions une thématique dont la prise en charge ne peut pas être uniquement sanitaire ou médico-sociale.

Par ailleurs, certains milieux, comme le milieu carcéral, comportent une population particulièrement touchée, et ne sont pas indemnes de possibilités d'introduction de substances, de consommation et de trafic. Se pose le problème de la continuité des soins, et de l'articulation dedans dehors, pour des faits qui ne manquent pas d'entraîner la récurrence à la sortie s'ils ne sont pas pris en compte immédiatement (ruptures d'accès aux traitements de substitution aux opiacés générant consommations illicites, trafics, violences). L'articulation entre les Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation (SPIP), les Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA dépendant des urgences) et les lieux ressources que sont les CSAPA (médico-sociaux) sont particulièrement nécessaires.

- Le plan d'actions stratégiques 2010 – 2014 Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice

Reprend dans sa mesure 12 : Améliorer la prise en charge des addictions et s'assurer de la coordination des soins, en application du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 (MILDT), avec 2 objectifs spécifiques :

- Améliorer la coordination et l'articulation entre les différents intervenants concernés par la prise en charge des personnes détenues présentant un problème d'addiction
- Proposer une prise en charge adaptée aux besoins de la personne et développer les traitements de substitution dans tous les établissements

Des filières de soins, fonctionnant avec une charte et authentifiées par une adhésion volontaire des différentes structures de prise en charge par zone de proximité en lien avec les niveaux de recours régional en addictologie, sont à constituer. Les patients doivent recevoir la proposition

d'un parcours de soins, notamment en matière de comorbidités et de soutien thérapeutique à l'abstinence après une hospitalisation pour sevrage. Un soutien par les pairs est également apporté par les associations d'entraide, néphalistes ou d'autosupport en fonction du ou des types d'addictions présentés, et une référence au soutien qu'elles apportent est particulièrement nécessaire.

- Le plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012

Si le VIH est en net recul pour les personnes présentant des addictions et notamment usagères de drogues, il n'en est pas de même pour les hépatites B et surtout C.

Une stratégie de prévention et de mise en lien des acteurs des différents niveaux de ville, médico-sociaux et sanitaires sera à élaborer, entre les médecins de ville, les CSAPA, CAARUD et services d'addictologie, les pôles de référence hépatites, les Centres de Dépistage Anonymes et Gratuits (CDAG), pour permettre le repérage, le dépistage, le traitement, l'éducation thérapeutique, l'accompagnement tant en termes de soutien à l'abstinence, qu'à l'observance thérapeutique. La précocité des prises en charge et l'observance thérapeutique renforcent l'efficacité des thérapies et diminuent de moitié un coût particulièrement élevé (pour rappel le coût total d'un traitement aux anti-protéases s'élève à 45 000 €).

- Des situations toujours difficiles à prendre en compte

Les familles des personnes présentant des addictions, conjoint, enfants, parents, sont mises à rude épreuve et un soutien est particulièrement nécessaire. Si l'ensemble des consultations est ouvert à l'entourage, si les associations d'usagers leur apportent un soutien, la propension des enfants de parents dépendants susceptibles de présenter eux-mêmes des addictions reste une problématique particulièrement difficile à prévenir et à traiter. Une réflexion régionale, des actions de recherche clinique seraient particulièrement utiles pour permettre des avancées dans ce domaine.

3° Concernant le vieillissement

🔗 Des plans et programmes nationaux transversaux

Les politiques publiques en faveur des Personne Agées sont déclinées, depuis plusieurs années, dans différents plans nationaux successifs ou concomitants qui ont structuré l'offre de soins et de services aux personnes âgées : Ils donnent une dimension globale à la prise en charge des personnes âgées.

- *Le Plan Vieillesse et Solidarités de novembre 2003*

Programmé sur quatre ans, après le drame de la canicule en 2003, il aura permis d'accroître nettement le nombre de places de SSIAD, d'accueil de jour et d'hébergement temporaire et d'améliorer la prise en charge sanitaire des personnes âgées dépendantes.

- *Le Plan Solidarité-Grand Age 2006-2012- (PSGA)*, succédant au Plan Vieillesse et Solidarités a été présenté le 17 juin 2006, et décline une réforme globale de prise en charge selon 5 grands axes :

1/ Donner aux personnes âgées dépendantes le libre choix de rester chez elles : en développant les services de soins et d'aide à domicile ; en soutenant davantage les

aidants familiaux ;et en assurant une continuité entre domicile et maison de retraite ;

2/ Inventer la maison de retraite de demain et permettre aux personnes âgées vulnérables de mieux y vivre, en augmentant le nombre de soignants, en améliorant la qualité de vie, en maîtrisant les prix.

3/ Adapter l'hôpital aux personnes âgées, en développant la filière gériatrique et en resserrant des liens tant avec le domicile qu'avec la maison de retraite ;

4/ Assurer pour l'avenir le financement solidaire de la dépendance, afin de garantir un haut niveau de protection sociale face à la dépendance ;

5/ Insuffler une nouvelle dynamique à la recherche et à la prévention.

- *Le Plan ALZHEIMER 2008-2012*, troisième plan de lutte contre cette maladie, a été élaboré sur la base des travaux de la Commission présidée par le Professeur Joël Ménard, qui a remis le 8 novembre 2007 un rapport insistant sur la nécessité d'organiser et de fédérer une prise en charge globale autour et pour le bénéfice de la personne malade et de ses aidants. Il comporte 44 mesures et 3 axes pour agir :

1/ Santé : améliorer la qualité de vie des malades et des aidants dans le cadre des établissements de santé, des établissements et services médico-sociaux, et à domicile.

2/ Recherche : connaître pour agir

3/ solidarité : se mobiliser pour un enjeu de société

- *Le plan « Bien vieillir »* dédié à la prévention, concerne tous les seniors, soit plus de 10 millions de personnes et vise à répondre au défi du vieillissement de la population en développant les axes suivants : organiser une prévention ciblée pour prévenir ou retarder l'apparition de pathologies ou d'incapacités ; maintenir ou favoriser l'investissement des personnes âgées dans la vie sociale.

Il vise à inciter les seniors à adopter des attitudes positives pour un vieillissement en bonne santé. Il a pour objectifs de promouvoir :

- Des stratégies de prévention des complications des maladies chroniques (hypertension, troubles sensoriels, de la marche, de l'équilibre....) contribuant ainsi à l'amélioration de la qualité de la vie en prévenant l'apparition ou l'aggravation des incapacités fonctionnelles, la perte d'autonomie et le risque de désocialisation.

- Des comportements favorables à la santé (activités physiques et sportives, nutrition).

- L'amélioration de l'environnement individuel et collectif et de la qualité de vie de la personne : logement, aides techniques, aménagement de la cité.

- Le rôle social des seniors en favorisant leur participation à la vie sociale (bénévolat, tutorat, créations d'associations ou d'entreprises), en valorisant leurs réalisations (œuvres artistiques, transmission de savoir-faire, de patrimoine ou de mémoire...) et en consolidant les liens entre générations et la solidarité intergénérationnelle en les enracinant dans le contexte local et l'animation des territoires.

↳ *Des pathologies ou prises en charge à traiter en transversalité*

- *La bientraitance : un programme national commun de formation aux établissements de santé et aux EHPAD*

Le ministère chargé des affaires sociales a défini en mars 2007 un plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées, assorti d'une instruction du 22 mars 2007. Une circulaire du 15 octobre 2008 est venue compléter ce plan, en prévoyant notamment la mise en place dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) d'une démarche d'auto-évaluation des pratiques de bientraitance, opération reconduite en 2010.

Les ARS avec les services de l'Etat compétents et les collectivités territoriales concernées contribuent, aux termes de l'article 118 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, à la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance dans les établissements et services de santé et médico-sociaux.

Le programme MobiQual soutenu par la CNSA vise à diffuser des outils de sensibilisation, de formation et d'aide à la pratique incluant des référentiels de qualité des soins, des outils de réflexion s'appuyant sur les recommandations de bonnes pratiques existantes validées. L'objectif est d'améliorer la qualité des pratiques professionnelles au bénéfice des personnes âgées et des personnes handicapées.

- *L'accompagnement de fin de vie : des liens nécessaires entre soins palliatifs et EHPAD pour limiter les hospitalisations*
- Une étude de l'INSEE sur les décès en France en 2009 souligne pour la troisième année consécutive l'augmentation de l'âge des décès en France. Ceux-ci surviennent de plus en plus tardivement (décès plus nombreux à 86 ans pour les hommes et 89 ans pour les femmes) et par conséquent de plus en plus souvent en maison de retraite (11.5 % en 2009 soit deux fois plus qu'en 1980). 57.5 % ont lieu en hôpital ou clinique privée et 26 % au domicile.
- L'augmentation de ce type de situation nécessite de poursuivre le renforcement du soutien et de la formation des personnels intervenant au domicile et en EHPAD, la généralisation des protocoles d'accompagnement et de soins palliatifs et le rapprochement avec les établissements de santé disposant d'équipes spécialisées.
- Par ailleurs, le rapport annuel du Comité national de suivi du développement des soins palliatifs et de l'accompagnement de 2007, a identifié comme un des obstacles à la prise en charge palliative en EHPAD, la carence d'infirmières de nuit, particulièrement dans les structures de petite taille ainsi que le déficit de formation des personnels soignants.
- L'instruction N° DGOS/R4/DGCS/2010/275 du 15 juillet 2010 relative aux modalités d'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes précise la collaboration, formalisée par des conventions, entre établissements de santé disposant d'une équipe mobile de soins palliatifs et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, fondée sur le développement de la démarche palliative.
- Elle fournit une convention-type d'organisation des interventions et précise les engagements réciproques pour assurer l'accompagnement des personnes en fin de vie.

- Par ailleurs, une expérimentation dans 2 régions (dont la région Nord-Pas-de-Calais) sur la prise en charge de soins palliatifs en Ehpad la nuit est en cours, avec pour objectif poursuivi la comparaison des Ehpad qui disposent d'une infirmière de nuit d'astreinte ou exerçant sur place, de ceux qui n'en disposent pas. L'évaluation nationale de cette expérimentation est prévue courant 2011.

- *Des pathologies ou situations mal appréhendées :*

- La douleur
- Les pathologies psychiatriques (dépression, intoxication alcoolique aigue, troubles du sommeil...)

4° En santé mentale

5° En cancérologie

6° En soins palliatifs/douleur

7° Pour les maladies chroniques

8° Pour les risques infectieux

9° Pour la périnatalité et petite enfance