



VOLETS MÉDICAUX

- TOME 1 -

Sommaire

I. PERMANENCE DES SOINS EN ETABLISSEMENTS DE SANTE.....	12
1. DEFINITION.....	12
1.1. Cadre juridique	13
1.2. Les règles de financement.....	13
2. ETAT DES LIEUX – DIAGNOSTIC DU DISPOSITIF DE PDSES.....	14
2.1. La réalisation de l'état des lieux	14
2.2. Résultats.....	15
2.3. Le partage du diagnostic.....	16
3. LA DEFINITION DU SCHEMA CIBLE REGIONAL DE PDSES.....	17
3.1. Les objectifs généraux	17
3.2. Les principes d'élaboration du schéma	18
4. OBJECTIFS OPERATIONNELS DE MISE EN ŒUVRE DU SCHEMA DE PERMANENCE DES SOINS EN ETABLISSEMENTS DE SANTE	24
Objectif opérationnel 1 : Assurer la qualité et la sécurité des soins en heure de permanence des soins.....	24
Objectif opérationnel 2 : Assurer un égal accès aux soins aux usagers	24
Objectif opérationnel 3 : Mettre en œuvre le schéma de permanence des soins en établissement de santé : modalités	25
Objectif opérationnel 4 : Mettre en place un dispositif d'évaluation du schéma de permanence des soins afin de s'assurer de son évolutivité.....	25
Objectif opérationnel 5 : Assurer la fluidité du parcours de soins du patient.....	25
ANNEXE 1: Répartition des lignes de permanence des soins au sein des établissements de santé de la région par territoire de santé (actuelles et proposées dans le cadre du schéma régional de PDSES).....	25
II. URGENCES.....	0
1. ELEMENTS DE CONTEXTE ET CADRE JURIDIQUE	0
1.1. Contexte	0
1.2 Cadre juridique	0
1.3. Bilan du SROS III.....	2
2. ETAT DES LIEUX : DESCRIPTION DU DISPOSITIF REGIONAL	3
2.1. Structures d'urgence autorisées.....	3
2.2. Organisation et moyens de la prise en charge de l'urgence pré-hospitalière.....	5
<i>Cas particulier des transports bariatriques</i>	6
2.3. Transports sanitaires privés	6

2.4. Les plateaux techniques d'accès direct.....	7
2.5. Télémédecine : Télurge et Télé AVC	7
2.6. La permanence des soins	8
2.7. Accueil des enfants aux urgences.....	9
2.8. Accueil des personnes âgées aux urgences	11
2.9. Accueil des patients nécessitant des soins psychiatriques aux urgences.....	12
2.10. Accueil des populations en situation de précarité.....	14
3. ETAT DES LIEUX : FONCTIONNEMENT ET PRATIQUES DE SOINS.....	15
3.1. Accessibilité géographique aux soins urgents.....	15
3.2. Le réseau des urgences	16
3.3. Le maillage et l'activité des SAMU, SU autorisées et SMUR.....	16
3.4. La démographie médicale.....	24
3.5. Conditions de travail des professionnels de l'urgence.....	24
3.6. Des établissements de santé régulièrement sous tension.....	25
3.7. Accueil des enfants aux urgences.....	26
3.8. Accueil des personnes âgées aux urgences	29
3.9. Accueil aux urgences des patients nécessitant des soins psychiatriques.....	29
4. ORIENTATIONS/ EVOLUTIONS.....	30
Amélioration de la structuration régionale :	30
4.1. Mettre en réseau les urgences et déployer des outils communs	30
Amélioration de l'accessibilité au dispositif :.....	33
4.2. Améliorer la connaissance et la lisibilité des dispositifs de soins non programmés et urgents en région :.....	33
4.3. Mise en place du dispositif de médecins correspondants du SAMU sur les zones à plus de trente minutes d'un SMUR :	34
4.4. Renforcer l'offre de l'aide médicale urgente pré hospitalière	35
4.5. Améliorer la coordination des transports sanitaires hélicoptérés :.....	36
Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, de la fluidité du parcours de soins non programmés, des conditions de travail :	36
4.6. Améliorer la fluidité du parcours de soins non programmés au sein des établissements de santé	36
4.7. Améliorer les conditions de travail aux urgences	37
4.8. Améliorer la prise en charge spécifique des enfants aux urgences :.....	38
4.9. Améliorer la prise en charge spécifique des personnes âgées aux urgences :.....	39
4.10. Améliorer la prise en charge spécifique des patients nécessitant des soins psychiatriques aux urgences	41
4.11. Améliorer l'accueil des personnes en situation de handicap aux urgences	43
4.12. Mettre en cohérence le volet urgences du SROS PRS et les SDACR, schémas départementaux d'analyse et de couverture des risques.....	43

5. Bilan OQOS et implantations SMUR	43
ANNEXE :	45
<i>III. RÉANIMATION / SOINS INTENSIFS / SURVEILLANCE CONTINUE</i>	47
INTRODUCTION	47
1. LE BILAN DE L'OFFRE DE SOINS DANS LA REGION NORD-PAS DE CALAIS EN 2010	47
1.1 Réanimation non spécialisée	47
1.2 Réanimations spécialisées	52
1.3 Les soins intensifs (hors unités des soins intensifs cardiologiques, hématologiques et neurovasculaires)	54
1.4 La surveillance continue	55
1.5 Les autres activités reconnues	56
2. ORIENTATIONS	61
<i>EN REANIMATION SPECIALISEE ET NON SPECIALISEE</i>	61
2.1 Adapter l'offre de soins aux besoins de la population en garantissant la qualité et la sécurité des prises en charges	61
2.2 Mettre en œuvre un plan d'optimisation des ressources médicales pour faire face aux difficultés rencontrées par certains services et aux départs en retraite d'ici 5 à 10 ans	61
2.3 Définir des stratégies communes et individuelles pour diminuer les risques de tensions hospitalières saisonnières et faire partager la connaissance des activités de chaque service	61
<i>EN SOINS INTENSIFS ET SURVEILLANCE CONTINUE</i>	61
2.4 Se mettre en conformité vis à vis de la réglementation en matière de surveillance continue en installant les lits réglementaires dans les établissements sièges de réanimation	62
2.5 Évaluer la gravité des patients pris en charge dans les services de soins intensifs	62
2.6 Organiser les transports inter hospitaliers (en lien avec le SROS-PRS urgences) dans le cadre du recours à un établissement disposant d'une autorisation répondant à la gravité du patient pris en charge	62
<i>EN MATIERE DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES</i>	62
2.7 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	62
2.8 Renforcer la formation des personnels et l'utilisation des protocoles en hygiène (voir le programme de prévention des infections liés aux soins)	62
2.9 Promouvoir l'hygiène des mains : généraliser l'utilisation des Solutés Hydro-Alcooliques (SHA) et réaliser un suivi de leur consommation avec rétro information aux équipes de soins	62
2.10 Diminuer le risque infectieux lié à l'organisation architecturale et aux locaux	62
3. DECLINAISON DES OQOS EN IMPLANTATIONS	63
<i>IV. CHIRURGIE</i>	65

INTRODUCTION	65
1. DIAGNOSTIC.....	65
2. ORIENTATIONS	71
2.1 Optimiser l'organisation de la prise en charge chirurgicale.....	71
2.2 Maintenir ou renforcer une dynamique de développement et de structuration des coopérations.....	72
2.3 Recomposition de l'offre de soins par territoire : permanence et continuité des soins.....	72
3. ORIENTATIONS SPECIFIQUES.....	74
3.1 Chirurgie orthopédie traumatologie	74
3.2 Chirurgie pédiatrique.....	74
3.3 Chirurgie thoracique.....	78
3.4 Chirurgie urologique.....	78
3.5 Chirurgie vasculaire	79
3.6 Chirurgie gynécologique	79
3.7 Chirurgie plastique	80
3.8 Chirurgie ophtalmologique	80
3.9 Chirurgie ORL, maxillo-faciale et stomatologie.....	80
3.10 Chirurgie de l'obésité	81
3.11 Chirurgie endocrinienne et métabolique.....	81
4. EVOLUTION DES PRATIQUES.....	81
5. DECLINAISON DES OQOS EN IMPLANTATIONS D'ACTIVITE DE CHIRURGIE	82
V. <i>IMAGERIE MEDICALE</i>	84
1. ETAT DES LIEUX	84
1.1 Bilan qualitatif	84
1.2 Bilan quantitatif	85
2. CONTEXTE ET ENJEUX	86
3. ORIENTATIONS.....	87
4. DECLINAISON DES OQOS EN IMPLANTATIONS ET EN NOMBRE D'EQUIPEMENTS.....	87
5. CHIFFRAGE	91

VI. TECHNIQUES INTERVENTIONNELLES UTILISANT L'IMAGERIE MEDICALE EN CARDIOLOGIE	93
INTRODUCTION	93
1. ETAT DES LIEUX.....	100
1.1 Sur les Unités de Soins Intensifs en Cardiologie (USIC)	100
1.2 Sur les activités utilisant des techniques interventionnelles.....	104
2. ORIENTATIONS.....	106
2.1 Sécuriser la prise en charge et la continuité des soins pour l'ensemble des actes	107
2.2 Organiser la permanence et la sécurité des soins dans la prise en charge de l'infarctus du myocarde	107
2.3 Améliorer les prises en charge d'aval (SSR)	107
2.4 Justifier de l'adéquation du fonctionnement de l'unité à ses missions réglementaires : pour la mise en place dans chaque établissement, un suivi annuel, des critères de gravité des patients pris en charge.....	107
2.5 Améliorer la fluidité de la filière de soins à l'issue du séjour court en USIC, par une capacité insuffisante en médecine.....	108
3. DECLINAISON DES OQOS EN IMPLANTATIONS	108
VII. PERINATALITE / AMP / DPN.....	113
1. ETAT DES LIEUX.....	113
1.1 Rappel des objectifs du SROS III.....	113
1.2 Evaluation de la mise en œuvre des objectifs du SROS III	114
1.3 Bilan quantitatif	118
2. ORIENTATIONS.....	120
1.1. Adapter l'offre de soins aux besoins de la population et à la possibilité de garantir une prise en charge sécurisée et de qualité	120
1.2. Améliorer la continuité de la prise en charge (filière de soins).....	121
1.3. Améliorer l'accès à l'assistance médicale à la procréation, au diagnostic prénatal et au diagnostic préimplantatoire	121
1.4. Améliorer l'accès aux soins en s'appuyant sur l'ensemble des acteurs.....	121
1.5. Améliorer l'efficience.....	121
3. DECLINAISON DES OQOS EN IMPLANTATIONS ET EN NOMBRE D'EQUIPEMENTS.....	122
VIII. INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG).....	126
1. ETAT DES LIEUX.....	126
2. ORIENTATIONS.....	127
FAVORISER UN ACCES A L'IVG PLUS PRECOCE SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE REGIONAL, EN RESPECTANT LE CHOIX DES FEMMES	127

2.1 Mieux structurer les centres d'orthogénie.....	127
2.2 Mieux respecter le choix de la femme entre les différentes techniques.....	127
2.3 Garantir, à toutes les femmes qui le souhaitent un accompagnement adapté.....	128
FAVORISER UNE PRISE EN CHARGE DE QUALITE SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE REGIONAL.....	128
2.4 Améliorer la formation à l'IVG et à la planification familiale des professionnels intervenant dans le champ de l'IVG et de la gynécologie-obstétrique.....	128
2.5 Harmoniser les prises en charge au niveau régional.....	128
IX. PRISE EN CHARGE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS	129
1. ETAT DES LIEUX : BILAN DU SROS III.....	129
2. ORIENTATIONS DU SROS PRS.....	133
X. OBESITE.....	135
INTRODUCTION.....	135
1. ETAT DES LIEUX.....	135
1.1 Bilan qualitatif.....	135
1.2 Bilan quantitatif.....	136
2. CONTEXTE.....	137
3. ORIENTATIONS.....	137
XI. LES SOINS AUX PERSONNES AGEES.....	138
1. RAPPEL DES OBJECTIFS DU SROS III.....	138
2. MISE EN ŒUVRE DES OBJECTIFS DU SROS III.....	139
3. BILAN QUANTITATIF.....	143
4. ORIENTATIONS.....	150
4.1 Inscrire les filières de soins gériatriques dans une dynamique d'organisation territoriale négociée dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens sur la base de référentiels d'organisation des soins » dans chaque zone de proximité, en plaçant le médecin traitant au cœur du dispositif.....	150
4.2 Poursuivre le développement de la gériatrie hospitalière.....	151
4.3 Développer les entrées directes en lien avec les médecins traitants.....	152
4.4 Favoriser le développement des alternatives à l'hospitalisation.....	152

4.5 Développer et articuler les prises en charge gériatriques dans le cadre de SSR spécialisés de proximité	153
4.6 Reconnaître la place des EMG comme référents hospitaliers de secteur.....	153
4.7 Développer la prévention et l'éducation du patient en établissements de santé par	154
4.8 Développer des partenariats spécialisés et/ou formations pour améliorer les prises en charge avec des référents pour la filière gérontologique de secteur.....	154
4.9 Développer les partenariats avec le secteur médico-social	155
4.10 Inciter les établissements et services à participer au développement de l'aide aux aidants	156
4.11 Soutenir et encourager la politique de formation gériatrique régionale	156
4.12 Inscrire dans une démarche coordonnée les prises en charge pour les malades Alzheimer ou apparentés et leurs familles	157
5. DECLINAISON DES IMPLANTATIONS EN USLD	157
<i>XII. PRISE EN CHARGE DES CANCERS</i>	159
1. Rappel des objectifs du SROS III	159
1.1 Indicateurs utilisés	160
2. ORIENTATIONS.....	164
2.1 Consolider l'organisation autour des établissements autorisés aux activités de traitement du cancer	164
2.2 Garantir une offre de soins territoriale accessible et cohérente	164
2.3 Optimiser l'organisation des Réunions de Concertation Pluridisciplinaires en Cancérologie (RCP)	165
2.4 Renforcer les démarches qualité et promouvoir les bonnes pratiques.....	165
2.5 Veiller à la qualité des soins en radiothérapie (externe et interne vectorisée)	165
2.6 Densifier et moderniser les plateaux techniques d'imagerie médicale, d'anatomopathologie et de biologie	165
2.7 Soutenir les innovations technologiques	165
2.8 Favoriser la cohérence et la fluidité des parcours de santé.....	165
2.9 Déployer des systèmes d'information favorisant des prises en charge médicale efficiente et de qualité	165
3. DECLINAISON DES IMPLANTATIONS.....	166
<i>XIII. SOINS PALLIATIFS</i>	168
1. RAPPEL DES OBJECTIFS DU SROS III.....	168
2. BILAN DU VOLET (2006-2011).....	168
2.1 Les soins palliatifs en établissements de santé.....	168
2.2 Les soins palliatifs au domicile et dans les établissements médico-sociaux.....	170
3. CONTEXTE	176

4. ORIENTATIONS.....	176
5. DECLINAISON DES OQOS EN IMPLANTATION	177
XIV. SOINS DE SUITE ET READAPTATION (SSR).....	178
1. ETAT DES LIEUX.....	178
Rappel des objectifs du SROS III.....	178
2. ORIENTATIONS.....	181
3. DECLINAISON DES IMPLANTATIONS.....	182
3.1 Nombre d'implantations d'activité de soins de suite et de réadaptation.....	182
3.2 Nombre d'implantations pour la prise en charge des enfants ou des adolescents.....	182
3.3 Nombre d'implantations d'activités de soins de suite et de réadaptation spécialisés.....	182
XV. ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX (AVC).....	186
1. ETAT DES LIEUX.....	186
2. CONTEXTE	186
3. ORIENTATIONS.....	187
XVI. ADDICTOLOGIE.....	189
1. ETAT DES LIEUX.....	189
1.1 Bilan qualitatif	189
1.2 Bilan quantitatif	191
2. CONTEXTE ET ENJEUX	192
3. ORIENTATIONS.....	193
XVII. PSYCHIATRIE.....	195
1. ETAT DES LIEUX.....	195
1.1. Bilan qualitatif 2005 - 2010.....	195
1.2. Bilan quantitatif	195
2. CONTEXTE ET ENJEUX	196
3. ORIENTATIONS.....	197

4. DECLINAISON DES IMPLANTATIONS.....	200
XVIII. HOSPITALISATION A DOMICILE	201
1. BILAN DU SROS III	201
1.1. Constat général	201
1.2. Caractéristiques de l'activité régionale.....	204
1.3. Problématiques spécifiques soulevées par l'activité d'HAD polyvalente.....	210
1.4. Les différents modes de prise en charge	215
2. ORIENTATIONS DU SROS-PRS.....	236
3. DECLINAISON EN IMPLANTATIONS	240
ANNEXE 1 du volet « HAD » : SYNTHÈSE DES RESULTATS DE L'EVALUATION DES STRUCTURES D'HOSPITALISATION A DOMICILE DE LA REGION NORD PAS DE CALAIS (DRSM Nord Picardie)	241
ANNEXE 2 du volet « HAD » : OFFRE HOSPITALIERE	248
ANNEXE 3 du volet « HAD » : ANALYSE DU MODE DE PRISE EN CHARGE EN HOSPITALISATION A DOMICILE DANS LA REGION NORD-PAS-DE-CALAIS.....	251
ANNEXE 4 du volet « HAD » : LES TRANSFUSIONS SANGUINES A DOMICILE : UNE ALTERNATIVE A L'HOSPITALISATION POUR LES PATIENTS AGES FRAGILES QUI SOUFFRENT D'ANEMIE CHRONIQUE	252
XIX. TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE (IRC)	253
1. CONTEXTE LEGISLATIF ET REGLEMENTAIRE	253
1.1. Textes.....	253
1.2. Programme de gestion du risque sur l'insuffisance rénale chronique.....	254
2. CHIFFRES CLES DE LA PRISE EN CHARGE DE L'IRCT	256
2.1. Données Réseau Epidémiologique et Information en Néphrologie (REIN) 2010	256
2.2. Données Agence de la Biomédecine (Fiche régionale 2010, Rapport d'activité prélèvement et greffe 2011).....	260
2.3. Quelques éléments de démographie médicale (source CNOM 2010).....	262
3. LE SROS III 2006-2011	263
3.1. Nouveau contexte réglementaire	263
3.2. Constat initial ayant présidé au SROS III	263
3.3. Objectifs généraux du SROS III	264
3.4. Objectifs quantifiés.....	264
3.5 Bilan des OQOS	267

4. BILAN DU SROS III - ETAT DES LIEUX 2012.....	268
4.1. Greffes.....	268
4.2. Epuration extra rénale.....	274
4.3. Prévention de l'IRC.....	280
4.4. Qualité des pratiques.....	280
5. ORIENTATIONS.....	284
5.1. Greffes.....	284
5.2. Epuration extra rénale.....	285
5.3. Prévention.....	297
5.4. Education thérapeutique du patient (ETP).....	297
5.5. Qualité de vie des patients dialyses.....	298
6. DECLINAISON DES OQOS EN IMPLANTATIONS.....	299
ANNEXE au volet « traitement de l'insuffisance rénale chronique » : CALCUL DES IPA PAR TERRITOIRE.....	300
XX. TRANSFUSION SANGUINE.....	307
INTRODUCTION.....	307
1. DEFINITIONS.....	307
2. ETAT DES LIEUX.....	307
3. ORIENTATIONS.....	308
<i>GROUPE DE TRAVAIL</i>	309
1. PERMANENCE DES SOINS EN ETABLISSEMENTS DE SANTE.....	309
2. URGENCES.....	310
3. RÉANIMATION / SOINS INTENSIFS / SURVEILLANCE CONTINUE.....	311
4. CHIRURGIE.....	312
5. IMAGERIE MEDICALE.....	313
6. TECHNIQUES INTERVENTIONNELLES UTILISANT L'IMAGERIE MEDICALE EN CARDIOLOGIE.....	314

7. PERINATALITE / AMP / DPN.....	316
8. INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG)	318
9. PEDIATRIE	320
10. OBESITE	323
11. GERONTOLOGIE (dont soins de longue durée et plan Alzheimer).....	324
12. CANCER.....	325
13. SOINS PALLIATIFS.....	326
14. SOINS DE SUITE ET READAPTATION (SSR)	327
15. ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX (AVC)	328
16. ADDICTOLOGIE.....	329
17. PSYCHIATRIE.....	331
18. HOSPITALISATION A DOMICILE.....	333
19. TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE.....	334
20. TRANSFUSION SANGUINE	335

I. PERMANENCE DES SOINS EN ETABLISSEMENTS DE SANTE

1. DEFINITION

La Permanence Des Soins en Etablissements de Santé (PDSES) recouvre l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients dans un établissement de santé public ou privé :

- la nuit, le WE (sauf le samedi matin) et les jours fériés ;
- dans le cadre de l'urgence ;
- en médecine, chirurgie et obstétrique en aval des urgences.

Il faut distinguer la PDSES de :

- la continuité des soins, qui consiste en la prise en charge de patients déjà hospitalisés ou suivis par l'établissement. Celle-ci doit être assurée par tous les établissements par un système de gardes et d'astreintes.
- l'accueil non programmé de jour, éventuellement en urgence, des patients.
- la permanence des soins ambulatoire (PDSA) qui se définit comme l'activité non programmée de médecine générale les soirs de 20h à 8h, les samedis de 12h à 20h et les dimanches et jours fériés de 8h à 20h. Il est cependant essentiel de penser la PDSA en cohérence avec la PDSES puisque les modifications récentes de l'organisation de la PDSA organisent un transfert de l'activité libérale vers les sites d'urgences.

Les spécialités réglementées prises en compte dans le schéma cible de permanence des soins sont les suivantes :

- réanimations pédiatrique et adulte, USI ;
- obstétrique-néonatalogie ;
- chirurgie cardiaque, cardiologie interventionnelle et USIC ;
- neurochirurgie ;
- anesthésie.

La PDSES doit être pensée comme l'ensemble des activités nécessairement présentes en aval de la médecine d'urgence. L'organisation de filière de soins permet donc d'identifier d'autres activités, en dehors de celles réglementées, contribuant à la PDSES, validées par le groupe de travail régional :

- spécialités chirurgicales : vasculaire et thoracique, viscérale et digestive, ortho-traumatologique, infantile, ophtalmologique, ORL, stomatologique;
- spécialités médicales : urgences neuro-vasculaires, endoscopie digestive, endoscopie bronchique, pédiatrie
- et également en support : biologie, imagerie.

Le schéma cible théorique mentionnera les lignes de permanence par activité, sous forme de garde sur place ou d'astreinte, pour les activités prises en compte dans le schéma lors des réunions de concertation. Elles seront à organiser selon les caractéristiques démographiques et géographiques des territoires, et selon le niveau de recours nécessaire dans la filière de soins (par site, territorial ou régional).

1.1. Cadre juridique

La PDSES constitue une mission de service public (MSP) au sens de la loi HPST (article L.6112-1-1° du Code de la Santé Publique), mission de service public à laquelle tout établissement peut contribuer. Elle se caractérise par la nécessité de garantir à tout patient :

- l'égal accès à tous à des soins de qualité ;
- la permanence de l'accueil et de la prise en charge, ou l'orientation vers un établissement participant à la permanence des soins
- la prise en charge aux tarifs conventionnés de secteur 1 ;

L'article L.6112-2 précise que les missions de service public déjà exercées à la date de la parution de la Loi HPST par un établissement sur un territoire donnée peuvent faire l'objet d'une reconnaissance prioritaire dans le CPOM.

Le décret n°2012-561 du 24 avril 2012 relatif aux missions de service public précise que :

- le SROS définit les besoins de la population au regard des orientations et des objectifs du projet régional de santé, en nombre d'implantations, par spécialité médicale et par mode d'organisation ;
- les premiers SROS-PRS inventorient l'ensemble des établissements de santé assurant à la date du 22 juillet 2009 et de manière continue depuis cette date une ou plusieurs MSP ;
- le DGARS tient à jour l'inventaire des MSP ;
- une procédure d'appel à candidatures est ouverte par le DGARS lorsqu'il constate, au regard des besoins fixés dans le SROS, qu'une MSP n'est pas assurée ;
- lorsque le besoin identifié par le SROS-PRS est inférieur à l'offre établie par l'inventaire, le DGARS ne désigne qu'une partie de ces établissements pour assurer cette mission, sur la base des mêmes critères qu'en cas d'appel à candidature : appréciation de la capacité des établissements à répondre aux besoins, obligations de service public et critères spécifiquement fixés ;
- l'évaluation de chaque établissement est réalisée 6 mois avant l'échéance de la MSP.

1.2. Les règles de financement

L'ensemble de la PDSES a été financé sur les Missions d'Intérêt Général (MIG - pour la rémunération des praticiens libéraux dans les établissements privés ex-OQN, depuis le 1^{er} janvier 2012) puis sur le Fonds d'Intervention Régionale (FIR) à compter de sa création.

La compensation de la participation à la PDSES est basée sur la prise en compte des lignes de garde et astreinte médicales. Elle est prévue forfaitairement par arrêté ministériel.

S'agissant du montant de la MIG versée à l'établissement pour la participation de médecins, autres que libéraux, il est préconisé une indemnisation correspondant :

- pour les lignes de garde : au coût de l'indemnité de sujétion PH, soit 264,63€ (+ charges) ;

- pour les lignes d'astreinte : au coût de l'indemnité d'astreinte opérationnelle, soit 42,13€ (+ charges), + un déplacement par plage, soit 65,41€ (+ charges)
(montants hors charges par plage indiqués dans l'arrêté du 12 juillet 2010 y afférant)

L'ensemble porte fin 2011 sur 49.5M€ dans les établissements ex-DG (établissements publics, ESPIC) et sur 1.8M€ dans les établissements ex-OQN. La dotation spécifique à la rémunération des praticiens libéraux participant à la PDSES en établissement privé a été chiffrée à 2M€. Les montants prévisionnels sur 2012 portent sur un total de 49,1M€ et traduisent en ce sens les économies initialement envisagées par le niveau national en 2011 mais finalement inscrites sur 2012.

2. ETAT DES LIEUX – DIAGNOSTIC DU DISPOSITIF DE PDSES

2.1. La réalisation de l'état des lieux

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

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

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

Ainsi une nouvelle maquette de l'enquête a été déposée fin juillet aux établissements, en accord avec les fédérations, pour un recueil au cours du mois de septembre et une saisie pour la fin octobre 2011.

L'exploitation des données de l'enquête s'est étalée sur la période novembre 2011 – mars 2012, avec l'appui des professionnels mobilisés dans le groupe pilote.

Il faut regretter de très grandes difficultés à récupérer puis à fiabiliser les données transmises par les établissements malgré les concessions et améliorations apportées à la grille dans le courant de l'année.

2.2. Résultats

Depuis la circulaire DHOS 01-2007 du 13 février 2007, l'organisation territoriale des urgences repose sur la mise en réseau des structures d'urgences et intègre des filières de soins spécifiques adaptées aux besoins de la population. L'organisation de la permanence des soins en établissement de santé s'appuie sur ce maillage territorial des services d'urgences et des plateaux techniques d'accès direct pour la prise en charge des urgences pré hospitalières. Ces filières de soins reposent notamment sur l'engagement des établissements à mettre à la disposition des patients les modalités thérapeutiques nécessaires les plus actualisées. Cet engagement a vocation à être enregistré au sein du « répertoire opérationnel des ressources », outil indispensable aux régulations par les centres 15 du Nord et du Pas-de-Calais.

Font donc partie de l'état des lieux sus cité les établissements ayant une autorisation d'activité de médecine d'urgence ainsi que les établissements ayant des autorisations de plateau(x) technique(s) d'accès direct.

Les établissements n'ayant ni une autorisation d'activité de médecine d'urgence ni d'autorisation de plateaux techniques d'accès direct pourront néanmoins participer à la permanence des soins en constituant une filière de soins avec un établissement site d'urgences et en répondant au cahier des charges pour l'activité concernée.

Cet état des lieux constitue la base des évolutions à engager sur un cahier des charges régional socle, qui sera adapté à chaque problématique territoriale, par activité ou groupe d'activités proches, basé sur des critères de priorisation, et permettra aux établissements publics et/ou privés de proposer l'organisation la plus optimale possible. Ce cahier des charges devra inclure une procédure de notification des dysfonctionnements et refus afin d'améliorer de façon continue le dispositif.

Les propositions faites à partir de l'état des lieux s'appuient sur :

- les réunions de concertation par territoire, desquelles ressortent plusieurs problématiques (démographiques, géographiques) et plusieurs propositions d'amélioration variables selon les territoires
- les discussions conduites avec : les fédérations d'établissements, l'URPS, les représentants des usagers, les SAMU
- une analyse des schémas cibles de PDSES de certaines régions françaises l'ayant déjà établi et une première évaluation de ces dispositifs (en Ile de France, en Picardie, en Bretagne, en Bourgogne)
- Les recommandations du Conseil National de l'Urgence Hospitalière
- Le critère d'accès aux urgences en 30 minutes de son domicile est un élément structurant du territoire en termes de temps d'accès aux soins. S'appuyer sur ce maillage permet de garantir ce délai.

2.3. Le partage du diagnostic

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

C'est dans ce sens qu'ont été réunis, dans un premier temps et à deux reprises par territoire de santé (soit 8 réunions), des représentants de chacune des fédérations des établissements.

Les travaux conduits au niveau de chaque territoire ont permis aux acteurs locaux de s'exprimer sur les difficultés spécifiques de chaque territoire : réponse aux urgences vitales, réduction du risque de séquelles, temps d'accès, tensions sur les effectifs médicaux, recours des établissements privés en dehors de l'autorisation de médecine d'urgence.

L'analyse des données a porté sur :

- le rapport du dispositif au bassin de population
- le rapport à l'activité globale des établissements
- le rapport aux données déclarées dans l'enquête et portant spécifiquement sur les plages de la PDSES
- la prise en compte des tensions repérées sur la démographie médicale (nombre, âge des praticiens)
- le rapprochement des établissements sur le même territoire : perspectives des partenariats ouverts par la constitution des Communautés Hospitalières de Territoire,

Au niveau régional, deux points méritent d'être soulignés dans la phase d'état des lieux :

1. Les plateaux techniques ouverts H24

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

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

La réflexion envisage les modalités de regroupement de l'activité de nuit, de week-end et de jours fériés sur un nombre de plateaux techniques limités par territoire de santé.

2. La prise en charge des soins non programmés hors services d'accueil des urgences autorisés

Le nombre de services d'urgences hors POSU est plutôt limité en région NPDC, 3 établissements bénéficiant d'une autorisation (2 sur l'Artois, 1 dans le Hainaut).

Plusieurs établissements privés de la région proposent néanmoins un accueil 24h sur 24 aux patients habituellement suivis et aux nouveaux patients nécessitant une prise en charge en urgence, sans que ces établissements n'aient d'autorisation d'activité de médecine d'urgence ou de plateaux techniques d'accès direct.

Certains établissements publics de la région comme les CH de Le Quesnoy ou Saint Amand les Eaux assurent aussi l'accueil de soins non programmés, notamment le week-end, sans autorisation d'activité d'urgences.

3. LA DEFINITION DU SCHEMA CIBLE REGIONAL DE PDSES

3.1. Les objectifs généraux

La réorganisation de la PDSES constitue l'un des outils majeurs de la réorganisation future de l'offre de soins non programmés. Erigeant désormais la PDSES en mission de service public, la Loi HPST donne compétence au directeur général de l'ARS pour l'organisation territoriale et l'attribution de cette mission de service public.

Les objectifs généraux de la réorganisation de la PDSES sont :

- Garantir l'accès aux soins : optimiser l'organisation de la PDSES pour l'ensemble des activités de soins qui la requièrent, permettant de garantir un égal accès aux soins, au niveau infrarégional ou régional selon les disciplines concernées (principe de gradation des soins) en lien avec le réseau des urgences, la nuit, les week-end et les jours fériés ;
- Améliorer la qualité de prise en charge : sécuriser les parcours de soins non programmés pour que toutes les demandes obtiennent une réponse adaptée en termes de prise en charge ou d'orientation ;
- Améliorer l'efficacité : élaborer un schéma cible de PDSES en optimisant l'utilisation de la ressource médicale dans la région :
 - en prenant en compte l'ensemble des filières de prise en charge
 - en veillant à la soutenabilité du dispositif
 - en répartissant de manière équitable les contraintes d'exercice entre les secteurs public et privé et faciliter la participation des praticiens libéraux dans le dispositif
 - en privilégiant les mutualisations entre établissements.

L'organisation de la PDSES doit s'inscrire dans une logique d'optimisation des ressources médicales existantes et dans la limite des moyens financiers dédiés au sein du Fonds d'Intervention Régional. Elle peut, selon les besoins, amener à une réduction de l'offre existante pour une activité définie. Cela aboutira à une mutualisation ou une réduction du nombre de sites d'astreintes et de gardes. Les travaux peuvent également mettre en avant un besoin spécifique à couvrir sur un territoire.

Les actions qui structurent le schéma cible traduisent la mise en œuvre de ces objectifs :

- L'amélioration de la prise en charge des urgences vitales (accès aux soins) ;
- La gradation des plateaux techniques et la coopération des acteurs pour concilier accès aux soins, qualité et efficience ;
- La prise en compte des gardes d'internes dans le dispositif permet de reconnaître leur place effective dans le dispositif de PDSES. Elle contribue en ce sens à consolider la formation des médecins et à répondre aux enjeux de la démographie médicale.

Dans le prolongement du schéma cible, la structuration du réseau des urgences et le développement du répertoire opérationnel des ressources (ROR) constitueront les leviers privilégiés de la mise en cohérence entre urgences et PDSES.

3.2. Les principes d'élaboration du schéma

3.2.1. Prise en compte des besoins

L'évaluation des besoins par la consommation de soins (ou du taux de recours) n'a pas été possible devant la difficulté à fiabiliser les données d'activité recueillies pendant l'enquête 2011. Ces données étant par ailleurs très divergentes avec celles de l'enquête de 2009 et celles de la SAE, il a été validé par consensus que les données d'activité ne seraient pas prises en compte pour définir le schéma.

L'évaluation des besoins a donc porté sur les besoins exprimés : temps d'accès aux soins, plateaux techniques des sites d'urgences, soutenabilité des lignes de permanence par les professionnels.

Dans ce cadre, des lignes dédiées à l'amélioration de la prise en charge des urgences vitales ont été prévues sur les territoires où ont été repérées certaines spécialités déficitaires (radiologie interventionnelle, chirurgie vasculaire).

3.2.2. Activités réglementées : mise en phase avec les normes et seuils en vigueur

Les réglementations visées sont les suivantes :

Gynéco- Obstétrique et pédiatrie

Art D. 6124-44 CSP, art D.6124-56 CSP et art D. 6124-61 CSP

- Pour les maternités:

<1500 naissances : le gynécologue est d'astreinte dédiée. Un chirurgien est d'astreinte si le gynécologue n'a pas la compétence chirurgicale. L'anesthésiste et le pédiatre sont d'astreinte.

>1500 naissances : le gynécologue est de garde. Un chirurgien est d'astreinte si le gynécologue n'a pas la compétence chirurgicale. L'anesthésiste est de garde, le pédiatre est d'astreinte.

>2000 naissances : le gynécologue est de garde. Un chirurgien est d'astreinte si le gynécologue n'a pas la compétence chirurgicale. L'anesthésiste est de garde dédiée, le pédiatre est d'astreinte.

Réanimation pédiatrique

Art D. 6124-34-3 CSP

Un pédiatre est de garde. Selon le niveau d'activité, une deuxième ligne de garde est envisageable.

Réanimation médicale adulte

Art D. 6124-31 CSP

Une garde par structure est inscrite.

Unité de surveillance continue

L'activité a été considérée comme relevant de la continuité des soins.

Chirurgie cardiaque

Art D. 6124-123 CSP

Une astreinte de chirurgien cardiaque est inscrite par site.

Cardiologie interventionnelle

Art D. 6124-181 CSP

Une astreinte par site est inscrite. Une mutualisation des lignes d'astreinte entre plusieurs sites est possible, avec maintien réglementaire de deux astreintes.

Unités de soins intensifs cardiologiques

Art D. 6214-105 et art D. 6124-109 CSP

Une garde par site est inscrite.

Neurochirurgie

Art D. 6124-138 CSP

Une astreinte par site est inscrite.

Radiologie interventionnelle

Art D. 6124-150 CSP

Une astreinte par territoire est inscrite pour la radiologie vasculaire interventionnelle. Des propositions complémentaires seront faites dans le cadre du travail sur la permanence des soins en imagerie.

L'activité de permanence des soins d'anesthésie réglementée pour la chirurgie cardiaque et la neurochirurgie devra être prise en compte sur les établissements concernés.

3.2.3. Préfiguration du réseau des urgences : les niveaux des sites d'urgence

La définition des différents niveaux des sites d'urgences établie par le Conseil National de l'Urgence Hospitalière (CNUH, 30 novembre 2010) est une aide à la définition du maillage du schéma cible régional de permanence des soins en établissements de santé. Son application aux spécificités de la région permet de définir :

Le Niveau 1 ou niveau de proximité, qui dispose d'une structure d'urgence habilitée. Elle est sous la responsabilité de médecins urgentistes. Le niveau 1 fonctionne 24h/24. Elle est à même de recevoir toute urgence en entrée directe. Elle dispose d'une salle d'accueil des urgences vitales afin de stabiliser un patient avant son transfert vers un niveau 2 ou un niveau de recours. Le niveau 1 peut stabiliser un patient avant transfert immédiat en liaison avec le SAMU vers la structure la plus appropriée à l'état du patient. Toute pathologie relevant de l'urgence doit pouvoir être accueillie dans un niveau 1 avant transfert. C'est donc un niveau de stabilisation, éventuellement d'hébergement mais pas obligatoirement de traitement, le recours au plateau technique pouvant être dissocié de l'hospitalisation.

Ces niveaux 1 doivent disposer d'imagerie (en particulier échographie, imagerie conventionnelle, scanner avec télé imagerie), d'un laboratoire d'urgence disponible, de possibilité d'intervention chirurgicale non spécialisée en journée. Une organisation des interventions chirurgicales en viscérale et traumatologie séparant soirée de nuit profonde avec mutualisation opératoire sur un seul site peut être localement envisagée.

Le Niveau 2 : la définition du CNUH a été adaptée aux besoins exprimés et aux plateaux techniques disponibles dans la région : il doit accueillir toutes les urgences et dispose d'une large salle d'accueil des urgences vitales. Il se définit comme site d'urgence pouvant accueillir un patient dans un service de réanimation polyvalente sans le transférer. La radiologie fonctionne 24h/24. Les activités chirurgicales d'urgences viscérales et traumatologiques sont disponibles H24.

Il sera pertinent, dans le volet « urgences » du SROS, et en vue d'organiser le répertoire opérationnel des ressources, de définir des sites d'urgences de recours territorial, disposant d'une unité d'angio coro, d'une UNV, des activités chirurgicales d'urgences viscérales et traumatologiques H24 mais aussi d'activités de recours (chirurgie cardiaque, neurochirurgie, radiologie interventionnelle, chirurgie vasculaire, chirurgie thoracique, ORL, ophtalmologie, Stomatologie, chirurgie pédiatrique) H24 sur place ou par convention avec un établissement en disposant.

Le niveau de recours régional : ce niveau dépasse le territoire et s'envisage au niveau régional ou inter régional. Toutes les activités de recours sont disponibles. C'est à ce niveau que doivent être envisagées les structures de prise en charge du traumatisé ou du blessé graves.

3.2.4 Les coopérations

Levier privilégié de l'optimisation, les partenariats entre établissements sur la prise en charge des urgences sont prévus de plusieurs manières :

- l'autorisation de faire fonctionner un service d'urgence peut être accordée à un établissement qui passe convention avec un autre établissement de santé, avec un cabinet d'imagerie ou avec un laboratoire d'analyses de biologie médicale de ville, ou dans le cadre du réseau mentionné à l'article R. 6123-26 pour disposer d'un accès à un plateau technique de chirurgie, d'imagerie médicale et d'analyses de biologie médicale (Article R6123-6)

- l'accueil d'un patient adressé par un service d'urgences (Article R6123-19):

« Pour assurer, postérieurement à son accueil, l'observation, les soins et la surveillance du patient jusqu'à son orientation, l'établissement organise la prise en charge diagnostique et thérapeutique selon le cas : (...)

4° En orientant le patient vers une consultation de l'établissement ou d'un autre établissement de santé ;

5° En liaison avec le SAMU, en l'orientant vers un autre établissement de santé apte à le prendre en charge et, si nécessaire, en assurant ou en faisant assurer son transfert ;

Le rôle des établissements non autorisés comme service d'urgence est prévu par l'article R6123-12 du Code de la Santé : l'établissement de santé qui n'a pas l'autorisation d'exercer l'activité mentionnée au 3° de l'article R. 6123-1 [peut répondre] aux obligations générales de secours et de soins aux personnes en danger qui s'adressent à lui et :

1° Dispense des soins immédiats à un patient qui se présente aux heures d'ouverture de ses consultations et, s'il y a lieu, l'adresse ou le fait transférer, après régulation par le SAMU, dans un établissement de santé ayant l'autorisation d'exercer cette activité ;

2° Dispense des soins non programmés à tout patient qui lui est adressé par un médecin libéral exerçant en cabinet, après examen et consentement du patient, lorsqu'un accord préalable direct a été donné par le médecin de l'établissement qui sera appelé à dispenser les soins nécessaires;

3° Dispense des soins non programmés à tout patient qui lui est adressé par le SAMU lorsqu'un accord préalable à l'accueil dans l'établissement a été donné. »

Le schéma régional d'organisation des soins précise les activités spécialisées impliquant une prise en charge directe des patients et prévoit leur implantation sur le territoire de santé.

Lorsque le patient nécessite une prise en charge médicale ou chirurgicale spécialisée dans un très bref délai et que son pronostic vital ou fonctionnel est engagé, il est directement orienté, par le SAMU ou en liaison avec ce dernier, vers le plateau technique adapté à son état.

L'établissement de santé qui dispose d'un plateau technique lui permettant d'assurer sur un site unique et de façon hautement spécialisée la prise en charge peut signer une convention avec un établissement de santé autorisé à exercer une activité d'urgences, visant à accueillir et à prendre en charge en permanence les patients relevant de l'activité pour laquelle il est spécialisé.

Enfin, la mutualisation de l'organisation de la PDSES est rendue possible par le statut des personnels médicaux hospitaliers et par le dispositif d'intervention des médecins libéraux dans les établissements publics de santé et les établissements de santé privés sans but lucratif.

Les préoccupations exprimées par les établissements portent sur :

- la traduction médico-économique de ces coopérations (perte d'activité induite par la réorientation du patient)
- le transfert du patient après la phase de prise en charge en urgence
- et la contrainte pouvant peser sur les praticiens en termes de temps de trajet domicile- lieu d'intervention si les lieux de permanence des soins sont regroupés.

Le principe des coopérations sera approfondi localement et pourra constituer un des éléments de la réponse des établissements au cahier des charges PDSES.

3.2.5 Prise en compte des lignes d'internes

Sur la base des lignes déclarées par les établissements, avec au moins une garde sur place de pédiatrie et gynéco obstétrique sur les établissements de niveau III en néonatalogie et au moins une garde sur place de chirurgie et de médecine par site d'urgence de niveau 2.

Prise en compte spécifique des établissements du CHRU et du GHICL au regard de leur rôle universitaire.

3.2.6 Activités prises en compte dans le schéma, en sus des activités réglementées

Principe général pour les activités non réglementées : optimisation du dispositif en cohérence avec la définition des niveaux des urgences (chirurgie orthopédique, viscérale), mutualisation territoriale des sur- spécialités (ORL, Ophtalmo, stomato), renforcement du dispositif sur les urgences vitales (radiologie interventionnelle, chirurgie vasculaire).

Nota : Les données d'activité des urgences ne sont présentées qu'à titre indicatif et ne sont pas à ce jour un critère décisionnel. Si celles-ci devaient le devenir, elles seraient préalablement confortées avec les établissements de santé.

Néphrologie – hémodialyse

Cette spécialité n'induit pas, a priori, une obligation de PDSES, les urgences (insuffisance rénale aiguë) relèvent d'une prise en charge en réanimation.

Unités neuro-vasculaires : une astreinte par site est inscrite, en prenant en compte les filières existantes (Télé AVC) et en encourageant le développement de celles-ci sur les sites n'ayant pas d'UNV et se trouvant à distance d'un site d'UNV.

Autres Soins intensifs

Une astreinte par site est inscrite.

Chirurgie orthopédique et traumatologique et chirurgie viscérale

Une astreinte pour chaque chirurgie par site d'urgence de niveau 2 est proposée. Une demi-astreinte sera instaurée sur les sites d'urgence de niveau 1 pour le début de nuit (20h- 00h), le samedi après midi et le dimanche de 8h à minuit.

Endoscopie bronchique

Une astreinte par territoire est proposée.

Endoscopie digestive

Une astreinte par site d'urgence de niveau 2 est proposée (urgence hémorragique).

Chirurgie ORL, stomato et ophtalmo

Le schéma cible intègre les accords consensuels des réunions territoriales : une ligne de permanence par territoire permettrait de réduire les tensions de démographie tout en couvrant les besoins du territoire. Ces lignes de recours infrarégional ne comprendront donc pas le CHRU de recours régional.

Chirurgie urologique

Deux astreintes par territoire sont proposées.

Chirurgie vasculaire

Une astreinte par territoire est proposée.

Chirurgie thoracique

Une astreinte par territoire est proposée.

Chirurgie infantile

Une astreinte par territoire avec renforcement du recours régional est proposée.

Anesthésie

Les lignes de permanence d'anesthésie ont été proposées en fonction des lignes de chirurgie et d'anesthésie en maternité (dédiées ou non selon le nombre de naissances).

Imagerie

Les propositions sont à venir. Le cahier des charges sera préparé afin de rendre cohérente les activités de chacune des spécialités. Une mutualisation des lignes d'astreintes pourra s'appuyer sur les dispositifs de télé imagerie mobilisable rapidement sur la région Nord Pas-de-Calais.

Les cibles de certaines spécialités (endoscopie digestive, endoscopie bronchique) ont été discutées en fonction des besoins et des possibilités sur chaque territoire.

La PDSSES de l'activité de biologie fera l'objet d'une orientation commune au volet biologie du SROS.

Les cibles détaillées sont présentées par territoire de santé et par spécialité.

4. OBJECTIFS OPERATIONNELS DE MISE EN ŒUVRE DU SCHEMA DE PERMANENCE DES SOINS EN ETABLISSEMENTS DE SANTE

Objectif opérationnel 1 : Assurer la qualité et la sécurité des soins en heure de permanence des soins

Action 1 : Elaborer des propositions en respect des réalités démographiques des spécialités concernées (*septembre 2012*)

Indicateur : nombre de praticiens par ligne de permanence des soins dans l'état des lieux et potentiel dans les propositions.

Action 2 : S'assurer de la soutenabilité des lignes de permanence des soins proposées par les établissements assurant la mission de service public de permanence des soins.

Indicateur : nombre de praticiens par ligne proposée par l'établissement.

Action 3 : Assurer le respect de la réglementation de la permanence des soins pour les spécialités concernées (*septembre 2012*).

Indicateur : nombre de spécialités respectant la réglementation.

Objectif opérationnel 2 : Assurer un égal accès aux soins aux usagers

Action 1 : Structurer la prise en charge des urgences vitales au sein du réseau des urgences, en organisant la prise en charge d'aval des urgences.

Indicateur : Mise en place de filières diagnostiques et thérapeutiques au sein de chaque territoire

Action 2 : Créer de lignes de permanence des soins pour les spécialités de recours territorial si inexistantes

Indicateur : nombre de lignes de permanence des soins créées

Action 3 : Instaurer une condition de « zéro refus » dans les filières de prise en charge

Indicateur : nombre de refus de prise en charge en heure de permanence des soins par les établissements et/ou les professionnels

Objectif opérationnel 3 : Mettre en œuvre le schéma de permanence des soins en établissement de santé : modalités

Action 1 : Elaborer des cahiers des charges par spécialité ou groupe de spécialité comparables ou liées, à adapter aux réalités des territoires (cahier des charges incluant les actions 2 et 3 de l'objectif opérationnel 1 et actions 2 et 3 de l'objectif opérationnel 2).

Indicateur : nombre de cahiers des charges élaborés avant juin 2013.

Action 2 : Modalités de coopération à définir en fonction des initiatives professionnelles existantes, des propositions des établissements, des réalités démographiques et géographiques des territoires.

Indicateur : modes de coopération utilisés dans la région Nord Pas de Calais

Action 3 : Attribuer la mission de service public en fonction des réponses des établissements au cahier des charges

Indicateur : nombre d'établissements ayant répondu aux cahiers des charges, nombre d'établissements se voyant attribuer une mission de service public.

Objectif opérationnel 4 : Mettre en place un dispositif d'évaluation du schéma de permanence des soins afin de s'assurer de son évolutivité

Action 1 : Créer un registre de dysfonctionnements et de refus de prise en charge ou de refus de soins

Action 2 : Evaluer l'activité par ligne de permanence des soins

Objectif opérationnel 5 : Assurer la fluidité du parcours de soins du patient

Action 1 : Mettre en cohérence la PDSES avec le réseau des urgences (cf volet « urgences »)

Action 2 : Elaborer le répertoire opérationnel des ressources (ROR) (cf volet « urgences »)

ANNEXE 1: Répartition des lignes de permanence des soins au sein des établissements de santé de la région par territoire de santé (actuelles et proposées dans le cadre du schéma régional de PDSES)

Schéma Régional d'Organisation des Soins

HAINAUT			
Liste des spécialités (dont activités réglementées)	Lignes de permanence actuelles par établissement	Propositions	Lignes d'Internes
Gynéco Obstétrique	1 GSP CH Valenciennes 1 GSP CH Cambrai 1 GSP CH Le Cateau 1 A CH Denain 1 A CH Maubeuge 1 A CH Fourmies	1 GSP CH Valenciennes 1 A CH Cambrai 1 A CH Maubeuge 1 A sur CH Denain 1 A CH Fourmies 1 A CH le Cateau, 1 A pol du parc St Saulve 1 A cl sainte Marie 1 A pol Val de Sambre	1 GSP CH Valenciennes 1 GSP CH Maubeuge 1 GSP CH Cambrai
Anesthésie mater (en fonction du nombre de naissances) (dédiée ou non)	1 GSP CH Valenciennes 1 GSP CH Le Cateau 1 A CH Denain 1 GSP CH Cambrai 1 GSP CH Maubeuge 1 A CH Fourmies	1 GSP CH Valenciennes 1 A CH Le Cateau 1 A CH Denain 1 A CH Cambrai 1 A CH Maubeuge 1 A CH Fourmies 1 A pol du Parc St Saulve 1 A cl Sainte Marie 1 A pol Val de Sambre	
Néonatal/ SI Néonatal/ Réanimation néonatal	1 GSP CH Valenciennes 1 A CH Maubeuge	1 GSP CH Valenciennes 1 GSP CH Maubeuge	1,5 GSP CH Valenciennes
Pédiatrie générale (maternité et/ou accueil pédiatrique aux urgences)	1 GSP CH Valenciennes 1 GSP CH Maubeuge 1 A CH Cambrai 1 A CH Le Cateau 1 A CH Fourmies 1 A CH Denain	1 GSP CH Valenciennes 1 A CH Maubeuge 1 A CH Cambrai 1 A CH Le Cateau 1 A CH Fourmies 1 A CH Denain 1 A pol du Parc st saulve 1 A cl sainte Marie 1 A pol Val de Sambre	1 GSP CH Cambrai 1 GSP CH Maubeuge
Réanimation adulte	1 GSP CH Valenciennes 1 GSP CH Cambrai 1 GSP CH Maubeuge	1 GSP CH Valenciennes 1 GSP CH Cambrai 1 GSP CH Maubeuge	
USIC	1 GSP CH Valenciennes 1 GSP pol Vauban 1 GSP CH Cambrai 1 GSP CH Maubeuge	1 GSP CH Valenciennes 1 GSP pol Vauban 1 GSP CH Cambrai 1 GSP CH Maubeuge	
Angio/ Coro	1 A CH Valenciennes	2 A: mutualisation des astreintes en cours entre CH Valenciennes et pol	
UNV	Garde télé AVC avec CH Lens, CH Cambrai, CH Maubeuge, CH Valenciennes 1 A CH Maubeuge 1 A CH Valenciennes	Garde télé AVC avec CH Lens, CH Cambrai, CH Maubeuge, CH Valenciennes 1 A CH Maubeuge 1 A CH Valenciennes	
Chirurgie cardiaque	0	0	
Neurochir	1 A CH Valenciennes	1 A CH Valenciennes	
Anesthésie hors mater	1 A pol Vauban 1 GSP CH Valenciennes	1 GSP CH Valenciennes 0,5 A pol Vauban 1 A CH Maubeuge 1 A CH Cambrai	1 GSP CH Cambrai
Soins intensifs	1 A SI Hémato CH Valenciennes	1 A SI Hémato CH Valenciennes 1 A CH Maubeuge 1 A pol Vauban	
Radiologie vasculaire interventionnelle	1 A CH Valenciennes	1 A territoriale	
Chirurgie vasculaire	1 A CH Valenciennes	1 A sur le territoire	
Chirurgie Thoracique	0	1 A à prévoir	
Ophtalmologie	1 A CH Valenciennes 1 A CH Cambrai	1 A sur le territoire	
urologie	1 A CH Valenciennes 1 A pol Vauban 1 A CH Maubeuge 1 A CH Fourmies	2 A sur le territoire	
ORL	1 A CH Valenciennes 1 A CH Cambrai	1 A sur le territoire	
Endoscopie digestive	1 A CH Valenciennes 1 A CH Maubeuge	3 A sur le territoire	
Endoscopie bronchique	0 (astreintes privées sur établissements non site d'urgence)	1 A sur le territoire	
Stomato	1 A CH Valenciennes	1 A sur le territoire	
Chirurgie pédiatrique	1 A CH Valenciennes	1 A CH Valenciennes	
Chirurgie traumatato	1 A CH Valenciennes 1 A CH Cambrai 1 A CH Maubeuge 1 A CH Fourmies	3 A sur le territoire +0,5 astreinte	1 GSP CH Valenciennes 1 GSP CH Cambrai 1 GSP CH Maubeuge
Chirurgie viscérale	1 A CH Valenciennes 1 A CH Cambrai 1 A CH Maubeuge 1 A CH Fourmies 1 A chirurgie générale CH Denain 1 A pol Vauban	3 A sur le territoire + 3 demi astreintes	
Imagerie	2 GSP CH Valenciennes 1 A CH Denain 1 A CH Cambrai 1 A CH Maubeuge 1 A CH Fourmies	Travail en cours	
Biologie	1 A CH Valenciennes 1 A CH Cambrai 1 A CH Maubeuge 1 A CH Fourmies	SROS Biologie	
Médecine/ Internes			1 GSP CH Valenciennes 1 GSP CH Cambrai 1 GSP CH Maubeuge

Schéma Régional d'Organisation des Soins

LITTORAL			
Liste des spécialités (dont activités réglementées)	Lignes de permanence actuelles par établissement	Propositions	Lignes d'internes
Gynéco Obstétrique	1 GSP GCS Flandre Maritime 1GSP CH Calais 1GSP CHSO 1GSP CH Boulogne 1A CH Montreuil 1 GSP cl Villette	1 GSP GCS Flandre Maritime 1GSP CH Calais 1GSP CHSO 1A CMCO 1A CH Boulogne 1A CH Montreuil 1 GSP cl Villette	1 GSP CH Calais
Anesthésie mater (en fonction du nombre de naissances) (dédiée ou non)	1GSP GCS Flandre Maritime 1GSP CH Calais 1 GSP CH Boulogne 1 GSP CHSO 1 GSP CH Montreuil 1 GSP cl Villette	1GSP GCS Flandre Maritime 1GSP CH Calais 1 A CH Boulogne 1 GSP CHSO 1 A CMCO 1 A CH Montreuil 1 GSP cl Villette	
Néonatal/SI Néonatal/ Réanimation néonatal	1GSP+1A CH Calais 1GSP CH Boulogne 1 GSP GCS Flandre Maritime 1 A CHSO	1GSP+1A CH Calais 1GSP CH Boulogne 1 GSP GCS Flandre Maritime	
Pédiatrie générale (maternité et/ou accueil pédiatrique aux urgences)	1A CH Dunkerque 1A CH Calais 1A CH Montreuil 1 A cl Villette	1A CH Dunkerque 1A CH Calais 1A CH Montreuil 1 A cl Villette 1 A CHSO 1 A CMCO	1 GSP CH Dunkerque 1 GSP CH Calais 1 GSP CH Boulogne
Réanimation adulte	1 GSP CH Calais 1 GSP CH Dunkerque 1 GSP CHSO 1 GSP CH Boulogne 1 GSP CH Montreuil	1 GSP CH Calais 1 GSP CH Dunkerque 1 GSP CHSO 1 GSP CH Boulogne 1 GSP CH Montreuil	
USIC	1 GSP CH Dunkerque 1 GSP CH Calais 1 GSP CHSO 1 GSP CH Boulogne 1 GSP CMCO	1 GSP CH Dunkerque 1 GSP CH Calais 1 GSP CHSO 1 GSP CH Boulogne 1 GSP CMCO	
Angio/ Coro	1 A CH Dunkerque 1/2 GSP 1/2 A CH Boulogne	1 A CH Dunkerque 1 A CMCO 1 A CH Boulogne	
UNV	1 A CH Dunkerque 1 A CH Calais 1 A CH Boulogne	1 A CH Dunkerque 1 A CH Calais 1 A CH Boulogne	
Chirurgie cardiaque	0	0	
Neuro chir	0	0	
Anesthésie hors maternité	1 A CH Dunkerque 1 A CH Calais 1 GSP CHSO 1 A CH Boulogne	1 A CH Calais 1 A CH Boulogne 1 A CH Montreuil 1 A CH Dunkerque	
Soins Intensifs	1 A SI hémato CH Dunkerque 1 A SI hémato CH Boulogne	1 A SI hémato CH Dunkerque 1 A SI hémato CH Boulogne 1 A CMCO	
Radiologie vasculaire interventionnelle	0	1 A sur le territoire	
Chirurgie thoracique	1 A CH Boulogne	1 A sur le territoire	
Chirurgie vasculaire	1 A vasc+tho CH Dunkerque 1 A CH Montreuil 1 A CH Boulogne	1 A sur le territoire	
ORL	1 A CH Dunkerque 1 A CHSO 1 A CH Calais 1 A CH Boulogne	1 A sur le territoire	
Stomato	0	1 A sur le territoire	
Endoscopie bronchique	1 A CHSO 1 A CH Dunkerque 1 A CH Calais 1 A CH Boulogne 1 A CH Montreuil	1 A sur le territoire	
Endoscopie digestive	1A CH Calais 1 A CH Dunkerque 1 A CHSO 1 A CH Boulogne 1 A CH Montreuil	5 A sur le territoire	
Ophthalmologie	1 A CH Dunkerque 1 A CH Calais 1 A CH Boulogne	1 A sur le territoire	
Urologie	1 A CH Dunkerque 1 A CHSO 1 A CH Calais 1 A CH Boulogne 1 A CH Montreuil	2 A sur le territoire	
Chirurgie pédiatrique	0	1 A sur le territoire	
Chirurgie traumatologique	1 A CH Dunkerque 1 A CHSO 1 A CH Calais 1 A CH Boulogne 1 A CH Montreuil	5 A	1 GSP CH Dunkerque 1 GSP CH Calais 1 GSP CH St Omer 1 GSP CH Montreuil 1 GSP CH Boulogne
Chirurgie viscérale	1 A CH Dunkerque 1 A CHSO 1 A CH Calais 1 A CH Boulogne 1 A CH Montreuil	5 A	
Imagerie	1GSP et 1A CH Dunkerque 1 A CH Calais 1 A CHSO 1 A CH Boulogne 1 A CH Montreuil	Travail en cours	
Biologie	1 A CH Dunkerque 1 A CH Calais 1 A CHSO 1 A CH Montreuil 1 A CH Boulogne	SROS Biologie	
Médecine/ Internes			1 GSP CH Dunkerque 1 GSP CH Calais 1 GSP CH St Omer 1 GSP CH Boulogne 1 GSP CH Montreuil

Schéma Régional d'Organisation des Soins

METROPOLE			
Liste des spécialités (dont activités réglementées)	Lignes de permanence actuelles par établissement	Propositions	Lignes d'Internes
Gynéco Obstétrique	2 GSP CHRU 1 GSP GHICL 1 GSP CH Seclin 1 GSP pol du Bois 1 A CH Hazebrouck 1 GSP CH Armentières 1 GSP CH Roubaix 1 GSP CH Tourcoing 1 GSP HPVA	2 GSP CHRU 1 GSP GHICL 1 GSP CH Seclin 1 GSP pol du Bois 1 A CH Hazebrouck 1 GSP CH Armentières 1 GSP CH Roubaix 1 GSP CH Tourcoing 1 GSP HPVA 1 A cl Val de Lys	2 GSP CHRU 1 GSP GHICL 1 GSP CH Seclin 1 GSP CH Armentières 1 GSP CH Roubaix 1 GSP CH Tourcoing
Anesthésie mater (en fonction du nombre de naissances) (dédiée ou non)	1 GSP CHRU 1 GSP pol du Bois 1 GSP CH Hazebrouck 1 GSP CH Roubaix 1 GSP CH Tourcoing 1 GSP CH Armentières 1 GSP CH Seclin 1 GSP HPVA 1 GSP GHICL	1 GSP CHRU 1 GSP pol du Bois 1 A CH Hazebrouck 1 GSP CH Roubaix 1 GSP CH Tourcoing 1 GSP CH Armentières 1 GSP CH Seclin 1 GSP HPVA 1 GSP GHICL 1 A cl Val de Lys	1 GSP CHRU
Néonatal/SI Néonatal/ Réanimation néonatal	1 GSP 1A CHRU 1 GSP GHICL 1 GSP Roubaix	1 GSP 1A CHRU 1 GSP GHICL 1 GSP Roubaix	1 GSP CHRU
Pédiatrie générale (maternité et/ou accueil pédiatrique aux urgences)	2GSP 6 A CHRU 1 GSP+1/2 A GHICL 1 A CH Seclin 1 A commune CH Armentières et CH Hazebrouck 1 A CH Roubaix 1 A CH Tourcoing	2GSP 6 A CHRU 1 GSP+1/2 A GHICL 1 A CH Seclin 1 A commune CH Armentières et CH Hazebrouck 1 GSP CH Roubaix 1 A CH Tourcoing 1 A HPVA 1 A pol Val de Lys 1 A pol du Bois	1 GSP CHRU 2 GSP GHICL 1 GSP CH Roubaix
Réanimation Pédiatrique Réanimation Med adulte	1 GSP CHRU 3 GSP et 2A médecine CHRU 1 GSP GHICL 1 GSP CH Armentières 1 GSP CH Roubaix 1 GSP CH Tourcoing 1 GSP pol du Bois	1 GSP CHRU 3 GSP et 2A médecine CHRU 1 GSP GHICL 1 GSP CH Armentières 1 GSP CH Roubaix 1 GSP CH Tourcoing 1 GSP pol du Bois	1 GSP CHRU 3 GSP CHRU
USIC	1 GSP CHRU 1 GSP GHICL 1 GSP pol du Bois 1 GSP HP Louvière 1 GSP CH Roubaix 1 GSP HPVA 1 A CH Tourcoing	1 GSP CHRU 1 GSP GHICL 1 GSP pol du Bois 1 GSP HP Louvière 1 GSP CH Roubaix 1 GSP HPVA 1 GSP CH Tourcoing	1 GSP CHRU
Angio/ Coro	1 A CHRU 1 A GHICL 1 A CH Roubaix et CH Tourcoing	1 A CHRU 1 A GHICL 1 A pol du Bois 1 A HP Louvière 1 A CH Roubaix et CH Tourcoing 1 A HPVA	
Grands Brûlés UNV	1 GSP + 1A CHRU 1 GSP CHRU 1 A GHICL 1 A CH Roubaix 1 A CH Tourcoing	1 GSP + 1A CHRU recours régional 1 GSP CHRU + 1A I&EAVC 1 A GHICL 1 A CH Roubaix 1 A CH Tourcoing	1 GSP CHRU
Neurochirurgie	1/2 A 1/2 GSP CHRU	1 GSP de recours régional 1 A de recours territorial 1 A de recours régional	1 GSP CHRU
chirurgie cardiaque	1 A CHRU	1 A de recours régional	1 GSP CHRU
Anesthésie hors maternité	4G 4 A CHRU (+1G 2A Greffe) 2 A GHICL 1 A cl Lille Sud 1 GSP CH Roubaix 1 A CH Tourcoing 1 A HPVA	Lignes adaptées aux niveaux des sites d'urgence et maternité: 5GSP 4 A CHRU 1,5 A GHICL 1 A cl Lille Sud 1 A CH Roubaix 1 A CH Tourcoing	4 GSP CHRU 1 GSP CH Roubaix 1 GSP CH Tourcoing
Anesthésie pédiatrique	1 A CHRU 1 A CH Roubaix	1 GSP CHRU	
Chirurgie de la main	1 GSP cl Lille Sud/ CHRU	1 GSP cl Lille Sud/ CHRU	1 GSP Lille Sud/ CHRU
Maladies infectieuses	1 A CHRU 1 A CH Tourcoing	1 A CHRU 1 A CH Tourcoing	
Soins Intensifs	1 GSP CHRU (réa gastro) 1 A hémato GHICL 1 A hémato CH Roubaix 1 GSP CH Seclin	1 GSP CHRU (réa gastro) 1 A hémato GHICL 1 A hémato CH Roubaix 1 GSP CH Seclin 1 A pol du Bois 1 A HP Louvière 1 A CH Tourcoing 1 A HPVA	1 GSP CHRU (réa gastro)
Chirurgie thoracique	1 A CHRU	1 A CHRU	
Radiologie interventionnelle	5 A CHRU (1 A Neuro Radiologie interventionnelle, 2 A Thoraco Cardio Vasculaire interventionnel, 2 A explorations fonctionnelles)	1 GSP 3 A CHRU (1 GSP thoraco cardio vasculaire interventionnel, 1 A Neuro Radiologie interventionnelle, 2A explorations fonctionnelles) +1 & 2 A selon propositions imagerie	1 GSP CHRU
Chirurgie vasculaire	1 A régionale CHRU 1 A GHICL 1 A CH Roubaix 1 A CH Tourcoing	1 A régionale CHRU + 1 A sur le territoire	
urologie	1 A CHRU 1 A GHICL 1 A CH Seclin 1 A CH Roubaix 1 A CH Tourcoing	1 A régionale CHRU + 1 A sur le territoire	
ORL	1 A CHRU 1 A CH Seclin 1 A CH Roubaix Tourcoing	1 A CHRU régionale + 1 A territoriale	1 GSP CHRU
Stomato	1 A CHRU 1 A CH Seclin 1 A CH Roubaix Tourcoing	1 A Régionale CHRU + 1 A sur le territoire	1 GSP CHRU
Endoscopie digestive	1 A CHRU 1 A GHICL 1 A CH Seclin 1 A CH Armentières 1 A CH Roubaix 1 A CH Tourcoing	1A CHRU +4 A sur le territoire	
Endoscopie bronchique	1 A CH Roubaix 1 A CH Tourcoing 1 A CHRU	1 A CHRU + 1 A sur le territoire	
Ophthalmologie	1 A CHRU	1 A CHRU	1 GSP CHRU
Chirurgie pédiatrique	1 A CH Roubaix Tourcoing 1 A CHRU 1 A GHICL 1 A CH Roubaix	1 A CH Roubaix Tourcoing 2A CHRU référent régional	1 GSP CHRU
Chirurgie traumatologique	1 GSP 2A CHRU 1 A CH Seclin 1 A CH Armentières (qui couvre le CH d'Hazebrouck) 1 A GHICL 1 A CH Roubaix 1 A CH Tourcoing	1 GSP CHRU 1 A GHICL 0,5 A CH Seclin 1 A CH Roubaix 1 A CH Tourcoing 1 A CH Armentières (qui couvre CH Hazebrouck)	4 GSP CHRU 2 GSP GHICL 1 GSP CH Seclin 1 GSP CH Roubaix 1 GSP CH Tourcoing 1 GSP CH Armentières
Chirurgie viscérale	1GSP 5A CHRU (+2A Greffe) 1 A GHICL 1 A CH Seclin 1 A CH Armentières (qui couvre CH Hazebrouck) 1 A CH Roubaix 1 A CH Tourcoing	1 GSP CHRU 1 A GHICL 0,5 A CH Seclin 1 A CH Roubaix 1 A CH Tourcoing 1 A CH Armentières (qui couvre CH Hazebrouck)	
Chirurgie Bariatrique		1 A CHRU recours régional	
Chirurgie plastique et reconstructrice	1 A CHRU (grands brûlés)	1 A CHRU (grands brûlés)	
Imagene	2 GSP CHRU (neuro radiologie et RX abdomino pelvienne) 1 A GHICL 1 A CH Seclin 1 A CH Armentières (qui couvre Hazebrouck) 1 A CH Roubaix	Travail en cours	1 GSP CHRU
Biologie	8 A CHRU 1 A GHICL 1 A CH Seclin 1 A CH Armentières 1 A CH Roubaix 1 A CH Tourcoing	SROS Biologie	4 GSP CHRU 0,14 GSP GHICL
Médecine/ Internes			2,5 GSP CHRU 2 GSP GHICL 1 GSP CH Seclin 1 GSP CH Armentières 1 GSP CH Roubaix 1 GSP CH Tourcoing

Schéma Régional d'Organisation des Soins

ARTOIS			
Liste des spécialités (dont activités réglementées)	Lignes de permanence actuelles par établissement	Propositions	Lignes d'internes
Gynéco Obstétrique	1 GSP CH Douai 1 A cl St Amé 1 GSP CH Lens 1 GSP pol Liévin 1 GSP CH Arras 1 GSP CH Béthune 1 A cl La Clarence	1 GSP CH Douai 1 GSP cl St Amé 1 GSP CH Lens 1 GSP pol Liévin 1 GSP CH Arras 1 A HP les Bonnettes 1 A CH Béthune 1 A cl la Clarence 1 A cl Anne d'Artois	1 GSP CH Douai 1 GSP CH Arras 1 GSP CH Lens
Anesthésie/ maternité (en fonction du nombre de naissances) (dédiée ou non)	1 GSP CH Lens 1 GSP pol Liévin 1 A cl la Clarence 1 GSP Cl St Amé 1 GSP CH Douai 1 GSP CH Arras 1 GSP CH Béthune	1 GSP CH Lens 1 GSP pol Liévin 1 A cl la Clarence 1 A cl St Amé 1 GSP CH Douai 1 GSP CH Arras 1 A CH Béthune 1 A HP Les Bonnettes 1 A cl Anne d'Artois	
Néonatal/SI Néonatal/ Réanimation néonatal	1 GSP CH Lens 1 GSP CH Arras	1 GSP CH Lens 1 GSP CH Arras	
Pédiatrie générale (maternité et/ ou accueil pédiatrique aux urgences)	1 GSP CH Douai 1 GSP CH Lens 1 GSP CH Arras 1 A pol Liévin 1 A CH Béthune	1 GSP CH Douai 1 GSP CH Lens 1 GSP CH Arras 1 A pol Liévin 1 A CH Béthune 1 A cl St Amé 1 A HP les Bonnettes 1 A cl Anne d'Artois 1 A cl La Clarence	1 GSP CH Douai 1 GSP CH Arras 1 GSP CH Lens
Réanimation adulte	1 GSP CH Douai 1 GSP CH Lens 1 GSP CH Arras 1 GSP CH Béthune	1 GSP CH Douai 1 GSP CH Lens 1 GSP CH Arras 1 GSP CH Béthune	
USIC	1 GSP CH Douai 1 GSP CH Lens 1 GSP CH Arras 1 GSP CH Béthune 1 GSP HP Bois Bernard	1 GSP CH Douai 1 GSP CH Lens 1 GSP CH Arras 1 GSP CH Béthune 1 GSP HP Bois Bernard	
Angio/ Coro UNV	1 A commune sur CH Lens et HP Bois Bernard 1 GSP (TéléAVC CH Lens, Valenciennes, Maubeuge, Cambrai) 1 A CH Arras 1 A CH Béthune 1 A CH Lens	2 astreintes de site + maintien de la coopération 1 GSP (TéléAVC CH Lens, Valenciennes, Maubeuge, Cambrai) 1 A CH Arras: extension télé AVC? 1 A CH Béthune: extension télé AVC? 1 A CH Lens Extension de télé AVC au CH Douai	
Neuro chirurgie	0	0	
Chirurgie Cardiaque	1 A CH Lens	mutualisation de la ligne au sein du GCS	
Anesthésie hors maternité	1 GSP 3 A CH Lens 1 A CMC Bruay	1 GSP CH Lens 1 demi A CMC Bruay 1 A CH Arras 1 demi A pol HB 1 A CH Béthune	1 GSP CH Douai 1 GSP CH Lens
Soins Intensifs	1 A hémato CH Lens 1 A pneumo CH Béthune	1 A hémato CH Lens 1 A pneumo CH Béthune 1 A HP Bois Bernard	
Chirurgie thoracique	0	1 A territoriale	
Radiologie vasculaire interventionnelle	1 A CH Lens	1 A territoriale	
Ophtalmologie	1 A commune CH Lens avec CH Béthune et CH Arras	1 A commune CH Lens avec CH Béthune et CH Arras	
Stomato	0	1 A à créer	
ORL	1 A CH Douai 1 A CH Lens avec CH Béthune 1 A CH Arras	1 A territoriale	
Chirurgie vasculaire	1 A CH Béthune (avec A. Paré) 1 A CH Douai et Arras 1 A CH Lens	1 A territoriale	
Endoscopie digestive	1 A CH Douai 1 A CH Lens 1 A CH Arras 1 A pol Divion 1 A CH Béthune	4 A sur le territoire	
Endoscopie bronchique	1 A CH Douai 1 A CH Lens 1 A pol Liévin 1 A CH Arras 1 A CH Béthune	1 A sur le territoire	
urologie	1 A CH Douai 1 A CH Lens commune avec pol HB 1 A CH Arras 1 A CH Béthune	1 à 2 A territoriales (en fonction de la soutenabilité des lignes)	
Chirurgie pédiatrique	1 A CH Lens territoriale	1 A CH Lens territoriale	
Chirurgie traumatologique	1 A CH Douai 1 A cl St Amé 1 A CH Lens 1 A pol HB 1 A CH Arras 1 A pol Divion 1 A CH Béthune 1 A CMC Bruay	4 A sur le territoire + 4 demi astreintes	1 GSP CH Douai 1 GSP CH Arras 1 GSP CH Lens 1 GSP CH Béthune
Chirurgie viscérale	1 A CH Douai 1 A cl St Amé 1 A CH Lens 1 A pol HB 1 A CH Arras 1 A pol Divion 1 A CH Béthune 1 A CMC Bruay	4 A sur le territoire + 4 demi astreintes	
Imagerie	1 A CH Douai 1 A CH Lens 1 A pol Liévin 1 A Cl Hénin Beaumont 1 A CH Arras 1 A CH Béthune 1 A pol Divion	Travail en cours	
Biologie	1 A CH Douai 1 A CH Lens 1 A pol HB 1 A CH Arras 1 A Pol Liévin 1 A pol Divion 1 A CH Béthune	SROS Biologie	
Médecine/ Internes			1 GSP CH Douai 1 GSP CH Lens 1 GSP CH Arras 1 GSP CH Béthune

II. URGENCES

1. ELEMENTS DE CONTEXTE ET CADRE JURIDIQUE

1.1. Contexte

Due à une conjonction de facteurs démographiques, épidémiologiques et organisationnels, l'augmentation de la demande de soins non programmés est régulière depuis plusieurs années. Cette augmentation de la demande nécessite une adaptation des dispositifs d'offre, en ambulatoire comme en établissement de santé ou en établissement social et médico-social.

A la suite d'une alerte lancée par les professionnels de l'urgence sur la nécessaire prise de conscience de l'évolution de cette demande de soins non programmés, une feuille de route nationale sur les urgences a été proposée par le Ministère en mars 2013. Cette feuille de route comporte trois volets : accès aux soins urgents en moins de trente minutes, gestion des situations de tension en établissements de santé et anticipation des situations de crise.

Les travaux en région devaient permettre de produire un plan d'action régional à mettre en œuvre d'ici 2015, plan d'action visant notamment une adaptation de l'organisation de la communauté hospitalière permettant d'améliorer le parcours de soins non programmés du patient. Le Pacte Territoire Santé, quant à lui, propose une série d'engagements permettant d'améliorer ce parcours en amont. L'ensemble des orientations proposées dans ce plan d'action est repris dans le volet Urgences du SROS PRS du Nord Pas-de-Calais.

Le volet Urgences traite en priorité de l'accueil des patients au sein des services d'urgences, mission de service public. Des liens sont cependant indispensables avec l'offre de soins ambulatoires d'une part et la filière appelée « d'aval » des urgences d'autre part, filière naturelle des patients nécessitant une hospitalisation ou, de façon plus globale, une prise en charge ultérieure à leur passage aux urgences.

1.2 Cadre juridique

L'activité de médecine d'urgence est encadrée par les textes suivants :

- La loi n°86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires ;
- Les décrets n°2006-576 relatif à la médecine d'urgence et n°2006-577 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence du 22 mai 2006 ;
- Le décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine ;
- L'arrêté du 12 février 2007 fixant le seuil d'activité de médecine d'urgence mentionné à l'article R.6123-9 du code de la santé publique ;
- L'arrêté du 12 février 2007 relatif à la fiche de dysfonctionnement mentionnée à l'article R.6123-24 du code de la santé publique ;
- L'arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du service d'aide médicale urgente ;
- L'arrêté interministériel du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale d'urgence ;
- L'arrêté du 5 mai 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant organisation de la réponse ambulancière à l'urgence pré hospitalière ;
- L'arrêté du 24 juillet 2013 relatif à la remontée des RPU

- Circulaire n°DHOS/SDO/2003/238 du 20 mai 2003 relative à la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent aux urgences ;
- Circulaire n°195/DHOS/O1/2003 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences, déclinée au travers des orientations du Plan urgences du 30 septembre 2003 ;
- Circulaire DHOS/O1 n°2007-65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences ;
- Circulaire interministérielle DHOS/O1/DDSC/BSIS n°2007-457 du 31 décembre 2007 relative à la nécessité d'établir une mise en cohérence des schémas départementaux d'analyse et de couverture des risques (SDACR) et des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) ;
- Circulaire DSC/DHOS/2009/192 du 14 octobre 2009 relative à l'application de l'arrêté interministériel du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale d'urgence et de l'arrêté du 5 mai 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant organisation de la réponse ambulancière à l'urgence pré hospitalière ;
- Instruction n°DGOS/R2/2013/228 du 6 juin 2013 visant à clarifier le cadre juridique et financier des médecins correspondants du SAMU ;
- Instruction n°DGOS/R2/2013/261 du 27 juin 2013 relative aux plans d'action régionaux sur les urgences.

Le code de la santé publique identifie trois modalités de réalisation de l'activité de médecine d'urgence :

1° La régulation des appels adressés au service d'aide médicale urgente mentionnée à l'article L.6112-5 ;

2° La prise en charge des patients par la structure mobile d'urgence et de réanimation, appelée SMUR, ou la structure mobile d'urgence et de réanimation spécialisée dans la prise en charge et le transport sanitaire d'urgence des enfants, y compris les nouveaux nés et les nourrissons, appelée SMUR pédiatrique (circulaire DHOS/O1/2005/67 du 7 février 2005 relative à l'organisation des transports de nouveau-nés nourrissons et enfants) ;

3° La prise en charge des patients accueillis dans la structure des urgences ou dans la structure des urgences pédiatriques.

L'autorisation donnée par l'Agence Régionale de Santé précise la ou les modalités d'exercice de l'activité autorisée.

Le code de la santé publique prévoit des conditions techniques de fonctionnement et d'implantation pour chacune de ces trois modalités ainsi que des modalités réglementaires particulières pour les prises en charge spécifiques suivantes :

- les enfants ;
- les personnes âgées relevant de la gériatrie ;
- les personnes nécessitant des soins psychiatriques ;
- les patients nécessitant une prise en charge médicale et chirurgicale dans les plus brefs délais : accès direct à un plateau technique spécialisé.

L'Aide Médicale Urgente est une mission de service public. Elle a pour objet, en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours, de faire assurer aux malades, blessés, parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état (article L6311-1, L6311-2, R6311-1 et suivants).

Encadrement juridique des coopérations transfrontalières

L'accord-cadre de coopération sanitaire transfrontalier entre la Belgique et la France a été signé le 30 septembre 2005, intégrant les soins dispensés dans le cadre de l'aide médicale urgente. Une convention franco-belge en matière d'aide médicale urgente, signée en mars 2007, définit les conditions d'intervention des SMUR français en Belgique et des SMUR belges en France.

Deux conventions "soins intensifs / réanimation" sont en vigueur entre Maubeuge-Mons et Tournai-Valenciennes.

1.3. Bilan du SROS III

Les objectifs du SROS III concernant les urgences hospitalières étaient les suivants :

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 :
 - 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

Concernant les prises en charge spécifiques :

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

Le bilan est le suivant :

Concernant les urgences hospitalières :

- 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 termes 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.

Concernant les prises en charge spécifiques :

- Un bilan a été 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 ;

- La réponse à l'urgence psychiatrique nécessite une adaptation aux nouvelles dispositions réglementaires ;
- L'urgence cardio-vasculaire et l'urgence neurologique liée aux AVC sont organisées par territoire de santé. Le dispositif Télé AVC est en place ;
- Les PASS ont été réactivées.

2. ETAT DES LIEUX : DESCRIPTION DU DISPOSITIF REGIONAL

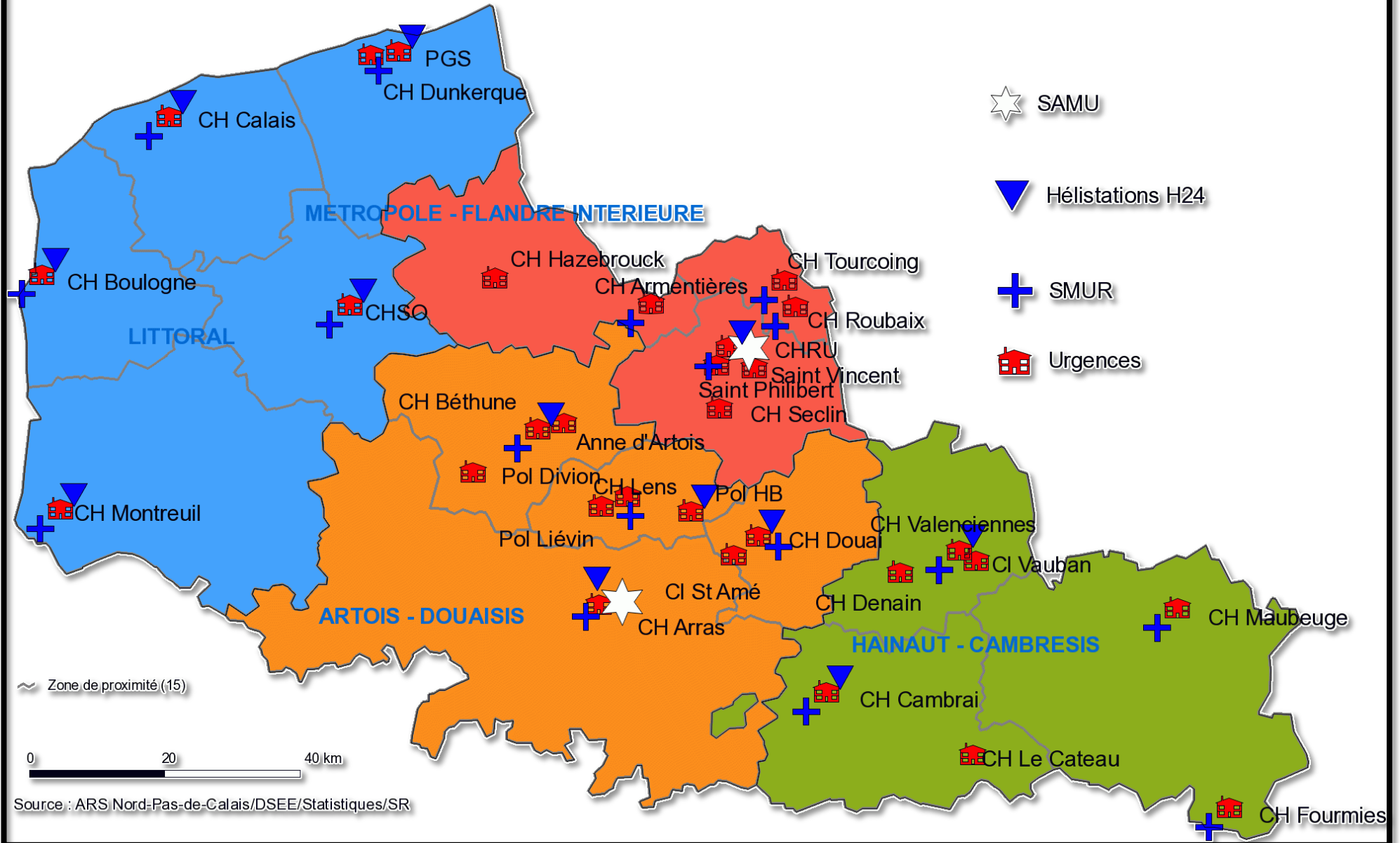
Le dispositif structurel régional de prise en charge des urgences est le suivant :

2.1. Structures d'urgence autorisées

30 établissements hospitaliers publics, privés ou ESPIC sont le siège d'au moins une structure d'urgences (SU) :

- 1 site polyvalent est implanté sur le Centre Hospitalo-Universitaire de Lille qui est aussi le siège de structures spécialisées en pédiatrie, gynécologie-obstétrique, cardiologie et vasculaire, ophtalmologie et déchoquage/ caisson hyperbare ;
- 16 sites polyvalents, dont un site ESPIC, sont implantés dans des établissements de santé avec plateaux techniques d'imagerie, de biologie, comportant des unités de chirurgie et médecine, un service de réanimation :
 - Territoire de la Métropole Flandre Intérieure : centre hospitalier d'Armentières, centre hospitalier de Roubaix, centre hospitalier de Tourcoing, site Saint Philibert du GHICL ;
 - Territoire du Hainaut : centre hospitalier de Valenciennes, centre hospitalier de Cambrai, centre hospitalier de Maubeuge ;
 - Territoire de l'Artois : centre hospitalier de Douai, centre hospitalier d'Arras, centre hospitalier de Lens, centre hospitalier de Béthune ;
 - Territoire du Littoral : centre hospitalier de Calais, centre hospitalier de Dunkerque, centre hospitalier de Boulogne, centre hospitalier de Montreuil, centre hospitalier de Saint Omer.
- 9 sites polyvalents, dont 3 sites privés et 3 sites ESPIC, sont implantés dans des établissements de santé avec plateaux techniques d'imagerie, de biologie, comportant des unités de chirurgie, disposant d'unités de surveillance continue et/ ou de soins intensifs :
 - Territoire de la Métropole Flandre Intérieure : centre hospitalier de Seclin;
 - Territoire du Hainaut : centre hospitalier du Cateau, centre hospitalier de Fourmies, Clinique Vauban ;
 - Territoire de l'Artois : Clinique Saint Amé, Clinique Anne d'Artois, Polyclinique d'Hénin Beaumont, Polyclinique de Riaumont, Polyclinique de Divion ;
- 4 sites polyvalents, dont 2 sites ESPIC, sont implantés dans des établissements avec plateaux techniques d'imagerie, de biologie, ne disposant pas de surveillance continue et/ou soins intensifs, et pour un d'entre eux pas de plateau technique de chirurgie :
 - Territoire de la Métropole Flandre Intérieure : Hôpital Saint Vincent de Paul, GHICL ; centre hospitalier d'Hazebrouck
 - Territoire du Hainaut : centre hospitalier de Denain ;
 - Territoire du Littoral : Polyclinique Grande Synthe.

IMPLANTATIONS SITES URGENCES



2.2. Organisation et moyens de la prise en charge de l'urgence pré-hospitalière

La prise en charge de l'urgence pré-hospitalière est articulée autour de deux services d'aide médicale urgente (SAMU), 17 implantations de structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) pour 26 équipes et une équipe de SMUR pédiatrique :

- **SAMU** : CHRU de Lille (département du Nord), Centre Hospitalier d'Arras (département du Pas-de-Calais) ;
- **Implantations SMUR** :
 - Territoire de la Métropole Flandre Intérieure : CHRU de Lille (4 équipes) centre hospitalier d'Armentières (1 équipe), centre hospitalier de Roubaix (1 équipe), centre hospitalier de Tourcoing (1 équipe) ;
 - Territoire du Hainaut : centre hospitalier de Valenciennes (2 équipes), centre hospitalier de Cambrai (1 équipe), centre hospitalier de Maubeuge (2 équipes), centre hospitalier de Fourmies (1 équipe) ;
 - Territoire de l'Artois : centre hospitalier de Douai (1 équipe), centre hospitalier d'Arras (3 équipes), centre hospitalier de Lens (2 équipes le jour, 1 équipe la nuit), centre hospitalier de Béthune (2 équipes le jour, 1 équipe la nuit) ;
 - Territoire du Littoral : centre hospitalier de Calais (1 équipe), centre hospitalier de Dunkerque (2 équipes), centre hospitalier de Boulogne (1 équipe), centre hospitalier de Montreuil (1 équipe), centre hospitalier de Saint Omer (1 équipe).

Il existe par ailleurs trois transports infirmiers inter hospitaliers (TIH) dans la région : deux TIH, au centre hospitalier d'Arras et au centre hospitalier de Béthune, dont l'activité est semi-programmée, destiné aux transferts pré et post coronarographie ; un TIH au centre hospitalier de Lens la nuit, en relais d'une des équipes SMUR fonctionnant en journée.

- **Implantation SMUR pédiatrique** :
CHRU de Lille

- **SMUR maritime** :

Le SMUR du centre hospitalier de Boulogne sur Mer a été désigné SMUR maritime (SMUR-M) pour la Zone Nord, sur la façade maritime Manche-Mer du Nord, par l'instruction N°DGOS/R2/2013/409 du 22 novembre 2013 relative à la désignation des SCMM et des SMUR-M dans le cadre de l'aide médicale en mer. Le centre de consultation médicale maritime, basé au CHU de Toulouse, assure un service permanent de consultations et assistance télé-médicale à la demande du navire ou du CROSS (centre régional opérationnel de surveillance et de sauvetage) lorsque ce dernier est directement contacté par le navire. Le SCMM (SAMU de coordination médicale maritime) désigné (SAMU du centre hospitalier du Havre) détermine et organise la réponse médicale adaptée à la nature de l'appel et notamment l'envoi d'un SMUR-M si besoin. Ces équipes disposent d'une formation, d'un entraînement et d'un équipement spécifiques.

- **Transports sanitaires hélicoptérés** :
 - Hélistations- hélistations

Il existe 11 hélistations agréés par la Direction Générale de l'Aviation Civile dans la région, dont 8 dans des établissements avec une structure d'urgence ; 9 sur ces 11 hélistations fonctionnent H24.

Tous les établissements de santé sièges d'une structure d'urgence autorisée ne sont donc pas équipés a minima d'une hélistation permettant l'usage courant d'un vecteur sanitaire médicalisé hélicoptéré, contrairement aux recommandations de bonnes pratiques.

L'amélioration du réseau maillé urgence des hélistations devra donc être recherchée.

- Transports hélicoptérés médicalisés

Les transports sanitaires hélicoptérés, régulés par les deux SAMU, utilisent deux hélicoptères : Hélicoptère 59 et Hélicoptère 62, rattachés respectivement au CHRU de Lille et au CH d'Arras.

La DGOS préconise l'élaboration d'une « stratégie régionale relative aux transports sanitaires hélicoptérés »¹, travaux qui, en région, ont été menés lors de l'été 2012. La DGOS précise le caractère supra départemental de l'hélicoptère sanitaire du point de vue de son implantation et de sa régulation : des procédures de régulation doivent pouvoir être mises en place, permettant d'assurer la disposition effective des hélicoptères sanitaires pour l'ensemble des patients concernés, au-delà du cadre départemental. Des travaux devront être poursuivis dans la région afin d'élaborer une coordination régionale des activités d'aide médicale urgente et de secours à personne des hélicoptères présents, puis au sein de la zone de défense Nord.

Cas particulier des transports bariatriques

Il n'existe pas, dans la région, d'offre structurée de véhicules permettant le transport de patients obèses en urgence. Le CHRU de Lille dispose de deux véhicules adaptés. Les centres spécialisés de l'obésité, au nombre de quatre dans la région, ont reçu, dans le cadre du plan obésité, une enveloppe permettant d'organiser ces transports. Des travaux en cours permettront de structurer cette offre dans chaque territoire, afin d'améliorer leur prise en charge.

2.3. Transports sanitaires privés

Afin de garantir la continuité de prise en charge des patients pendant les périodes définies par arrêté du ministre chargé de la santé, une garde des transports sanitaires est assurée sur l'ensemble de la région, par départements. Les entreprises de transport sont tenues de participer à la garde départementale en fonction de leurs moyens matériels et humains. Après avis de l'association départementale de transports sanitaires d'urgence la plus représentative et du sous comité des transports sanitaires, le DGARS arrête le tableau de garde en établissant la liste des entreprises de garde de manière à assurer, dans chaque secteur de garde, la mise à disposition d'au moins un véhicule de catégorie A ou C.

Pendant la garde, toutes les demandes de transports sanitaires urgents sont adressées au service d'aide médicale urgente (AMU). Les entreprises de transports sanitaires mentionnées au tableau de garde doivent :

- répondre aux appels du service d'AMU ;
- mobiliser un équipage et un véhicule dont l'activité est réservée aux seuls transports demandés par le service d'AMU ;
- assurer les transports demandés par le service d'AMU dans les délais fixés par celui-ci ;
- informer le centre de réception et de régulation des appels médicaux du service d'AMU de leur départ en mission et de l'achèvement de celle-ci.

A noter que, réglementairement, dans le cadre de la garde départementale, les véhicules ne sont pas tenus d'être équipés pour la prise en charge de l'urgence.

Le département est divisé en secteur de garde. Ce découpage doit se faire en tenant compte des délais d'intervention, du nombre d'habitants, des contraintes géographique, de la localisation des établissements de santé et des territoires de permanence des soins. Cette division est arrêtée par le DGARS après avis du CODAMUPS.

¹ Instruction plans d'action régionaux urgences juin 2013

Il existe 40 secteurs de garde dans la région : 17 dans le Nord et 23 dans le Pas-de-Calais.

Le système de garde ambulancière connaît des dysfonctionnements : carences, utilisation inadéquate des véhicules de garde, problème des « sorties blanches »...Un travail d'optimisation du fonctionnement et de l'organisation de la garde est en cours. Par ailleurs afin de réduire les indisponibilités de véhicules, des postes de coordonnateurs ambulanciers ont été créés dans chaque SAMU. Dans le même objectif, un dispositif de géolocalisation des véhicules ambulanciers va se mettre en place.

2.4. Les plateaux techniques d'accès direct

Depuis le décret de mai 2006 sur les Urgences, les POSU, « Pôle spécialisé des Urgences », trouvent une nouvelle définition : « *Plateaux techniques hautement spécialisés d'accès direct dans le cadre du réseau des urgences* » (PTHS). Leurs conditions d'exercice sont déterminées par les articles R6123-32-1 à R6123-32-6 du code de la santé publique : les modalités selon lesquelles les patients relevant de l'activité spécialisée du PTHS sont orientés vers l'établissement ainsi que les modalités selon lesquelles ce dernier les prend en charge sont fixées par une convention particulière ou dans le cadre du réseau des urgences ; l'établissement conclut avec l'établissement de santé autorisé à exercer l'activité de médecine d'urgence une convention fixant les modalités selon lesquelles les patients qui ne relèvent pas de l'activité pour laquelle il est spécialisé sont orientés et pris en charge par ce dernier. Cette convention peut être annexée à la convention du réseau des urgences. Si c'est nécessaire, il assure ou fait assurer le transfert du patient vers l'autre établissement, éventuellement en liaison avec le SAMU. Le schéma régional d'organisation des soins précise les activités spécialisées impliquant une prise en charge directe des patients et prévoit leur implantation sur le territoire de santé.

Les PTHS en région Nord-Pas de Calais en 2012, cités dans le schéma-cible de PDSES, sont les suivants:

- Un PTHS Mains (SOS MAINS): Clinique LILLE SUD (dans le cadre d'un GCS avec le CHRU de Lille)
- Cinq PTHS Cardiologie (dispositifs qui se confondent avec les centres de cardiologie interventionnelle accessibles H24) :
 - Hôpital privé La Louvière – Lille
 - Hôpital Privé Villeneuve d'Ascq
 - Polyclinique du Bois – Lille
 - Hôpital Privé Bois-Bernard
 - Centre Médico Chirurgical – Boulogne.

Les PTHS sont actuellement financés par le schéma cible de PDSES et la tarification à l'activité (dont suppléments STF pour les patients relevant d'un éventuel passage en USIC pour les activités de cardiologie interventionnelle).

2.5. Télémédecine : Télurge et Télé AVC

Le réseau TELURGE, réseau de télé diagnostic des urgences neurochirurgicales en Nord Pas-de-Calais, permet aux centres hospitaliers adhérents d'obtenir immédiatement dans des situations d'urgence neurochirurgicale un avis consultatif, à distance et en interactivité avec les médecins du CHRU de Lille. Chaque hôpital du réseau a été équipé d'une station d'acquisition et de transmission d'images en mode vidéo. Vingt-deux services d'urgences sur les trente de la région adhérent ou sont en cours d'adhésion à ce dispositif. 2 800 cas de télé-expertise par an environ sont réalisés au CHRU de Lille (presque 8 par jour), assurées 24/24/ 7/7 par le service de neuro chirurgie.

Dans le but de couvrir les zones de proximité ne disposant pas d'une offre en UNV ou présentant des difficultés démographiques en neurologue et conformément aux orientations du SROS III qui prévoyait des « antennes » sur les établissements sièges de service d'accueil des urgences, un projet de Télé AVC a été élaboré entre les sites de Lens, Valenciennes et Maubeuge. La première garde de Télé-AVC a eu lieu le 15 juin 2011. La deuxième phase du projet (extension du dispositif à des établissements de santé ne disposant pas d'UNV) a été lancée avec l'adhésion au dispositif du CH de Cambrai (juin 2012) et l'intégration de l'UNV du CH d'Arras (décembre 2012). Le SROS PRS prévoit une extension régionale du programme Télé AVC aux autres territoires de santé (en cours sur le Littoral).

2.6. La permanence des soins

La permanence des soins en établissements de santé (PDSES)

Une déclinaison de la permanence des soins en établissements de santé est arrêtée dans le volet correspondant du SROS PRS. Celle-ci prévoit une organisation de la prise en charge des patients en trois niveaux : de proximité, territoriale et régionale, en cohérence avec les services d'urgences existants et les plateaux techniques des établissements sièges d'un service d'urgence et/ou d'un plateau technique hautement spécialisé d'accès direct.

La permanence des soins ambulatoire (PDSA)

Le cahier des charges régional de la PDSA est entré en vigueur le 15 septembre 2012. La région dispose de deux centres de régulation téléphonique libérale efficaces (Lille et Arras). La régulation a été étendue à l'ensemble de la région en nuit profonde depuis le 18 septembre 2012, période pendant laquelle la régulation est mutualisée entre les deux départements et assurée à partir de la plateforme d'Arras.

Du fait d'un nombre d'actes très limité, l'effectif des médecins libéraux en nuit profonde a été transférée aux services d'urgences hospitaliers. Afin d'une part de prendre en compte la population se trouvant à plus de 30 mn d'un site d'urgences et, d'autre part, d'éviter un transport inutile et délétère aux urgences pour les populations les plus fragiles, une expérimentation sur sept grands territoires d'effectif (ne couvrant pas l'ensemble de la région) en nuit profonde a été lancée le 8 janvier 2013. Une évaluation à un an de cette expérimentation est en cours.

Il existe 11 maisons médicales de garde (MMG) dans la région et plusieurs projets de création à divers stades d'avancement. Conformément au SROS, la priorité est donnée aux projets de MMG situées dans l'enceinte d'un établissement de santé à proximité des urgences afin de favoriser les réorientations. La MMG de Lille et le CH Saint Vincent vont expérimenter la mise en place d'un poste d'infirmière d'accueil et d'orientation localisée en amont des entrées de la MMG et des urgences, chargée d'orienter les patients vers la structure la plus adaptée à leur pathologie.

MMG existantes	Lieu	Nombre d'actes 2012	Dont provenance urgences 2012
Pas de Calais	Boulogne	3109	17%
	Calais	3434	
	Béthune (ouv 01-2014)		>50% au 15/03/14
	Hénin Beaumont		
Nord	Dunkerque	4759	4%
	Grande Synthe	5234	15%
	St Vincent GHICL	5532	3,60%
	Le Cateau		
	Armentières	1629	
	Maubeuge	4632	50%
	Roubaix	4900	11,50%

2.7. Accueil des enfants aux urgences

La **Circulaire n°DHOS/SDO/2003/238 du 20 mai 2003** relative à la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent aux urgences précise : « Les enfants ont vocation à être pris en charge chaque fois que cela est possible en particulier aux urgences, par un pédiatre et du personnel paramédical ayant une expérience dans l'accueil et la prise en charge des enfants ».

Cette circulaire distingue trois types d'établissements :

- Sans service de pédiatrie ;
- Avec un service de pédiatrie avec un accueil :
 - soit au niveau du service d'urgences et alors nécessité d'individualiser des locaux, voire du personnel,
 - soit au sein d'une unité fonctionnelle individualisée d'urgences pédiatriques ;
- Urgences pédiatriques régionales de recours comportant outre les services de pédiatrie et de chirurgie pédiatrique, une réanimation pédiatrique, la présence d'un chirurgien d'enfant sur place (s'il est orthopédiste avec un viscéral d'astreinte, et inversement), un anesthésiste réanimateur formé pour les jeunes enfants en garde.

Les **préconisations du SROS III** étaient les suivantes :

- « Etablir au niveau régional des protocoles de prise en charge des nourrissons et des enfants entre pédiatres et médecins urgentistes pour les principales pathologies;
- Aménager dans chaque site d'urgences une salle d'attente et au moins un box d'examen avec du mobilier adapté à la prise en charge des enfants et de leur famille;

- Pour les sites d'urgence avec service de pédiatrie et dont le nombre de passages aux urgences est supérieur à 40 000, mettre en place une filière séparée avec des locaux spécifiques à l'accueil et à la prise en charge des enfants dans le service d'urgences :
 - Etablir une convention entre le service d'urgence et le service de pédiatrie afin d'organiser la participation des pédiatres au sein du service des urgences ;
 - Assurer la présence, en fonction de l'activité, d'un temps de puéricultrice issue de la pédiatrie ou d'une compétence en pédiatrie au sein du service des urgences ;
 - Renforcer la formation en pédiatrie des médecins urgentistes.

Les sites d'urgence sans service de pédiatrie n'ont pas vocation à accueillir des enfants. Néanmoins, si nécessaire, la prise en charge des enfants sera réalisée par les médecins urgentistes. Ces médecins devront pouvoir bénéficier par convention, de conseils téléphoniques 24 heures sur 24 auprès d'un pédiatre d'astreinte ».

Dans la région, 11 établissements sièges d'un service d'urgences ne disposent pas de service de pédiatrie. Sept établissements de la région sont sièges d'un service d'urgence et disposent d'un service de pédiatrie. Au sein de ces établissements, les enfants sont accueillis, selon les organisations, soit aux urgences en journée et en pédiatrie la nuit, soit H24 en pédiatrie et vu par les urgentistes ou internes la nuit, en fonction des pathologies présentées.

Il existe enfin dans la région 12 accueils identifiés structures d'urgences pédiatriques, dont 6 se caractérisant par l'accueil de la quasi-totalité des enfants se présentant pour un motif médical ou chirurgical, en incluant les nouveaux nés et les urgences psychiatriques ; dans les six autres établissements, les affections traumatiques sont accueillies aux urgences adultes.

Les urgences pédiatriques du CHRU de Lille représentent le niveau de recours régional.

- 12 accueils identifiés structures d'urgences pédiatriques :
 - Dont 6 accueils médico-chirurgicaux :
 - Territoire de la Métropole Flandre Intérieure : CHRU (recours régional), centre hospitalier de Roubaix, Hôpital Saint Vincent de Paul, (GHICL);
 - Territoire du Hainaut : centre hospitalier de Valenciennes, centre hospitalier de Maubeuge ;
 - Territoire de l'Artois : centre hospitalier de Douai.
 - Dont 6 accueils médicaux :
 - Territoire de la Métropole Flandre Intérieure : centre hospitalier de Seclin ;
 - Territoire de l'Artois : centre hospitalier de Lens, centre hospitalier d'Arras ;
 - Territoire du Littoral : centre hospitalier de Calais, centre hospitalier de Dunkerque, centre hospitalier de Boulogne.
- 7 établissements disposent d'un SU et d'un service de pédiatrie, avec un accueil des enfants dans ces deux services variant selon l'heure d'arrivée et la pathologie présentée:
 - Territoire de la Métropole Flandre Intérieure : centre hospitalier d'Armentières, centre hospitalier de Tourcoing;
 - Territoire du Hainaut : centre hospitalier de Cambrai, centre hospitalier de Fourmies;
 - Territoire de l'Artois : centre hospitalier de Béthune ;

- Territoire du Littoral : centre hospitalier de Montreuil, centre hospitalier de Saint Omer.

- 11 établissements disposent d'un SU mais ne disposent pas de service de pédiatrie :
 - Territoire de la Métropole Flandre Intérieure : centre hospitalier d'Hazebrouck ; Hôpital Saint Philibert, GHICL ;
 - Territoire du Hainaut : clinique Vauban ; centre hospitalier de Denain, centre hospitalier Le Cateau ;
 - Territoire de l'Artois : clinique St Amé, polyclinique Hénin Beaumont, polyclinique Liévin, Polyclinique Divion, clinique Anne d'Artois ;
 - Territoire du Littoral : Polyclinique Grande Synthe.

2.8. Accueil des personnes âgées aux urgences

L'article R. 6123-32-8 du CSP prévoit : « La prise en charge des patients âgés relevant de la gériatrie du fait de leur polyopathie et de leur risque de dépendance est assurée :

« 1° En priorité, sous réserve de l'existence d'une permanence médicale, en admission directe dans une structure de médecine gériatrique aiguë ;

« 2° En l'absence d'une telle structure et sous réserve de l'existence d'une permanence médicale, dans toute structure de spécialité correspondant à la pathologie aiguë du patient ;

« 3° Ou dans la structure des urgences lorsque l'état de santé du patient l'exige.

« Lorsque la prise en charge est assurée selon l'une des deux dernières modalités, il doit pouvoir être fait appel à un gériatre ou à un médecin formé à la prise en charge des personnes âgées, en vue d'organiser la prise en charge sanitaire et médico-sociale du patient. »

Parmi les orientations du volet gérontologie du SROS PRS, deux au moins doivent être mises en lien avec le volet urgences car pouvant permettre d'améliorer le parcours de soins urgents des personnes âgées :

- l'orientation 2.2.2 « Poursuivre le développement de la gériatrie hospitalière » indique que toute zone de proximité doit pouvoir avoir au moins un établissement de santé support avec au moins un court séjour gériatrique (dont l'implantation se fait dans les établissements de santé disposant d'une structure des urgences ou ayant conventionné et un plateau technique comportant un équipement de radiologie standard, échographie, doppler veineux et artériel, échocardiographie, tomodensitométries, analyses biologiques et d'anatomie pathologique, endoscopies digestives, dans des délais compatibles avec la pathologie du patient), une équipe mobile gériatrique (EMG), ainsi qu'un ou plusieurs soins de suite, un hôpital de jour gériatrique et mémoire et une consultation multidisciplinaire d'évaluation gériatrique, un ou plusieurs soins de suite et de réadaptation appropriés aux besoins des personnes âgées polyopathologiques dépendantes ou à risque de dépendance, les USLD de secteur.

- l'orientation 2.2.3 « Développer les entrées directes en lien avec les médecins traitants » :

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

- « L'accès direct des patients en court séjour gériatrique sans passage aux urgences est le mode d'entrée à privilégier. L'admission directe en court séjour gériatrique donne lieu à un contact préalable entre le médecin traitant et le médecin du court séjour gériatrique. Le court séjour gériatrique est organisé pour répondre durant la journée aux appels des médecins généralistes » (circulaire 2007).

L'état des lieux des équipes mobiles de gériatrie en fonctionnement dans les établissements sièges de SU dans la région est le suivant :

Etablissements	Equipes mobiles de gériatrie	Etablissements	Equipes mobiles de gériatrie
METROPOLE		ARTOIS	
CHRU	*	CH Douai	*
Saint Philibert	*	CI St Amé	
Saint Vincent		CH Lens	*
CH Seclin	*	Pol HB	
CH Hazebrouck		Pol Liévin	*
CH Armentières	*	Pol Divion	
CH Roubaix	*	CH Arras	*
CH Tourcoing	*	CH Béthune	*
		Anne d'Artois	*
HAINAUT			
CH Valenciennes	*	LITTORAL	
CI Vauban		CH Dunkerque	*
CH Denain	*	PGS	
CH Cambrai	**	CH Calais	
CH Le Cateau		CHSO	**
CH Maubeuge	**	CH Boulogne	*
CH Fourmies		CH Montreuil	*
** EMG financée par l'établissement			

2.9. Accueil des patients nécessitant des soins psychiatriques aux urgences

La réglementation est la suivante :

Art. D. 6124-26-6. - Lorsque l'analyse de l'activité d'une structure des urgences fait apparaître un nombre important de passages de patients nécessitant des soins psychiatriques, la structure comprend en permanence un psychiatre.

« Lorsque ce psychiatre n'appartient pas à l'équipe de la structure des urgences, il intervient dans le cadre de la convention prévue à l'article D. 6124-26-8.

« Dans le cas autre que celui prévu au premier alinéa, un psychiatre peut être joint et intervenir, en tant que de besoin, dans les meilleurs délais, dans le cadre de la convention prévue à l'article D. 6124-26-8.

« Art. D. 6124-26-7. - Outre les membres mentionnés aux articles D. 6124-17 à D. 6124-21, le personnel de la structure des urgences d'un établissement de santé comprend au moins selon le cas :

« 1° Un infirmier ayant acquis une expérience professionnelle dans une structure de psychiatrie ;

« 2° Un infirmier appartenant à un établissement mentionné au 1° de l'article L. 3221-1 ;

« 3° Un infirmier appartenant à la structure de psychiatrie de l'établissement lorsque celui est autorisé à exercer l'activité de soins de psychiatrie mentionnée au 4° de l'article R. 6122-25.

« Art. D. 6124-26-8. - Lorsqu'il n'est pas autorisé à exercer l'activité de soins de psychiatrie, l'établissement autorisé à faire fonctionner une structure des urgences et un ou plusieurs établissements mentionnés au 1° de l'article L. 3221-1 intervenant dans le territoire de santé de médecine d'urgence concluent

entre eux une convention.

« Cette convention précise les conditions de mise en œuvre des dispositions des articles D. 6124-26-6 et D. 6124-26-7.

« Cette convention indique également les modalités selon lesquelles la structure des urgences assure ou fait assurer, s'il y a lieu, le transfert des patients dont l'état exige qu'ils soient pris en charge par un établissement de santé autorisé à exercer l'activité de soins de psychiatrie, dans le respect des dispositions du second alinéa de l'article L. 3211-1 et de l'article L. 3222-1.

« Art. D. 6124-26-9. - Lorsque l'établissement autorisé à faire fonctionner une structure des urgences est également autorisé à exercer l'activité de soins de psychiatrie, le responsable de la structure des urgences et le responsable de la structure de psychiatrie définissent un protocole de prise en charge des patients nécessitant des soins psychiatriques.

« Si l'établissement ne dispose pas de l'habilitation mentionnée à l'article L. 3222-1, il conclut une convention avec un établissement de santé autorisé à exercer l'activité de soins de psychiatrie et disposant de cette habilitation.

« Cette convention précise les modalités selon lesquelles la structure des urgences assure ou fait assurer, s'il y a lieu, le transfert des patients dont l'état exige qu'ils soient pris en charge par un établissement de santé autorisé à exercer l'activité de soins de psychiatrie, dans le respect des dispositions du second alinéa de l'article L. 3211-1 et de l'article L. 3222-1.

« Art. D. 6124-26-10. - Les stipulations des conventions mentionnées aux articles D. 6124-26-8 et D. 6124-26-9 sont insérées, le cas échéant, dans la convention constitutive du réseau prévue à l'article R. 6123-29. »

Par ailleurs, de nouvelles dispositions sont issues de la loi 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, et de la loi du 27 septembre 2013 la modifiant:

« Art. L. 3222-1-1 A. - Dans chaque territoire de santé, l'agence régionale de santé organise un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques en relation avec les services d'aide médicale urgente, les services départementaux d'incendie et de secours, les services de la police nationale, les unités de la gendarmerie nationale, les établissements mentionnés à l'article L. 3222-1, les groupements de psychiatres libéraux et les personnes mentionnées à l'article L. 6312-2.

« Ce dispositif a pour objet de faire assurer aux personnes atteintes de troubles mentaux, en quelque endroit qu'elles se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état et, le cas échéant, de faire assurer leur transport vers un établissement de santé mentionné à l'article L. 3222-1, notamment en cas de nécessité de retour en hospitalisation complète dans les conditions prévues au second alinéa de l'article L. 3211-11.

« Art. L. 3222-1-1. - Les personnes admises en soins psychiatriques sans consentement sous la forme d'une hospitalisation complète, en application des chapitres II et III du titre Ier du présent livre, peuvent être prises en charge et transportées dans un établissement de santé mentionné à l'article L. 3222-1 sans leur consentement lorsque cela est strictement nécessaire et par des moyens adaptés à leur état.

« Pour les personnes nécessitant des soins psychiatriques en application de l'article L. 3212-1, s'agissant des mesures prises en application du 1° du II de ce même article, le transport ne peut avoir lieu qu'après l'établissement du premier des deux certificats médicaux et la rédaction de la demande de soins prévus à ce même 1° et, « Art. L. 3212-3. - En cas d'urgence, lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade, le directeur d'un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 peut, à titre exceptionnel, prononcer à la demande d'un tiers l'admission en soins psychiatriques d'une personne malade au vu d'un seul certificat médical émanant, le cas échéant, d'un médecin exerçant dans l'établissement. Dans ce cas, les certificats médicaux mentionnés aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 3211-2-2 sont établis par deux psychiatres distincts.

Préalablement à l'admission, le directeur de l'établissement d'accueil vérifie que la demande de soins a été établie conformément au 1° du II de l'article L. 3212-1 et s'assure de l'identité de la personne malade et de celle qui demande les soins. Si la demande est formulée pour un majeur protégé par son tuteur ou curateur, celui-ci doit fournir à l'appui de sa demande un extrait de jugement de mise sous tutelle ou curatelle.

L'état des lieux réalisé montre la couverture suivante des 30 structures d'urgence :

- Au regard des dispositions de l'art. 6124-26-7 ci-dessus, dans 27 établissements : dans 12 situations, la couverture est assurée par des infirmiers appartenant à des établissements mentionnés au 1° de l'article L. 3221-1 ; dans 12 situations, par des infirmiers appartenant à la structure de psychiatrie d'établissements autorisés à exercer l'activité de soins de psychiatrie mentionnée au 4° de l'article R. 6122-25, et/ou dans 7 situations par des personnels ayant acquis une expérience professionnelle dans une structure de psychiatrie, certaines structures d'urgences étant couvertes par plusieurs de ces dispositions. Pour les 3 autres établissements sur 30 : l'un n'a pas répondu à la sollicitation faite dans le cadre de l'état des lieux, un autre bénéficie d'interventions de psychiatre en semaine et en astreintes 365j/an, et le dernier a conclu des accords de transfert avec 2 établissements mentionnés au 1° de l'article L. 3221-1.

- Au regard des dispositions de l'art. 6124-26-6 ci-dessus, dans 27 établissements sur 30 : dans 20 situations, la couverture est assurée par des interventions de psychiatres quotidiennes sur site en semaine et des astreintes en période de permanence des soins en établissement de santé ; dans 3 situations, par des interventions de psychiatres en semaine et sur demande ; dans 4 situations, par des interventions à la demande ou des accords de transfert. Pour les 3 autres établissements sur 30 : l'un n'a pas répondu, un autre indique avoir passé convention sans précision et le dernier a conclu des accords de transfert avec 2 établissements mentionnés au 1° de l'article L. 3221-1.

- Au regard des dispositions de l'art. 6124-26-8 ci-dessus, 17 établissements sont concernés : 16 d'entre eux ont élaboré des conventions, 13 exemplaires ont été adressés, 2 sites indiquent des révisions en cours. Les dates d'élaboration de ces conventions montrent qu'en majorité elles sont anciennes et donc ne tiennent pas compte des évolutions législatives et réglementaires.

- Au regard des dispositions de l'art. 6124-26-8 ci-dessus, 13 établissements sont concernés, 12 pour les protocoles, et 1 pour la convention (effective et récente). Pour les protocoles, 7 établissements n'en disposent pas, un 8ème indique une révision en cours.

2.10. Accueil des populations en situation de précarité

Le service d'accueil des urgences est un moyen de repérage des personnes en difficulté sociale, l'hôpital public étant un lieu de recours privilégié pour les personnes médicalement et socialement vulnérables. Les services d'urgence sont souvent un passage obligé pour les personnes démunies.

Les permanences d'accès aux soins (PASS), dispositif créé par l'article L6112-6 du CSP, visent à faciliter l'accès au système de santé pour les personnes en situation de précarité et à les aider dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Il existe dans la région Nord Pas de Calais 22 PASS généralistes, soit une dans chaque établissement public siège d'un service d'urgences et 4 PASS bucco dentaire ou psychiatrique, coordonnées depuis 2010 par une PASS régionale.

	Part CMU des patients accueillis aux urgences en 2012	Part CMU dans la population générale
METROPOLE	18,94%	9,00%
HAINAUT	21,79%	11,20%
ARTOIS	18,56%	10,10%
LITTORAL	14,99%	8,80%
REGION	18,54%	7,40%

(Source : PMSI 2012, DSEE)

La part des patients bénéficiant de la CMU sur le nombre total de passages aux urgences représente le double de la part des patients bénéficiant de la CMU dans la population générale en région, avec des variations faibles entre les territoires.

3. ETAT DES LIEUX : FONCTIONNEMENT ET PRATIQUES DE SOINS

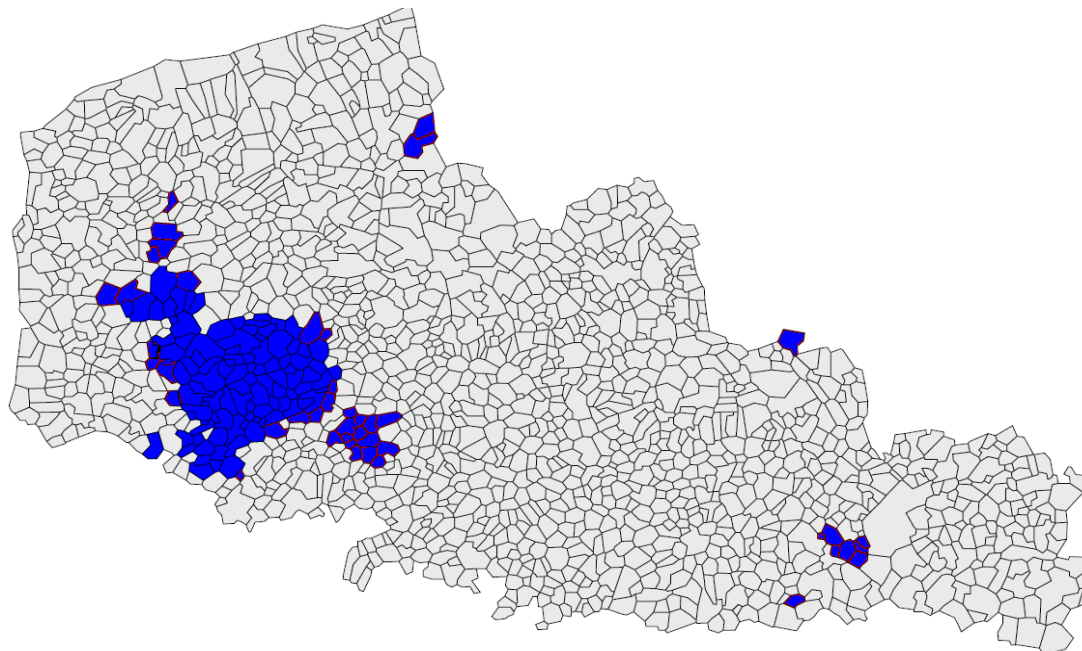
3.1. Accessibilité géographique aux soins urgents

Cent quarante trois communes sont distantes de plus de 30 minutes d'un SMUR en heures pleines :

- Sur le territoire du Littoral : sur un axe Fruges Hesdin, jour et nuit ;
- Sur le territoire du Hainaut Cambrésis : 8 communes, regroupant 4846 habitants, sont à plus de trente minutes d'un SMUR en journée
- Sur le territoire de l'Artois Douaisis : 14 communes, regroupant 5243 habitants, sont à plus de trente minutes d'un SMUR en journée.

La population à plus de trente minutes d'un SMUR en journée représente donc 1,26% de la population du Nord Pas-de-Calais.

Aucune commune n'est à plus de 41 minutes d'un SMUR (en temps moyen) ; 26 communes sont situées entre 35 et 40,9 minutes d'un SMUR, regroupant 780 habitants.



Communes à plus de trente minutes d'un SMUR en heures pleines

3.2. Le réseau des urgences

Le réseau des urgences n'est pas formalisé en région. Les coopérations inter établissements qui visent à assurer dans les meilleures conditions possibles la prise en charge en urgence des patients par un établissement disposant d'un plateau technique du niveau requis par leur état de santé sont insuffisamment formalisées.

3.3. Le maillage et l'activité des SAMU, SU autorisées et SMUR

SAMU et régulation médicale de permanence des soins ambulatoire

Les deux SAMU de la région ont décroché, en 2012, 1 472 904 appels (855 005 dans le Nord et 617 899 dans le Pas de Calais) et ouvert 493 582 dossiers de régulation médicale (311 151 par le SAMU du Nord et 182 431 par le SAMU du Pas de Calais), ce qui représente 1 appel décroché pour 2,8 habitants de la région Nord Pas de Calais en 2012 et un dossier de régulation médicale ouvert pour 8,4 habitants de la région². Le SAMU du Nord, premier SAMU de France par son activité, est aussi SAMU référent pour la zone Nord. Le nombre d'appels décrochés dans la région a augmenté d'environ 3,5% entre 2011 et 2012 ; sur cette même période, le nombre de dossiers de régulation médicale a augmenté de 5,5%.

Les centres de régulation de permanence des soins ambulatoire se trouvent sur les plateaux des deux SAMU du Nord et du Pas de Calais. En 2011, dans le Nord, centre de régulation créé en 2006, 92 952 dossiers de régulation de PDSA ont été ouverts ; en 2012, ce chiffre s'élève à 96 038 dossiers, soit une augmentation de +3,3%. Depuis sa création, le nombre de dossiers de régulation de la PDSA a augmenté de 39%. La régulation médicale de permanence des soins ambulatoires du Pas-de-Calais a été créée en 2002. En 2011, 83 867 dossiers de régulation ont été ouverts ; en 2012, ce chiffre s'élève à 87 189, soit une augmentation de +4% (extension de la régulation à la totalité de la région en nuit profonde en septembre 2012). Depuis sa création, le nombre de dossiers de régulation de PDSA a augmenté de 306%.

Structures d'urgences

On compte une structure d'urgence (SU) autorisée pour 138 118 habitants dans la région, avec un minimum de 80 923 habitants sur la zone de proximité du Cambrais et un maximum de 249 650 habitants sur la zone de proximité de l'Arrageois. Pour comparaison, la région Ile de France compte 1 SU pour 123 780 habitants et la France 1 SU pour 99 826 habitants³. Chaque zone de proximité est couverte par au moins une structure d'urgences.

² En France, d'après les données de la SAE, on compte un appel décroché pour 3,15 habitants et un dossier de régulation médicale du SAMU ouvert pour 8,7 habitants en 2012.

³ Source SAE 2012

Nombre d'habitants par structure d'urgences autorisée par zone de proximité :

Zones de proximité	Nombre Total de passages aux urgences (ATU+hospit) 2012	Nombre d'habitants par zone de proximité	population moyenne par SU
METROPOLE			
Total ZP Métropole	229880	789181	157 836
Total ZP Flandre Intérieure	47002	181613	90 807
Total ZP Roubaix Tourcoing	130332	426695	213 348
Total Métropole	407214	1397489	174 686
HAINAUT			
Total ZP Valenciennois	124736	352563	117 521
Total ZP Cambrasis	32224	161846	80 923
Total ZP Sambre Avesnois	64350	239058	119 529
Total Hainaut	221310	753467	107 638
ARTOIS			
Total ZP Douaisis	71503	251328	125 664
Total ZP Lens Hénin	105985	374701	124 900
Total ZP Arrageois	44919	249650	249 650
Total ZP Béthune Bruay	63524	295623	98 541
Total Artois	285931	1171302	130 145
LITTORAL			
Total ZP Dunkerquois	64807	260973	130 487
Total ZP Calaisis	34358	162116	162 116
Total ZP Audomarois	34717	120969	120 969
Total ZP Boulonnais	44 105	165479	165 479
Total ZP Berck Montreuil	25101	111740	111 740
Total Littoral	203 088	821277	136 880
Total Région	1 117 543	4143535	138 118

Les services d'urgence de la région ont enregistré environ 920 000 passages en 2007, 1 117 543 passages en 2012, ce qui représente une augmentation, à implantation égale, au cours de la période 2007- 2012, de 15,2% (évolution de la consommation de soins et de biens médicaux de 2007 à 2011 : +9,9%).

Nombre de passages aux urgences (ATU+ hospitalisations) de 2007 à 2012 et évolutions :

	Passages aux urgences (source PMSI+RSA avec mode d'entrée +provenance 85)					Evolutions					
	Total 2007	Total 2009	Total 2010	Total 2011	Total 2012	Evolution 2012/2011	Evolution 2012/2009	Evolution 2011/2010	Evolution 2010/2009	Evolution 2009/2007	Evolution 2012/2007
METROPOLE	349284	372 951	374987	404 797	407214	0,60%	9,19%	7,95%	0,55%	6,78%	16,59%
HAINAUT	175299	192 037	198163	213 011	221310	3,90%	15,24%	7,49%	3,19%	9,55%	26,25%
ARTOIS	211041	257 785	262443	275 439	285931	3,81%	10,92%	4,95%	1,81%	22,15%	35,49%
LITTORAL	183743	182 968	185600	195 995	203088	3,62%	11,00%	5,60%	1,44%	-0,42%	10,53%
TOTAL REGION	919367	1 005 741	1021193	1 089 242	1117543	2,60%	11,12%	6,66%	1,54%	9,39%	21,56%

(Sources : PMSI ; si données manquantes : SAE et dossiers de renouvellement des autorisations de service d'urgence 2012)

Part d'hospitalisation après passage aux urgences par territoire par an de 2007 à 2012 :

	Part hospitalisation				
	2007	2009	2010	2011	2012
CHR	36,89%	31,63%	32,31%	33,53%	29,65%
METROPOLE (avec CHRU)	28,93%	27,32%	27,95%	27,51%	26,13%
HAINAUT	31,22%	28,23%	27,68%	26,68%	28,10%
ARTOIS	32,61%	30,78%	29,68%	24,87%	25,06%
LITTORAL	34,53%	34,87%	33,27%	32,34%	30,91%

(Sources : PMSI ; si données manquantes : SAE et dossiers de renouvellement des autorisations de service d'urgence 2012)

Taux de recours aux SU par zone de proximité

Source : ePMSI 2012

Etablissements	Nb Total Passages Urgences 2012 (ATU+hospit)	nombre d'habitants	taux de recours aux urgences
METROPOLE			
CHRU	115018		
St Vincent	56830		
St Philibert	21016		
CH Seclin	37016		
Total ZP Métropole	229880	789181	0,29
CH Hazebrouck	14241		
CH Armentières	32761		
Total ZP Flandre Intérieure	47002	181613	0,26
CH Roubaix	86854		
CH Tourcoing	43478		
Total ZP Roubaix Tourcoing	130332	426695	0,31
Total Métropole	407214	1397489	0,29
HAINAUT			
CH Valenciennes	79128		
Cl Vauban	18072		
CH Denain	27536		
Total ZP Valenciennois	124736	352563	0,35
CH Cambrai	21397		
CH Le Cateau	10827		
Total ZP Cambrasis	32224	161846	0,20
CH Maubeuge	50041		
CH Fourmies	14309		
Total ZP Sambre Avesnois	64350	239058	0,27
Total Hainaut	221310	753467	0,29
ARTOIS			
CH Douai	61494		
Cl St Amé	10009		
Total ZP Douaisis	71503	251328	0,28
CH Lens	58164		
Pol HB	25134		
Pol Liévin	22687		
Total ZP Lens Hénin	105985	374701	0,28
CH Arras	44919		
Total ZP Arrageois	44919	249650	0,18
Pol Divion	20189		
CH Béthune	32164		
Anne d'Artois (CMC Bruay en 2012)	11171		
Total ZP Béthune Bruay	63524	295623	0,21
Total Artois	285931	1171302	0,24
LITTORAL			
CH Dunkerque	50609		
PGS	14198		
Total ZP Dunkerquois	64807	260973	0,25
CH Calais	34358		
Total ZP Calaisis	34358	162116	0,21
CHSO	34717		
Total ZP Audomarois	34717	120969	0,29
CH Boulogne	44105		
Total ZP Boulonnais	44 105	165479	0,27

Le taux de recours aux urgences est, pour la région Nord Pas-de-Calais, en 2012, de 0,27. Pour comparaison, ce taux était de 0,25 en 2008. Il est en France en 2012 de 0,25 ; en Ile-de-France de 0,25 ; en Provence Alpes Côtes d'Azur de 0,28⁴. Ce taux est de 0,29 sur les territoires de la Métropole et du Hainaut respectivement, et de 0,24 et 0,25 sur les territoires de l'Artois et du Littoral respectivement.

La localisation géographique des structures d'urgences, renforcées par les implantations de SMUR et la mise en place des médecins correspondants du SAMU, semble permettre de garantir, dans la limite des possibilités d'évaluation des besoins de soins urgents autrement que par la consommation de soins, l'accès aux soins urgents dans la région. Leur nombre et leur répartition semblent optimaux au regard du contexte de tension de la démographie des professionnels de santé de l'urgence.

Services mobiles d'urgences et de réanimation

Chaque zone de proximité de la région est couverte par un SMUR. L'activité des équipes SMUR est globalement stable dans la région Nord Pas de Calais (-0,52% entre 2009 et 2012). On constate cependant une modification de la répartition des missions en faveur des secondaires, dont la part a augmenté de plus de 20%. Cette augmentation est particulièrement nette sur le territoire du Hainaut (+64,51%). Il est à prévoir que cette augmentation s'accroît dès 2013/2014 avec la mise en œuvre du schéma de permanence des soins en établissements de santé qui identifie des établissements de recours territoriaux pour certaines spécialités.

Activité SMUR de 2009 à 2012 et évolution :

	Nombre d'équipes SMUR	Activités SMUR 2009 (sae)		Activités SMUR 2010 (sae)		Activités SMUR 2011 (sae)		Activités SMUR 2012 (sae)		Evolution 2012/2009	
		Primaires	Secondaires	Primaires	Secondaires	Primaires	Secondaires	Primaires	Secondaires	Primaires	Secondaires
METROPOLE	7	15521	5847	15262	6323	14006	6571	13956	6519	-10,08%	11,49%
HAINAUT	6	9703	927	9142	933	9273	1314	9369	1525	-3,44%	64,51%
ARTOIS	6,5	10744	2827	10695	3403	10429	3409	9932	3506	-7,56%	24,02%
LITTORAL	6	7646	265	7261	352	7665	385	8070	326	5,55%	23,02%
TOTAL REGION	25,5	43614	9866	42360	11011	41373	11679	41327	11876	-5,24%	20,37%
lares + laires			53480		53371		53052		53203		-0,52%

(Sources : SAE, rapport d'activité du SAMU 59, SAMU 62)

⁴ Source : SAE, Insee.

Nombre moyen d'équipes SMUR pour 100 000 habitants :

Territoires de santé	Zones de proximité	Nb Hab	nombre équipe smur	Moyenne d'équipes SMUR pour 100 000 hab
Artois Douaisis	Arrageois	249650	3	1,20
	Douaisis	251328	1	0,40
	Béthune Bruay	295623	1	0,34
	Lens Henin	374701	1,5	0,40
Total		1171302	6,5	0,55
Hainaut Cambresis	Sambre Avesnois	239058	3	1,25
	Cambresis	161846	1	0,62
	Valenciennois	352563	2	0,57
Total		753467	6	0,80
Littoral	Berck Montreuil	111740	1	0,89
	Boulonnais	165479	1	0,60
	Calais	162116	1	0,62
	Audomarois	120969	1	0,83
	Dunkerquois	260973	2	0,77
Total		825666	6	0,73
Métropole Flandre Intérieure	Flandre intérieure	181613	1	0,55
	Roubaix Tourcoing	426695	2	0,47
	Métropole	789181	4	0,51
Total		1397489	7	0,50
Région		4147924	25,5	0,61
France (2007)				0,9

(Sources : Atlas territorial Nord Pas de Calais 2011, rapport évaluation du plan urgences 2004-2008, JY Grall, 2007)

On remarque que la moyenne d'équipes SMUR pour 100 000 habitants est d'autant plus faible que la densité de population est importante –probablement à rapporter à la durée des interventions- avec néanmoins une moyenne sur l'Artois Douaisis, notamment sur les zones de proximité du Douaisis, de Béthune Bruay et de Lens Hénin, plus faible qu'en Métropole pour une densité de population plus faible. Le nombre d'équipes SMUR dans la région est inférieur de 30% à la moyenne d'équipes SMUR pour 100 000 habitants en France.

Nombre d'interventions SMUR par secteur en fonction du bassin de population :

SMUR	Population municipale 2009	Nombre d'interventions primaires et secondaires en 2012	Sorties/1000 hab.	Nombre d'interventions primaires en 2012	lares/1000 hab.
ARMENTIERES	182477	1857	10,18	1753	9,61
CAMBRAI	164807	1994	12,10	1908	11,58
DOUAI	225788	2459	10,89	2330	10,32
DUNKERQUE	254853	3462	13,58	3303	12,96
FOURMIES	39138	667	17,04	603	15,41
MAUBEUGE	166315	2778	16,70	2225	13,38
ROUBAIX	330938	2632	7,95	2445	7,39
ARRAS	251155	6664	26,53	3412	13,59
BOULOGNE-SUR-MER	159815	1721	10,77	1662	10,40
CALAIS	145261	1762	12,13	1672	11,51
BETHUNE	262223	3239	12,35	3084	11,76
LENS	380218	4315	11,35	4190	11,02
LILLE	712186	13691	19,22	7572	10,63
RANG-DU-FLIERS	112610	1508	13,39	1430	12,70
SAINT-OMER	133952	1451	10,83	1433	10,70
TOURCOING	276440	2295	8,30	2186	7,91
VALENCIENNES	373200	5455	14,62	4633	12,41
TOTAL REGION	4171376	57950	13,89	45841	10,99
France 2007			11,94		8,15

(Source : SAE 2012)

Le nombre moyen d'interventions par ligne en 2012 est de 1803 (primaires et secondaires). Pour comparaison, le nombre d'interventions par ligne en France en 2007 était de 1198, soit environ 30% inférieur.

Afin d'évaluer les besoins en équipes SMUR, les indisponibilités d'équipes dans la région ont été analysées.

Dans le département du Nord, 10% des interventions environ se font hors secteur pour les équipes, avec cependant des disparités selon la localisation de celles-ci ; les équipes de l'agglomération Lilloise (Tourcoing, Roubaix, Lille) sont les plus concernées, que ce soit en journée ou en nuit.

Equipes	Nombre total d'interventions	hors secteur	secteur	Part hors secteur/ nombre total d'interventions
ARMENTIERES	1708	182	1526	10,66%
CAMBRAI	1895	177	1718	9,34%
DOUAI	2318	185	2133	7,98%
DUNKERQUE	3232	54	3178	1,67%
FOURMIES	598	25	573	4,18%
MAUBEUGE	2220	111	2109	5,00%
ROUBAIX	2437	351	2086	14,40%
SMUR LILLE	7222	945	6277	13,09%
TOURCOING	2178	307	1871	14,10%
VALENCIENNES	4608	386	4222	8,38%
Total	28416	2723	25693	9,58%

(Source : SAMU 59, 2012)

Dans le département du Pas de Calais, les indisponibilités des équipes SMUR se répartissent comme suit :

Nombre d'indisponibilités par secteur SMUR	Année 2012
ARRAS	254
BETHUNE	592
BOULOGNE	277
CALAIS	239
LENS	1008
BERCK	235
SAINT OMER (Helfaut)	226
TOTAL	2 875

(Source : SAMU 62, 2012)

Les indisponibilités du SMUR de Béthune représentent 20,5% des indisponibilités du département, celles de Lens 35%. Ces indisponibilités sont suppléées par les équipes d'Arras, de Lens et dans une moindre mesure St Omer pour Béthune et par Arras et Béthune pour Lens.

Dans le cadre de la coopération franco-belge sur l'aide médicale urgente, les SMUR belges ont réalisé en France 179 missions en 2012, dont 53 (soit 30%) sur la zone de proximité du Valenciennois. Sur les 143 hospitalisations qui ont suivi ces interventions, 61 (soit 43%) ont eu lieu au CH de Valenciennes. Les SMUR français ont réalisé 50 interventions en Belgique en 2012, le SMUR déclenché étant, dans 44% des cas, le SMUR du CH d'Armentières.

Devant ces constats, il est nécessaire de réévaluer le nombre d'équipes SMUR dans la région et de favoriser la création d'équipes de transports infirmiers inter hospitaliers.

Financements

Le montant total des forfaits d'accueil des urgences reçu en 2013 est de 60 806 223 euros, soit une augmentation de 4,3% entre 2012 et 2013.

Le montant de la MIG SAMU régionale était de 12 616 261 euros en 2012.

Le montant de la MIG SMUR régionale était de 37 254 234 euros en 2012.

La MIG SAMU est en cours de remodelisation par la DGOS ; une réforme du financement des urgences et SMUR est prévue pour 2015.

3.4. La démographie médicale

Une enquête réalisée conjointement par l'ARS et la FHF, dans le cadre de l'élaboration du volet démographie des professionnels de santé, a évalué le nombre de postes déclarés vacants par les établissements publics de la région en 2012, pour chacune des spécialités proposées par les établissements, dont la médecine d'urgence. On constate dans cette étude la vacance de 28,1 postes de PH et attachés de médecine d'urgence (soit 7,7% des postes de PH vacants toutes spécialités confondues dans la région), dont 16,1 sur le territoire de l'Artois. En 2012, 9,5 ETP d'assistants et FFI occupaient un poste de PH vacant. Selon la source SIGMED, 91 postes de PH sur 272,1 postes théoriques sont vacants, c'est-à-dire vides ou occupés par des praticiens contractuels ou attachés.

La capacité de formation de la région est de 24 DESC par an, capacité la plus importante de l'inter région Nord.

Les résultats de l'enquête de la DREES sur les urgences hospitalières et de l'enquête nationale de la Collégiale des Universitaires de Médecine d'urgence permettront d'affiner les connaissances de la dynamique de la démographie (formation mais aussi reconversion, fuites vers d'autres régions etc) et de préciser les besoins. Dans l'attente de ces résultats nationaux, une enquête régionale sera réalisée.

Il est d'ores et déjà constaté des difficultés parfois importantes de recrutement dans plusieurs structures d'urgence de la région, entraînant l'épuisement des équipes et le recours non négligeable à l'intérim, coûteux pour les établissements. L'augmentation constante de l'activité impose néanmoins une augmentation des effectifs présents à un même moment pour ne pas compromettre la qualité et la sécurité des soins.

La fédération des urgences de Flandre Intérieure, dont la convention a été signée en décembre 2013, mais qui fonctionne depuis 10 ans, permet aux urgentistes d'exercer sur les deux structures d'urgences des centres hospitaliers d'Hazebrouck et d'Armentières. Cette fédération permet un exercice dans des environnements différents et selon des modes différents : accueil des urgences et SMUR. Elle a permis la diminution du recrutement d'intérim par les deux établissements. L'homogénéisation des modes de recrutement est nécessaire. Les urgentistes bénéficient de la prime multi-sites réglementaire.

3.5. Conditions de travail des professionnels de l'urgence

Les évènements récents dans les services d'urgence de la région et en France ont montré que les conditions de travail aux urgences pour les professions médicales et paramédicales des urgences se dégradaient, ceci pour plusieurs raisons:

- l'insuffisance de médecins urgentistes et de personnels soignants ;

- la réalisation de tâches qui ne relèvent pas de compétences médicales ou para médicales des services d'urgence ;
- l'insuffisance de temps dédié à la formation et aux activités de la structure d'urgences ;
- l'existence et la fréquence des actes de violences ;
- l'inadaptation des locaux au niveau d'activité des SU.

D'après le bilan de l'ONVS (observatoire national des violences en milieu de santé), en 2012, sur 11 327 signalements en France, les services les plus impactés ont été la psychiatrie avec le quart des incidents déclarés, les urgences (14%) et les services accueillant les personnes âgées. Parmi les signalements provenant des structures d'urgence (14,20% des signalements), 12,33% sont des atteintes aux personnes et 2,75% des atteintes aux biens. Parmi les atteintes aux personnes, 74% étaient des agressions verbales et 26% des violences physiques. L'ONVS précise que « certains services seront principalement le lieu d'expression des violences verbales avec une escalade pouvant déboucher sur des coups. Ces situations se retrouvent notamment dans les services où l'attente du patient est forte, chargée en émotion et en angoisse (pédiatrie, urgences) ou lorsque le patient estime que la prise en charge ne correspond pas à ses besoins. Les conditions d'accueil (services surchargés, longueur de l'attente, manque de personnel, communication insuffisante) peuvent constituer des facteurs de tensions supplémentaires. Dans certains cas, on constate que l'agressivité et la violence sont les seuls modes d'expression connus par les protagonistes. La consommation d'alcool et de produits stupéfiants facilitent le passage à l'acte ». « Le personnel hospitalier en est la principale victime mais l'agression n'est pas toujours le fait du seul patient. Interfèrent également accompagnateurs et intrus, étrangers à la demande de soins ».

Une thèse a été réalisée en novembre 2012 sur « le ressenti de l'insécurité des urgentistes dans les services d'urgence des hôpitaux publics du Nord Pas-de-Calais »⁵ : 35% des médecins interrogés estiment être victimes de plus de deux agressions par mois sur leur lieu de travail. 98% des médecins ayant répondu (n=131) déclarent avoir déjà été victimes d'agressions verbales, 54% d'agression physique, 20% victimes d'atteintes aux biens, 10% victimes d'agression avec armes. Les trois grandes causes de l'agression ressentie par les médecins sont : patients alcoolisés ou sous l'emprise de toxiques, délai d'attente ressenti par le patient et pathologie psychiatrique. 32% des médecins interrogés se déclarent en insécurité sur leur lieu de travail, 93% déclarent ne pas avoir reçu de formation, 64% des médecins seraient intéressés. 64% des médecins participants jugent utile de bénéficier d'une formation à la gestion du stress et de l'agressivité. L'étude ne retrouve pas de lien significatif entre le nombre d'entrées aux urgences et le sentiment d'insécurité.

3.6. Des établissements de santé régulièrement sous tension

Plusieurs épisodes de fortes tensions des établissements de santé et en médecine ambulatoire sont signalés depuis plusieurs années. Ces situations sont récurrentes ; leur étalement dans le temps et leur fréquence augmentent. Les causes sont souvent cumulatives : grand froid, épidémies saisonnières (grippe, gastro entérites, bronchiolites...), concordantes avec le vieillissement de la population et l'augmentation de la consommation de soins non programmés relevant ou non de la médecine générale.

Les établissements de santé ont élaborés leur plan blanc et les plans blancs élargis sont en cours de renouvellement. Ces dispositifs ne sont cependant pas destinés à répondre à ces situations de tension récurrentes.

⁵ Le ressenti de l'insécurité des médecins urgentistes dans les Centres Hospitaliers de la région Nord-Pas-de-Calais, Claire Jaillette, Hélène Malfoy, Université Lille 2, 2012.

Une feuille de route nationale sur les urgences a été proposée par la DGOS en juin 2013 à la suite des tensions accentuées lors de l'hiver 2012-2013 au sein des services d'urgence. Parmi les trois volets de cette feuille de route, le deuxième concernait l'élaboration de plans d'action régionaux devant s'appuyer sur les stratégies locales de chaque établissement siège d'un service d'urgence sur la gestion du parcours de soins non programmés en intra hospitalier. Dans ce cadre, les établissements ont été saisis par l'ARS au travers d'une enquête portant sur les mesures mises en place ou en projet concernant la gestion des flux de patients arrivant aux urgences.

Il ressort de cette enquête, à laquelle 28 établissements sièges d'une structure d'urgence sur les trente de la région ont répondu, que seuls 9 d'entre eux ont élaboré des plans « Hôpital en tension », plans réglementaires, 4 d'entre eux sont en train de les finaliser et 15 n'en ont pas. Les indicateurs relevés, permettant de définir les seuils de déclenchement du plan « hôpital en tension », sont variables selon les établissements. Vingt trois établissements sur 28 répondants sont engagés dans une démarche de gestion des lits, dont 14 accompagnés par l'ANAP. Il existe une commission d'admission des soins non programmés (CASNP), ou équivalent, dans 22 établissements sur 28. Les missions et prérogatives de cette commission sont différentes d'un établissement à l'autre ; par exemple, l'élaboration de règles d'admission des patients dans les services d'aval est la mission de la CASNP dans 6 établissements sur 28 (mais élaboration de ces règles en cours dans 15 établissements supplémentaires) ; l'élaboration de modalités de soins des patients hébergés est la mission de la CASNP dans 21 établissements sur 28. Les effectifs des urgences sont adaptés aux flux prévisibles de patients dans 18 établissements sur les 28 répondants. Des lits polyvalents permettant l'adaptation du nombre de lits d'aval aux variations saisonnières prévisibles existent dans 15 établissements sur les 28 répondants (et un établissement sur lequel la mise en œuvre est en cours). Il existe des liens directs avec les médecins traitants, permettant des hospitalisations directes dans 25 établissements sur les 28 répondants ; les spécialités concernées sont très variables selon les établissements.

Onze établissements sièges d'une structure d'urgence de la région participent au programme de gestion des lits proposé par la DGOS en lien avec l'ANAP. La première vague d'établissement a débuté ce programme en octobre 2013 et la deuxième vague en janvier 2014.

La gestion de l'aval est un des volets de la feuille de route nationale sur les urgences. Les mesures de gestion de l'aval permettent d'éviter un certain nombre d'épisodes de tension au sein des structures d'urgence mais sont aussi un moyen de diminuer les temps d'attente aux urgences pour les patients. On sait en effet que la morbi mortalité augmente avec l'augmentation du temps d'attente aux urgences⁶. L'étude de Guttman et al., par exemple, démontre qu'un patient se présentant dans un service d'urgence à une période pendant laquelle les patients au même stade de gravité que lui ont un temps d'attente important, a un risque significativement supérieur de mortalité ou d'hospitalisation dans les 7 jours qui suivent. Cette étude démontre que cela est vrai pour les patients graves mais aussi pour les patients qui repartent à domicile après leur passage aux urgences.

Accueils spécifiques

Quelle que soit la spécialité considérée, les admissions les plus directes possibles seront recherchées, celles-ci permettant d'améliorer l'efficacité des filières.

3.7. Accueil des enfants aux urgences

⁶ A. Guttman, M. J. Schull, M. J. Vermeulen, T. A. Stukel. Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department : population based cohort study from Ontario, Canada. BMJ 2011 ; 342 :d2983.

Une enquête régionale réalisée en 2012 montre une augmentation du nombre de structures d'urgences pédiatriques (UP) dans la région : 4 en 2001, 8 en 2008, 12 en 2012⁷. Conformément aux orientations du SROS III, la quasi-totalité des structures d'urgences de plus de 40 000 passages ont mis en place un accueil au moins médical des urgences pédiatriques.

Sur le fonctionnement des urgences pédiatriques, le responsable de ces 12 urgences pédiatriques est toujours un praticien hospitalier de pédiatrie. Les équipes sont essentiellement constituées de pédiatres avec peu de médecins généralistes ou urgentistes. Des IDE dédiées aux urgences pédiatriques existent dans 10 structures sur les 12 existantes. Une salle d'accueil des urgences vitales est présente dans 8 structures. Le nombre moyen de box des urgences pédiatriques est de 3+/-1. Sept structures ont un box pour l'infirmière d'accueil et d'orientation et 4 une salle de suture⁸.

Sur les 11 établissements sièges d'une structure d'urgences ne disposant pas de service de pédiatrie, certains ont d'ores et déjà conventionné avec un service de pédiatrie d'un CH référent (5 d'entre eux). Dans le cadre des travaux d'élaboration des réseaux territoriaux des urgences, ces liens devront être systématisés.

Les sept établissements sièges d'une structure d'urgence et disposant d'un service de pédiatrie, ont une garde d'urgentiste et une astreinte de pédiatre. Selon les établissements, les douleurs abdominales sont prises en charge aux urgences ou en pédiatrie. Certaines structures d'urgence n'ont pas de local spécifique pour l'accueil des enfants (ni salle d'attente ni box spécifique). Trois structures sur les 6 ont une infirmière plus spécialement dédiée aux enfants au niveau du SU.

⁷ La définition des urgences pédiatriques était l'existence d'une unité fonctionnelle pédiatrique affectée de locaux spécifiques pour l'enfant permettant un accueil 24h/24 en un même lieu par un personnel formé aux urgences de l'enfant.

⁸ Enquête régionale urgences pédiatriques 2012

ETABLISSEMENT	Nature de l'accueil	Nombre de passages aux urgences 2012	Nombre de passages aux urgences <18 ans (UP ou SU)*	% passages <18 ans	Nombre de passages aux UP 2011 (enquête régionale 2012)	Hospitalisation <18 ans après passage aux urgences 2012 (PMSI)	% hospitalisation après passage SU ou UP 2012
METROPOLE							
CHRU	UP(med+traumato)	115018	SAU: 2699 UP: 24107	23,31%	24000	5700	21,26%
Saint Philibert	SU	21265	SAU: 3098	14,57%		111	3,58%
Saint Vincent	UP(med+traumato)	38623	SAU: 1881 UP: 20154	57,05%	21000	3113	14,13%
CH Seclin	UP med	37016	SAU: 11948	32,28%		1603	13,42%
CH Hazebrouck		14241	SAU: 3565	25,03%		169	4,74%
CH Armentières	Med: Pjour/P ou SU nuit Traumato: SU	32761	SAU: 11889	36,29%		2408	20,25%
CH Roubaix	UP(med+traumato)	86854	UP:25079	28,87%	23000	4710	18,78%
CH Tourcoing	SU	43478	SAU: 14413	33,15%		1674	11,61%
HAINAUT							
CH Valenciennes	UP(med+traumato)	79128	SAU: 1825 UP: 21791	29,85%	24000	5239	22,18%
Cl Vauban		18072	SAU: 4224	23,37%		206	4,88%
CH Denain		27536	SAU: 5908	21,46%		392	6,64%
CH Cambrai	Med: P jour/SU nuit	21397	SAU: 8046	37,60%		2505	31,13%
CH Le Cateau		10827	SAU: 3089	28,53%		13	0,42%
CH Maubeuge	UP(med+traumato)	50041	SAU: 15854 UP: 13944	59,55%	12000	2218	7,44%
CH Fourmies		14309	SAU: 4017	28,07%		222	5,53%
ARTOIS							
CH Douai	UP(med+traumato)	61494	SAU: 1672 UP:17423	31,05%	21000	2860	14,98%
Cl St Amé		10009	SAU: 3948	39,44%		74	1,87%
CH Lens	UP med	58164	SAU: 20710	35,61%	10000	3990	19,27%
Pol HB		25134				253	
Pol Liévin		22687	SAU: 5129	22,61%		89	1,74%
CH Arras	UP med	44919	SAU: 4840 UP: 8528	29,76%	6700	3253	24,33%
Pol Divion		20189	SAU: 5362	26,56%		352	6,56%
CH Béthune	Med: P jour/SU nuit Traumato:SU	32164	SAU: 9489	29,50%		1182	12,46%
CMC Bruay/ Anne d'Artois		11171				321	
LITTORAL							
CH Dunkerque	UP med	50609	SAU: 11558	22,84%	5500	3060	26,48%
PGS		14198				42	
CH Calais	UP med	34358	SAU: 10370	30,18%	9100	1733	16,71%
CHSO	SU	34717	SAU: 8285	23,86%		1599	19,30%
CH Boulogne	UP med	44105	SAU: 14520	32,92%	6500	2567	17,68%
CH Montreuil	Med: P jour/ SU nuit Traumato: SU	25101	SAU: 7491	29,84%		1647	21,99%
Total		1099585	326856	29,73%		53305	

(Source: SAE 2012: passages des moins de 18 ans aux urgences générales et passages aux UP quand déclarés; quelques établissements déclarent l'ensemble des passages sur le SAU alors que présence d'une UP ; PMSI 2012)

3.8. Accueil des personnes âgées aux urgences

Le Nord Pas de Calais est la deuxième région la plus jeune de France, avec un indice de vieillissement plus faible que l'indice de vieillissement français (53,9 versus 69,4). La part des plus de 75 ans dans le Nord Pas de Calais est de 7,6% en 2010 (en France 9%).

En 2011, les passages des patients de plus de 75 ans représentaient 11,6% des passages enregistrés dans Ardah. En 2012, ces passages représentaient 11,2% du total des passages.

La majorité des admissions en court séjour gériatrique se fait toujours par le service des urgences pour les patients de 75 ans et plus. Dans les territoires du Littoral et de l'Artois, plus de la moitié de ces patients transite par les services d'urgence 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 mis en place 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'EMEG (équipe mobile d'évaluation gériatrique) dès l'arrivée d'un patient âgé fragile (système d'alerte « SAGE ») 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...

Il n'existe pas aujourd'hui d'équipe mobile de gériatrie sur tous les établissements sièges d'un service d'urgence.

3.9. Accueil aux urgences des patients nécessitant des soins psychiatriques

Le nombre d'appels aux SAMU pour symptômes liés à une pathologie psychiatrique est difficilement relevable du fait de la multiplicité des codages. Cependant, pour les tentatives de suicide, la Fédération Régionale de Recherche en psychiatrie en Santé Mentale (F2RSM) a mené une enquête permettant de disposer de données spécifiques. Elle dénombre ainsi à partir de la base SAMU du Nord (donc ne concernant que ce département), de 2009 à 2011, environ 8000 appels/an : en 2009 : 8738; en 2010, 8477; en 2011 : 7843 appels pour une tentative de suicide (TS).

Pour les passages aux urgences, en attente des données qui pourront venir du futur Observatoire Régional des Urgences (ORU), les tentatives de suicide ont également fait l'objet d'une analyse par la F2RSM de la base OSCOUR (CIRE/InVS) possible pour 5 sites d'urgences. Il en ressort la notion de 7,6 % à 10,5 % des accueils aux urgences liés à une TS. L'analyse des données montre que, parmi les hospitalisations en provenance des urgences en 2012 (n= 301 860), les patients sont hospitalisés vers une structure psychiatrique dans 1,94% des cas (n=5 844). La F2RSM note environ 11 000 hospitalisations MCO/an liées aux TS. Les hospitalisations complètes (HC) liées aux TS concernent ainsi 2,45‰ habitants par an. Il faut ajouter à cela les séjours MCO qui donnent ensuite lieu à des transferts en psychiatrie. Il y a également beaucoup d'entrées directes en HC de psychiatrie.

Ainsi, selon les données du Recueil d'Informations Médicales de Psychiatrie (RIM-P) en 2010, 37 565 séjours d'HC ont concerné 24 117 personnes différentes.

Quant à l'activité ambulatoire de psychiatrie, de source F2RSM : les TS concerneraient environ 4‰ hab/an, soit 30 à 50 TS/j en région. Et selon l'enquête régionale « un jour donné » réalisée le 10/02/2009: 95 consultations de psychiatrie pour patients suicidants ont eu lieu sur la journée, dont 1/3 ont fait l'objet d'une HC en psychiatrie ou réanimation.

4. ORIENTATIONS/ EVOLUTIONS

Amélioration de la structuration régionale :

4.1. Mettre en réseau les urgences et déployer des outils communs

- **Formaliser le réseau régional des urgences et en organiser l'animation et la coordination :**

L'ensemble des services d'urgence de la région ont mis en place de façon formelle ou non des conventions entre établissements permettant une prise en charge en urgence des patients. L'objectif sera donc de formaliser et de rendre cohérent au sein d'un même territoire, ou si cela semble plus pertinent au sein d'une même CHT ou entre CHT, ces conventions et ces liens afin de rendre plus lisible le parcours de soins urgents du patient. Les filières identifiées devront être cohérentes avec le schéma régional de permanence des soins en établissement de santé.

Selon la circulaire DHOS/O1 n°2007-65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences, « chaque établissement autorisé à faire fonctionner une structure des urgences a pour mission d'organiser les liens avec les établissements concourant à la prise en charge des patients en proximité, au sein du territoire de proximité. (...) Le fonctionnement du réseau dans sa vocation de proximité est défini dans un **cahier des charges opérationnel** qui précise notamment : l'organisation des relations établies entre les établissements concernés en cohérence avec le projet médical de territoire ; les protocoles d'accès aux diverses structures ; les modalités d'admission et de transfert des patients ; les modalités de gestion des disponibilités en lits pour le territoire ; les modalités de gestion du répertoire opérationnel des ressources ; le recours aux techniques de transferts d'image et de télé-médecine. »

« Afin d'assurer la coordination au niveau régional, une **instance collégiale régionale** est mise en place. Cette instance assure une fonction de coordination, d'observatoire et une fonction d'analyse des dysfonctionnements. Elle s'assure de la cohérence des mailles de proximité entre elles et veille à l'interopérabilité avec les régions adjacentes. Cette instance peut également être chargée de veiller à la cohérence des systèmes d'information ».

Afin d'évaluer le dispositif mis en place, « il convient de signaler les **dysfonctionnements organisationnels et/ou logistiques survenant entre deux établissements**, ressentis comme un trouble dans la réponse adaptée aux besoins du patient et donc préjudiciables à la qualité de la prise en charge ». Les modalités de traitement de ces dysfonctionnements devront être définies dans la convention constitutive du réseau.

Le schéma régional de permanence des soins en établissements de santé, afin d'organiser une prise en charge graduée des soins non programmés en aval des services d'urgence, a proposé la définition de niveaux des sites d'urgence à partir de la description des plateaux techniques existants sur les établissements sièges d'un SU. Ont été proposés de niveau 1, les SU permettant une stabilisation de tout patient avant transfert si besoin en réanimation. Les sites d'urgence de niveau 2 peuvent accueillir tous patients accueillis en niveau 1 et les patients nécessitant un transfert en réanimation. Les niveaux 3 sont des niveaux de recours territoriaux et/ ou régionaux. Ces niveaux n'ont pas vocation à modifier les conditions techniques de fonctionnement des établissements mais simplement à fluidifier et améliorer la lisibilité des parcours de soins urgents des patients. Ils s'adapteront donc aux évolutions des plateaux techniques des établissements.

Echéance : décembre 2014

Indicateurs de suivi :

- signature de la convention constitutive du réseau
- élaboration d'une fiche de dysfonctionnement.

- **Achever le déploiement de l'outil RAMUR :**

Echéance : décembre 2014.

- **Achever la création de l'Observatoire Régional des Urgences du Nord Pas de Calais :**

Le comité de pilotage de l'Observatoire Régional des Urgences a acté la création d'un ORU sous forme juridique de groupement d'intérêt public rassemblant l'ensemble des établissements sièges d'un service d'urgence dans la région Nord Pas de Calais.

Les travaux de l'ORU du Nord Pas-de-Calais devront s'articuler autour de trois missions : l'observation et l'analyse de l'activité des services d'urgence de la région, une contribution aux missions de veille et d'alerte sanitaires régionales de l'InVS et de l'ARS, la recherche clinique et épidémiologique :

- Sur la mission d'observation et d'analyse de l'activité des services d'urgence et de l'activité médicale non programmée de la région :
 - **Evaluer les besoins par la consommation de soins** dans les services d'urgence (besoins des patients, besoins des professionnels de santé);
 - **Etudier les filières de soins** (personnes âgées, psychiatrie, pédiatrie : urgences chirurgicales par exemple, ou autres)

Activités correspondantes :

- Analyse des données d'activité remontant des services d'urgence, de leur qualité et exhaustivité
- Définition des indicateurs propres à la région, hors RPU et proposition d'inclusion de nouveaux indicateurs (SAMU, SMUR, demande libérale de soins non programmés, qualité des soins, effectifs...)
- Production de rapports d'activité afin notamment d'alimenter l'ensemble des réflexions régionales
- Production d'études sur les filières de soins, ou thématiques spécifiques
- Assurance de l'accessibilité des données en ligne à l'ensemble des professionnels des établissements sièges d'un service d'urgence en temps réel
- Elaboration de préconisations sur l'amélioration de l'adéquation de l'offre aux besoins.
- **Définir et repérer des seuils d'alerte sur l'activité** afin d'avoir la plus grande réactivité possible lors de situation de tension, voire de crise (ex : rétro information entre établissements en cas d'hôpital en tension).
- Sur la contribution à la veille sanitaire régionale assurée par l'InVS et l'ARS dans le cadre du Vagusan9 et à la veille sanitaire nationale
 - Transmission quotidienne à l'InVS des données des services d'urgence hébergées
 - Articulation et interaction avec la Cire
 - Analyse de la qualité des données, en collaboration avec la Cire.
- Sur la mission de recherche clinique et épidémiologique :

⁹ Rappel des objectifs du VAGUSAN :

- Détection et l'évaluation de l'impact sanitaire des urgences de santé publique (épidémies, accident industriels...)
- Validation (ou invalidation) d'un signal sanitaire ou environnemental
- Impact sanitaire dans la population (gravité, fréquence, caractéristiques d'âge, sexe....)
- Impacts sur l'offre de soins
- Rétro Information vers les professionnels de santé et le grand public.

- Implémentation des référentiels concernant la médecine d'urgence et la demande de soins non programmés
- Impacts sur les pratiques cliniques
- Particularités territoriales/ observation des filières

Echéance : décembre 2014

Indicateurs de suivi :

- nombre de structures d'urgence remontant des résumés de passage aux urgences
- exhaustivité des informations saisies dans les résumés de passage aux urgences.

- **Poursuivre l'informatisation des services d'urgence :**

Une des actions sous jacentes à la création de l'ORU est la poursuite de l'informatisation des services d'urgences de la région ainsi que la poursuite des travaux sur l'amélioration de l'exhaustivité et de la qualité des données provenant des urgences.

Dans ce cadre, l'arrêté du 24 juillet 2013 sur la remontée des résumés de passage aux urgences pose un délai réglementaire à la remontée de l'ensemble des RPU de la région au 31 juillet 2014.

Echéance : décembre 2014

Indicateur de suivi : nombre de structures d'urgence informatisées.

- **Développer la télémédecine en lien avec les structures d'urgence :**

Extension du dispositif Télurge à l'ensemble des structures d'urgence de la région

Huit établissements sièges d'une structure d'urgence autorisée n'adhèrent pour le moment pas au réseau: le CH de Le Cateau, la Polyclinique Divion, la Polyclinique d'Hénin-Beaumont, la Polyclinique de Riaumont, la polyclinique Grande Synthe, la clinique St Amé, la polyclinique Vauban, la clinique Anne d'Artois. Télurge couvre donc d'ores et déjà 88% des passages aux urgences de la région en 2012.

Une extension de ce dispositif à l'ensemble des structures d'urgence est proposée.

Echéance : à échéance du SROS PRS

Indicateur de suivi : nombre de structures d'urgence intégrés à Télurge

Développement d'un projet de télé consultation pour les prises en charge des urgences chirurgicales pédiatriques (cf action 31)

Encourager le développement de nouveaux projets de télémédecine en lien avec les structures de médecine d'urgence

- **Créer le Répertoire Opérationnel des Ressources :**

Dans le cadre des travaux sur l'Observatoire Régional des Urgences et l'informatisation des services d'urgence, la création du répertoire opérationnel des ressources s'impose naturellement.

Echéance : décembre 2015

Indicateur de suivi : nombre d'établissements participant en temps réel à l'exhaustivité des données disponibles.

Amélioration de l'accessibilité au dispositif :

4.2. Améliorer la connaissance et la lisibilité des dispositifs de soins non programmés et urgents en région :

- **Réaliser une enquête sur l'accueil des soins non programmés sur les établissements publics et privés sans autorisation de service d'urgences :**

Il existe plusieurs accueils de soins non programmés dans la région, dont la lisibilité et la connaissance de la nature des soins offerts aux patients doivent être améliorées. Une enquête portant sur ces points devra être réalisée.

Echéance : à échéance du SROS PRS.

- **Afin de travailler sur l'offre de soins non programmés en journée, définition d'une méthodologie à l'échelle d'une zone de proximité, en observant la demande de soins non programmés au sein des structures d'urgence et des structures ambulatoires :**

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

Action 16 : Inscrire ce principe d'organisation pour les maisons de santé pluri-professionnelles

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

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

La faible disponibilité des médecins généralistes, tout particulièrement dans les zones en difficulté, entraîne des difficultés de recours aux soins ou des recours inadaptés en journée aux services d'urgence. Au-delà des organisations mises en place au sein des maisons de santé, il est nécessaire de rechercher une réponse pertinente qui pourrait reposer sur l'ensemble des professionnels de santé de 1^{er} recours. Une réflexion sera menée avec les URPS. »¹⁰

Echéance : décembre 2014.

- **Organiser une campagne de communication sur les dispositifs de prise en charge non programmés, en urgence ou non :**

¹⁰ Objectif opérationnel 5, 1^{er} axe stratégique : développer les fonctions de prise en charge précoce des soins de premier recours, SROS PRS.

Afin d'améliorer la connaissance des dispositifs existants, il est proposé d'organiser une campagne de communication sur les dispositifs de prise en charge non programmée existants, notamment numéros des centres de régulation médicale de PDSA et des dispositifs de prise en charge en urgence (voir action 21 du premier objectif opérationnel du 2^{ème} axe stratégique du SROS PRS).

Echéance : décembre 2014.

- **Accompagner les projets de maisons médicales de garde :**

La maison médicale de garde est un lieu fixe de consultation, dans lequel les médecins généralistes effectuent sur place, le service de permanence des soins ambulatoires. L'ouverture de nouvelles maisons médicales de garde sera accompagnée en fonction des initiatives locales. Leur implantation se fera préférentiellement dans l'enceinte du centre hospitalier à proximité des urgences, afin de faciliter la réorientation des patients entre les deux dispositifs. La procédure de tiers payant (part obligatoire et complémentaire) devra être proposée à toutes les personnes adressées à la maison médicale par le dispositif de régulation téléphonique. Les consultations majorées représentent en effet un coût difficile à avancer pour de nombreuses personnes, les incitant parfois à se rendre aux urgences pour des raisons financières et non de nécessité médicale.

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

Il est proposé d'expérimenter, sur un site de ce type, la mise en place d'un poste d'infirmière d'accueil et d'orientation, localisée avant l'entrée des urgences et de la MMG, chargée d'orienter les patients, en fonction de leur état de santé, soit vers le service des urgences, soit vers la MMG. Un protocole d'adressage devra être défini en concertation. Cette expérimentation sera menée sur la base du volontariat des acteurs de santé concernés pour une durée de 6 mois ou d'1 an. Une évaluation en termes d'impact sur l'activité des urgences et sur celle de la MMG sera réalisée avant de poursuivre et développer ce dispositif¹¹. Dans ce cadre, la MMG de Lille et le CH Saint Vincent vont expérimenter la mise en place d'un poste d'infirmière d'accueil et d'orientation localisée en amont des entrées de la MMG et des urgences, chargée d'orienter les patients vers la structure la plus adaptée à leur pathologie. Cette expérimentation devrait débuter au cours du 1^{er} semestre 2014.

4.3. Mise en place du dispositif de médecins correspondants du SAMU sur les zones à plus de trente minutes d'un SMUR :

- **Permettre la formation et l'équipement de médecins généralistes volontaires pour être médecins correspondants du SAMU sur les zones prédéfinies à plus de trente minutes d'un SMUR :**

L'instruction n°DGOS/R2/228 du 6 juin 2013 visant à clarifier le cadre juridique et financier des médecins correspondants du SAMU (MCS) donne le cadre de mise en place de ce dispositif. L'ARS travaillera avec l'Université Lille 2 et les deux SAMU afin d'organiser au mieux la réponse aux demandes de soins urgents sur ces territoires. Les MCS permettent de disposer de relais compétents et formés et de réduire les délais de réponse à l'urgence vitale par une prise en charge rapide et de qualité jusqu'à l'arrivée d'un SMUR. Le SAMU déclenche systématiquement et simultanément l'intervention du MCS et du SMUR chargé de prendre en charge le patient.

Le médecin correspondant du SAMU fait partie intégrante du réseau des urgences.

¹¹ Objectif opérationnel 1, 2^{ème} axe stratégique : assurer un maillage territorial qui permet la gradation, l'efficacité et la qualité des soins, SROS PRS.

- **Mettre en place un dispositif de suivi des interventions et d'évaluation de la pertinence de cette organisation :**

Echéance : décembre 2014.

Indicateurs de suivi :

- nombre de médecins correspondants du SAMU
- nombre d'interventions.

4.4. Renforcer l'offre de l'aide médicale urgente pré hospitalière :

- **Formaliser et/ ou créer au moins une équipe de transports infirmiers inter hospitaliers (TIIH) par territoire :**

Devant l'augmentation du nombre de transports secondaires et afin d'anticiper l'impact de la réorganisation de la permanence des soins en établissements de santé, il est préconisé la mise en œuvre d'une équipe de transport infirmier inter hospitalier par territoire. Un cahier des charges régional, conforme aux recommandations de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) et un protocole encadrant ces transports, seront rédigés. Un modèle de tarification devra être proposé. Ces dispositifs permettront de dégager du temps médical de SMUR, en attendant les évolutions de la démographie qui pourront permettre la création de lignes supplémentaires de SMUR.

Echéance : décembre 2014.

Indicateurs de suivi :

- Nombre de TIIH
- Nombre d'interventions

- **Renforcer, sur les territoires identifiés dans les constats, les équipes SMUR, en fonction de la situation démographique des professionnels de l'urgence, afin d'organiser régionalement les transports secondaires :**

En fonction des possibilités démographiques, mettre en place dès que possible au moins une équipe SMUR par territoire permettant l'organisation des transports secondaires, afin d'optimiser le temps médical.

Un groupe de travail déterminera les modalités de mise en place et d'organisation des TIIH et/ou équipes SMUR en fonction des possibilités démographiques et financières.

Echéance : décembre 2014.

Indicateurs de suivi :

- Nombre d'équipes supplémentaires
- Nombre d'interventions

- **Organiser l'offre de transports bariatriques urgents :**

Ces travaux sont en cours conformément à l'instruction N° DGOS/R4/2013/222 du 3 juin 2013 relative à la mise en œuvre des actions 4 et 10 du plan obésité.

- **Organiser les transferts périnataux et leur régulation :**

Il est prévu de mettre en place un groupe de travail permettant de revoir l'organisation et les protocoles de transferts périnataux dans la région, ainsi que leur régulation.

4.5. Améliorer la coordination des transports sanitaires hélicoptérés :

- **Améliorer le maillage des hélistations fonctionnant H24 sur les centres hospitaliers sièges d'un service d'urgence :**

Conformément aux recommandations de bonnes pratiques, les hélistations présentes sur un établissement de santé siège d'un service d'urgence devraient pouvoir fonctionner H24. En fonction des crédits délégués dans le cadre des travaux nationaux sur les transports sanitaires hélicoptérés, une extension des aires à poser fonctionnant H24 sera recherchée.

Echéance : décembre 2015.

Indicateur de suivi : nombre d'hélistations ou d'aires à poser permettant de mailler la région.

- **Permettre la coordination régionale et zonale de l'offre de transports sanitaires hélicoptérés :**

Un registre régional des interventions SMUR hélicoptérées sera mis en place.

Un groupe de travail sera mis en œuvre avec les responsables des hélicoptères sanitaires de la zone afin de définir des modes de coopération permettant d'optimiser leur fonctionnement.

Echéance : mai 2015.

Indicateur de suivi : élaboration d'un protocole de coordination régionale et zonale.

Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, de la fluidité du parcours de soins non programmés, des conditions de travail :

4.6. Améliorer la fluidité du parcours de soins non programmés au sein des établissements de santé :

- **Renforcer la mise en place des outils de gestion du parcours de soins non programmés au sein de l'établissement :**

Le premier objectif est de mettre en conformité avec la réglementation l'ensemble des établissements sièges d'une SU sur l'existence d'une commission des admissions et des soins non programmés ou commission équivalente. Selon les établissements, la mise en place d'un dispositif de gestion des lits (logiciel, personnel dédié, cellule d'ordonnancement...) pourra être envisagée. Ces mesures seront inscrites dans le projet médical de l'établissement.

- **Améliorer les réponses intra hospitalières, territoriale et régionale aux signalements des tensions hospitalières :**

La création de l'ORU permettra une observation en temps réel des situations de tension au sein des établissements. Cette observation est sous tendue par un travail régional d'identification d'indicateurs pertinents, homogènes dans la région, avec définition locale des seuils de tension de ces indicateurs. Ces indicateurs doivent, réglementairement, être suivis par la commission des admissions des soins non programmés de chaque établissement. Les plans « hôpital en tension » devront être élaborés dans chaque établissement siège d'une structure d'urgence autorisée. Un dispositif régional de gestion de ces tensions sera élaboré avec les établissements et les SAMU.

4.7. Améliorer les conditions de travail aux urgences :

- **Réaliser une enquête démographique de la profession d'urgentiste :**

Afin d'anticiper les évolutions démographiques de la profession de médecine d'urgence, il est nécessaire de réaliser une enquête démographique. Cette enquête devra permettre de décrire le nombre de professionnels dans chaque service mais aussi le temps de travail, les temps administratifs et de formation. Des données d'observation sur cinq ans permettront d'appréhender les départs et les reconversions des médecins urgentistes. Une réflexion sur les développements et aménagements de carrière sera portée.

- **Permettre l'accès du personnel médical et paramédical des urgences à la formation continue :**

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, a introduit la notion de développement professionnel continu (DPC) dans le code de la santé publique, afin de réunir dans un concept commun les notions de formation professionnelle continue et d'évaluation des pratiques des professionnels de santé, médicaux et para médicaux. La possibilité de formation, obligation réglementaire, est attractive pour les structures d'urgence. Les formations en équipe sur une thématique ainsi que les simulations doivent être privilégiées.

- **Prévenir et gérer les situations de violence :**

Une formation sera proposée aux personnels des structures d'urgence afin d'anticiper au maximum et de gérer les situations génératrices de violences. Les protocoles entre les forces de l'ordre, la justice et les établissements de santé seront renouvelés.

- **Faciliter la création de fédérations d'urgentistes :**

Les fédérations d'urgentistes peuvent permettre de préserver la polyvalence de l'exercice de la médecine d'urgence, de faciliter l'entraide entre les structures d'urgence en difficulté démographique ou les remplacements ponctuels. Celles-ci permettraient aussi de diminuer le recours à l'intérim. Des solutions aux obstacles administratifs et économiques seront, dans la mesure du possible, recherchées.

4.8. Améliorer la prise en charge spécifique des enfants aux urgences :

- **Au sein des accueils identifiés d'urgences pédiatriques, organiser dès que possible un accueil commun des enfants pour les pathologies médicales et traumatiques :**

Dans les 6 structures d'urgences pédiatriques dont les filières médicales et traumatologiques sont séparées, un fonctionnement conjoint avec le service d'urgence doit être encouragé, permettant d'accueillir les enfants dans un même lieu, avec une équipe soignante formée à la prise en charge des enfants.

Echéance : à échéance du SROS PRS.

Indicateur de suivi : organisation des urgences pédiatriques identifiés.

- **Dans les établissements ne disposant pas d'unité d'urgences pédiatriques, individualiser et harmoniser les filières de prise en charge des enfants :**

Il est préconisé que les locaux d'accueil des enfants soient individualisés au sein du service d'urgence, avec au minimum une salle d'attente et au moins un box réservés aux enfants.

Il convient de s'orienter vers un lieu de prise en charge unique, si les locaux le permettent, à proximité ou au sein des urgences, en évitant au maximum un fonctionnement amenant les enfants en pédiatrie la journée et au service d'urgence la nuit. Ce fonctionnement ne permet pas la formation de l'équipe soignante et médicale des urgences.

La formation du personnel médical et paramédical doit être assurée par la constitution d'un binôme comportant un urgentiste et un pédiatre de l'établissement. Ce binôme aide à la mise en place des protocoles médicaux, forme les équipes, relit les dossiers. Le pédiatre a un temps officiellement dévolu aux urgences. Au sein de l'équipe soignante, certaines infirmières assurent plus particulièrement les soins des enfants avec au moins une IDE par équipe plus particulièrement formée.

Echéance : à échéance du SROS PRS.

- **Assurer le conventionnement des établissements sièges d'un service d'urgence et ne disposant pas de service de pédiatrie dans le cadre de l'élaboration du réseau des urgences :**

Dans ce cadre, des protocoles communs sont mis en place. Les transferts et les prises en charge font l'objet d'une évaluation.

Echéance : décembre 2014

Indicateur de suivi : nombre de conventions signées.

- **Identifier les filières de prise en charge des urgences chirurgicales pédiatriques :**

La pathologie chirurgicale infantile nécessite une compétence et une expérience chirurgicale et anesthésique reconnues pour les enfants d'âge inférieur à trois ans et un accès aux examens d'imagerie de qualité. L'activité chirurgicale pédiatrique est organisée selon une gradation à trois niveaux dans trois types d'établissement :

- Niveau I : établissements ne disposant pas d'unité de chirurgie infantile
- Niveau II : établissements disposant d'une unité de chirurgie infantile : équipe médicale chirurgicale et anesthésique spécialisée et spécifique.
- Niveau III : établissement de recours régional.

Les établissements de niveau II et de niveau III pour les urgences chirurgicales pédiatriques doivent pouvoir s'appuyer sur un accueil des urgences pédiatriques, une unité de surveillance continue pédiatrique et un accès aux examens d'imagerie de l'enfant (notamment échographie).

Sur chaque territoire, au moins un établissement de niveau II ou de niveau III est le référent du territoire pour la prise en charge des urgences chirurgicales de l'enfant. Il pourra donc être contacté par les structures d'urgence ou les chirurgiens des établissements du territoire afin de préciser ensemble les conditions de prise en charge de l'enfant.

Ces expertises pourront être soutenues par un dispositif de télé expertise.

Un groupe de travail est mis en place depuis décembre 2013, ayant pour objectif de réaliser une étude prospective d'activité sur l'urgence chirurgicale pédiatrique et d'élaborer un projet médical régional de prise en charge des urgences chirurgicales pédiatriques afin de structurer des filières en fonction de l'âge de l'enfant, l'affection présentée et sa gravité.

Echéance : mai 2015

Indicateur de suivi : projets médicaux élaborés.

4.9. Améliorer la prise en charge spécifique des personnes âgées aux urgences :

Certaines des actions qui suivent, qui ont un impact sur les structures d'urgences, concernent d'autres volets du SROS PRS hospitalier ou médico-social.

- **Favoriser le maintien à domicile des personnes âgées :**

Renforcer la communication à destination des établissements accueillant des personnes âgées pour le bon usage des dispositifs de prises en charge non programmées existants, notamment les Centre 15 et centre de régulation de la permanence des soins ambulatoire

L'objectif de cette action est d'intervenir avant l'arrivée de la personne âgée aux urgences afin d'éviter son hospitalisation. Les deux SAMU du Nord et du Pas-de-Calais mettent en place des procédures de régulation des appels de personnes âgées ou de leur entourage. Il est en effet constaté un envoi fréquent de moyens dès lors que la personne âgée, son entourage ou l'établissement l'accueillant, a contacté les centres de régulation médicale.

- **Optimiser l'accueil de la personne âgée dans les structures de médecine d'urgence (SU ou SAMU) :**

Répondre aux besoins spécifiques de la population âgée dans les services d'urgences

Cette orientation se décline sur :

- La structure : favoriser, autant que possible, des conditions d'accueil spécifiques pour les personnes âgées aux urgences, et faciliter la présence de l'accompagnant.

- Le parcours : améliorer les temps de prise en charge par l'aval des structures d'urgence (délai entre la décision d'hospitalisation et l'hospitalisation effective par exemple) ;
- L'accueil : inclure, dans le plan de formation des établissements de santé, la formation des personnels des urgences sur les modalités d'accueil (en termes d'accueil, de transfert, d'installation, de surveillance paramédicale,...) afin d'améliorer l'attente des personnes âgées aux urgences¹². Cette formation pourra être proposée par les équipes mobiles de gériatrie.

Echéance : à échéance du SROS PRS

Indicateurs de suivi :

- nombre de personnes formées
- temps de passage aux urgences des personnes âgées.

- **Faciliter l'accès au dossier médical des patients en EHPAD**

Inciter les EHPAD à mieux renseigner le Dossier de liaison d'urgence (DLU)

Echéance : à échéance du SROS PRS

Indicateurs de suivi : nombre de résidents adressés aux urgences sans DLU

- **Favoriser la mise en place d'une équipe mobile de gériatrie au sein des établissements sièges d'un service d'urgence qui n'en disposent pas :**

Les équipes mobiles de gériatrie sont en effet un partenaire important des structures d'urgence, accueil et unité d'hospitalisation de courte durée, pour la prise en charge des personnes âgées et peuvent être le « support » d'animation et de formation du personnel des urgences à leur prise en charge. Les EMG ont en effet une place comme référents hospitaliers de secteur géographique pour les autres acteurs (libéraux, médico-sociaux, sociaux), quand elles existent. Elles sont les référents hospitaliers des malades et de leur famille, dans les services des établissements de santé, hors gériatrie, pour favoriser notamment les retours au domicile dans de bonnes conditions : « Les équipes mobiles de gériatrie interviennent en équipes transversales auprès des patients âgés, en étroite collaboration avec les équipes hospitalières, les CLIC et les réseaux de santé gériatriques ». Elles donnent des avis aux urgences, proposent des plans de soins mais ne prescrivent pas. Elles y assurent les avis de cas complexes et permettent de coordonner la filière de soins de la personne âgée.

Echéance : à échéance du SROS PRS en fonction des moyens humains et financiers mobilisables.

Indicateur de suivi : nombre d'EMG dans la région Nord Pas de Calais, part de leur activité pour les urgences.

- **Favoriser les admissions directes ou les hospitalisations de jour, voire éviter l'hospitalisation lorsque cela est possible :**

Favoriser les admissions directes en court séjour gériatrique en lien avec le médecin traitant¹³

¹² Volet gériatrie SROS PRS Nord Pas de Calais

¹³ Volet gériatrie SROS PRS Nord Pas-de-Calais

En parallèle de l'amélioration des admissions directes en court séjour gériatrique, mais aussi en médecine ou chirurgie, faciliter les circuits courts de prise en charge des structures d'urgence vers les services de soins de suite et de réadaptation ou de l'hospitalisation à domicile. La plupart des courts séjours gériatriques ou équipes mobile de gériatrie mettent à disposition des médecins traitants un numéro d'appel spécifique leur permettant d'avoir un avis rapide sur une hospitalisation. Il est nécessaire de demander aux différentes filières de gériatrie de généraliser ces numéros d'appel et les faire connaître aux médecins traitants.

Dans le cadre du projet PAERPA du Valenciennois-Quercitain, une expérimentation portant sur une plateforme téléphonique de territoire permettant aux médecins traitants d'avoir un avis sur l'orientation des personnes âgées en consultations mémoire, court séjour gériatrique ou SSR fera l'objet d'évaluation par l'équipe de recherche du CERIM.

Echéance : à échéance du SROS PRS

Indicateurs de suivi :

- taux de personnes âgées admises directement en court séjour gériatrique
- nombre d'hôpitaux porteurs de CSG et/ou EMG ayant un numéro d'appel spécifique.

Améliorer voire réduire les adressages des résidents d'EHPAD vers les hôpitaux, notamment les structures d'urgence

Dans le Valenciennois-Quercitain se déploie à compter de 2014 un projet de parcours des personnes âgées PAERPA qui fera l'objet d'évaluation par une équipe de recherche régionale au CERIM. Dans ce projet, une évaluation des dispositifs permettant de réduire voire améliorer les adressages des résidents d'EHPAD vers les hôpitaux va être menée. Il comprend :

- une équipe mobile inter-EHPAD se déplaçant dans les 52 EHPAD du territoire,
- un projet de télémédecine personnes âgées TelEHPAD pour préparer voire éviter les hospitalisations, réduire la polymédication
- un projet d'une astreinte IDE de nuit en EHPAD.

4.10. Améliorer la prise en charge spécifique des patients nécessitant des soins psychiatriques aux urgences :

- **Mettre en conformité chaque établissement siège d'une structure d'urgences avec les dispositions réglementaires concernant la psychiatrie :**

Réviser les conventions entre établissements sièges d'urgences et de psychiatrie et/ou élaborer les protocoles inter-services d'urgences et de psychiatrie

Il s'agit de répondre aux exigences réglementaires de façon à optimiser l'accueil et le transfert des patients en milieu adapté à partir des urgences, une fois les examens somatiques réalisés. Les conventions et protocoles définiront également les modalités et conditions des transferts inter établissements.

Améliorer la formation spécifique des personnels soignants accueillant aux urgences les patients de psychiatrie

La formation a pour objet d'apporter des connaissances spécifiques en psychiatrie à partir des situations rencontrées et de mieux connaître les dispositifs de psychiatrie et les évolutions législatives et réglementaires pour les admissions en soins sans consentement.

Echéance : janvier 2015

Indicateurs de suivi : retour à l'ARS des conventions révisées et protocoles signés, comportant les modalités de formation des personnels soignants.

- **Prévenir l'urgence par l'anticipation des situations aiguës :**

Renforcer les liens entre les médecins libéraux (généralistes et psychiatres) et les centres médico-psychologiques

L'annuaire des CMP, actualisé chaque mois, a été mis en ligne sur le site de la F2RSM et a été téléchargé à de multiples reprises. Il convient de renforcer les relations avec les médecins libéraux, par des contacts courriers, téléphoniques, courriels, apports de plaquettes des CMP, de façon à favoriser les interpellations.

Rappeler aux partenaires, dont les usagers, l'ensemble des dispositifs de psychiatrie et l'organisation en dehors des heures ouvrables (cf logigramme annexe 1)

Les secteurs de psychiatrie mettent à disposition du public qu'ils accueillent des informations sur la continuité des soins en dehors des heures ouvrables. Les CMP se doteront soit de répondeurs téléphoniques indiquant le n° de téléphone à appeler, soit de transfert téléphonique vers le service assurant cette continuité des soins. Il sera rappelé que les établissements publics de santé mentale peuvent accueillir en entrée directe des patients 24h/24.

Élargir les plages d'accueil en CMP, assurer la mobilité des équipes

Le but est de permettre, sur au moins 1 CMP par zone de proximité et de façon déssectorisée, une réponse permettant de désamorcer une crise et d'apaiser, soit par une visite à domicile soit par la délivrance d'un rendez-vous rapide, selon les situations.

Renouveler les conventions entre les forces de l'ordre, la justice et les établissements de santé (ES) pour les questions de sécurité des personnels soignants

Ces conventions concerneront également, dans le cadre des ruptures de programmes de soins, les réintégrations en hospitalisation complète des patients en soins sans consentement amenant des situations d'auto ou hétéro-agressivité ou des troubles de l'ordre public.

Echéance : décembre 2015

Indicateurs de suivi : utilisation électronique de l'annuaire des CMP, plaquettes des CMP, effectivité de l'ouverture des CMP jusqu'à 19h, révision des conventions entre ES et forces de l'ordre.

- **Améliorer et fluidifier la prise en charge des patients de psychiatrie aux urgences et en aval des urgences :**

Négocier par territoire de santé et/ou département un accord intersectoriel pour les situations atypiques

La sectorisation psychiatrique a été instaurée de façon à permettre le suivi dans la durée et la continuité de patients porteurs d'affections chroniques qui le nécessitent. Cependant, fondée sur leur domiciliation, elle a le désavantage de ne pas faciliter l'accès aux soins des personnes sans domicile ou hors région, par exemple pour les détenus. Des accords entre secteurs de psychiatrie seront recherchés de façon à instaurer un tour d'accueil entre les établissements de psychiatrie sectorisée.

Améliorer l'articulation entre les équipes de liaison d'addictologie, de psychiatrie et les PASS aux urgences

Les patients présentant fréquemment les trois problématiques nécessitent des soins et de l'attention de la part des professionnels de ces dispositifs. Un protocole d'intervention conjointe est nécessaire sur chaque site d'urgence.

Améliorer dans la mesure du possible les conditions matérielles d'accueil des patients de psychiatrie aux urgences

Prévoir dans chaque site d'urgence un bureau spécifique pour les entretiens de psychiatrie, de façon à assurer la confidentialité et à pouvoir recevoir également les familles.

Echéance : décembre 2015

Indicateurs de suivi : Nombre de réunions menées par l'ARS pour les situations atypiques; existence des protocoles d'intervention psychiatrie, addicto, PASS; nombre de bureaux dédiés à la psychiatrie aux urgences.

La mise en œuvre de ces mesures ne saurait relever de la seule prérogative du volet médecine d'urgence ; les liens avec les autres volets du SROS-PRS hospitalier sont indispensables, notamment dans le cadre des liens conventionnels avec les établissements de santé mentale.

4.11. Améliorer l'accueil des personnes en situation de handicap aux urgences :

Les travaux d'élaboration du programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de handicap débutent au printemps 2014. Les propositions permettant d'améliorer l'accueil des personnes en situation de handicap aux urgences seront donc élaborées de façon transversale avec le comité de l'urgence et le comité de pilotage du programme.

4.12. Mettre en cohérence le volet urgences du SROS PRS et les SDACR, schémas départementaux d'analyse et de couverture des risques :

Le document présentant la mise en cohérence du SROS et des SDACR 59 et 62 prendra, dans un premier temps, la forme d'une cartographie, telle que prévue dans la circulaire interministérielle N°DHOS/O1/DDSC/BSIS/2007/457 du 31 décembre 2007 et sera soumise pour avis aux CODAMUPS-TS. Ces documents figureront en annexe des SROS et SDACR.

Echéance : Mars 2015.

5. Bilan OQOS et implantations SMUR

REGION

Activités de soins soumises à autorisation : SMUR pédiatrique

Maillage

Région	Implantations actuelles	Implantations cibles
	1	1

DEPARTEMENT

Activités de soins soumises à autorisation : SAMU

Maillage

Département	Implantations actuelles	Implantations cibles
Nord	1	1
Pas de Calais	1	1

TERRITOIRE DE SANTE**Activités de soins soumises à autorisation : structure d'urgences**

Il est proposé de consolider le dispositif d'aide médicale urgente de la région en poursuivant le processus permanent d'adaptation et d'amélioration par les orientations et actions proposées. L'étude des besoins fait apparaître les effets de la prise en charge de patients par les accueils de soins non programmés de la région. La nature de cette activité doit cependant être documentée. L'ouverture d'implantations supplémentaires ne pourra être envisagée que dans un second temps et devra rester compatible avec l'évolution de la démographie des urgentistes ainsi qu'avec les conditions de financement de la permanence des soins en établissements de santé. Dans l'attente, les implantations cibles correspondent à celles existantes, à savoir :

Implantations cibles des structures d'urgences autorisées

Territoire de Santé	Implantations actuelles	Implantations cibles
Littoral	6	6
Artois	9	9
Métropole	8	8
Hainaut	7	7

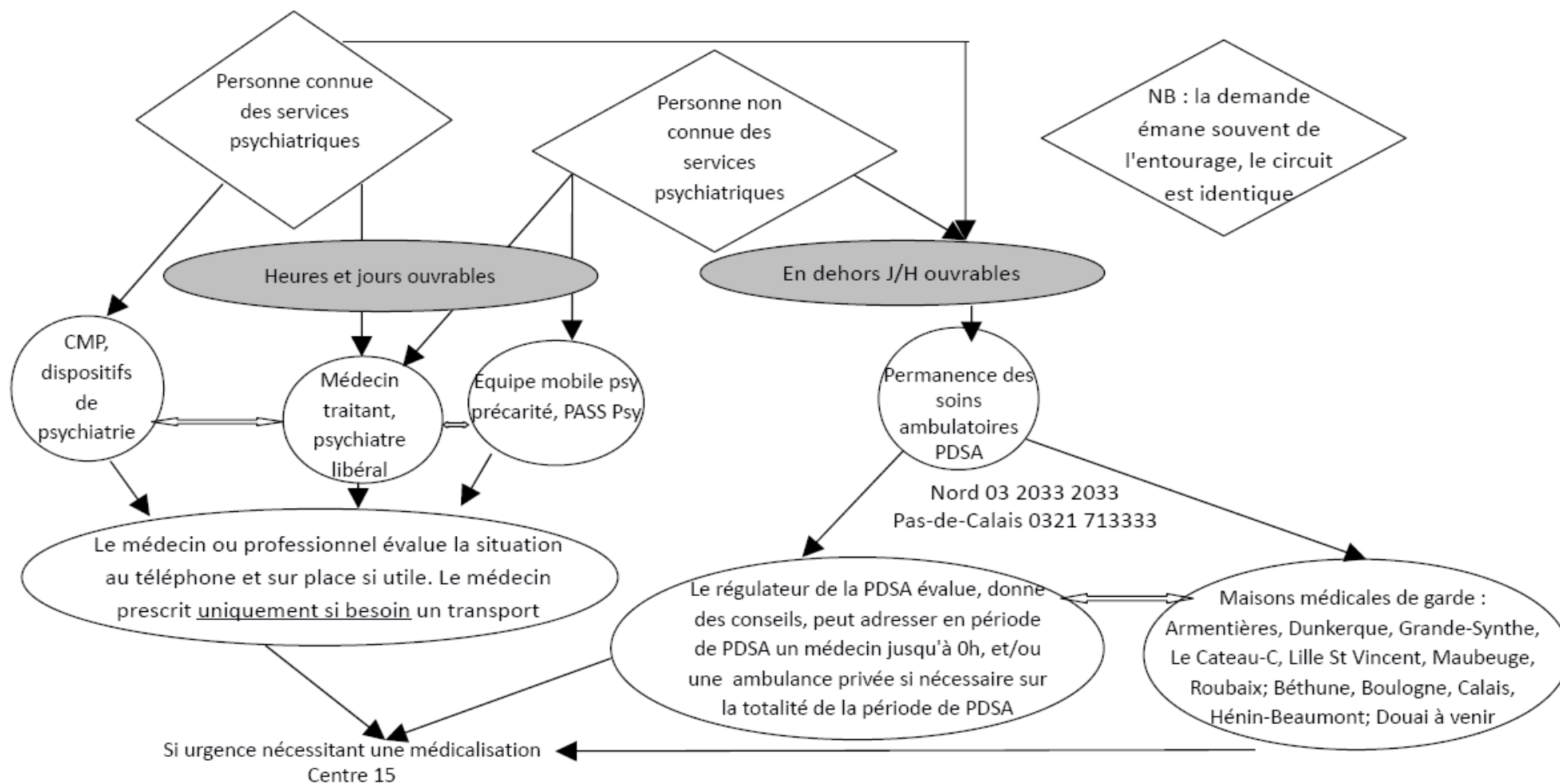
Activités de soins soumises à autorisation : SMURImplantations cibles des SMUR

Territoire de Santé	Implantations actuelles	Implantations cibles
Littoral	5	5
Artois	4	4
Métropole	4	4
Hainaut	4	4

Il n'est pas proposé d'implantation supplémentaire d'équipe SMUR mais plutôt un renforcement des équipes existantes là où les besoins ont été identifiés.

ANNEXE :

Modalités d'accès aux soins pour les personnes présentant des troubles psychiatriques justifiant une intervention et pouvant nécessiter un transport



Si urgence avérée avec risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade, cadre de l'art. L3212-3 du Code de la Santé Publique pour les soins sans consentement.

III. RÉANIMATION / SOINS INTENSIFS / SURVEILLANCE CONTINUE

INTRODUCTION

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

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

- Rappel des définitions :

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

- Réanimation : " Les soins de réanimation sont destinés à des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance... Cette activité est exercée dans des établissements de santé...pouvant assurer la mise en œuvre prolongée de techniques spécifiques, l'utilisation de dispositifs médicaux spécialisés ainsi qu'une permanence médicale et paramédicale à la disposition exclusive de l'unité. "
- Soins intensifs (SI) : " Les soins intensifs sont pratiqués dans les établissements de santé comprenant une ou plusieurs unités organisées pour prendre en charge des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une défaillance aiguë de l'organe concerné par la spécialité au titre de laquelle ils sont traités mettant directement en jeu à court terme leur pronostic vital et impliquant le recours à une méthode de suppléance. "
- Surveillance continue (SC) : " La surveillance continue consiste en la prise en charge de malades pour une observation clinique et biologique répétée et méthodique et pour un monitoring, en raison du niveau de gravité de leur état ou du traitement qui leur est appliqué, avec la crainte de la survenue d'une ou plusieurs défaillances vitales ou qui ne leur permettent pas un retour dans une unité d'hospitalisation classique. Elle constitue un niveau intermédiaire entre les unités de réanimation et les unités de soins conventionnelles....Les unités de surveillance continue ne peuvent en aucun cas prendre en charge de façon prolongée des patients traités par assistance ventilatoire ".

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

1.1 Réanimation non spécialisée

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

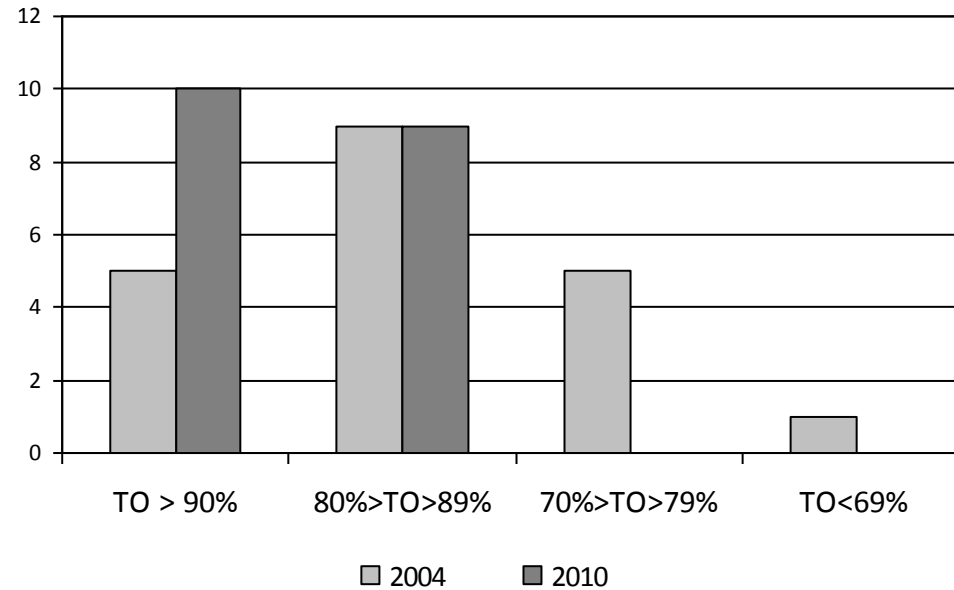
Tableau 1 : Lits installés et taux d'occupation par établissement et par territoire de santé

Services de réanimation autorisés	Nb habitants (RP 2008)	Nb de lits autorisés et installés au 15 mai 2011	Capacité par million d'habitants en 2011	Capacité par million d'habitants en 2004	Moyenne 2008 – 2010 du taux d'occupation en %
CH Calais	159778	10	62,58	66,22	92
CH Saint Omer	118253	8	67,65		82,2
CH Dunkerque	255081	13	50,96	49,43	87,42
CH Boulogne	162766	10	61,43	66,35	80
CHAM	112612	8	71,04		100
sous-total Littoral	808490	49	60,6	60,78	88,32
CH Lens	369489	15	40,59	39,9	92,48
CH Douai	247626	10	40,38	31,53	93,16
CH Arras	244511	10	40,89	42,59	91,3
CH Béthune	292122	9	30,8	34,04	92,5
sous-total Artois	1153748	44	38,13	37,21	92,36
CH Cambrai	159562	8	50,13	48,95	86,4
CH Valenciennes	349097	22	63,01	55,9	88,03
CH Maubeuge	234131	10	42,71	37,94	91,1
sous-total Hainaut	742790	40	53,85	49,34	88,51
Saint Philibert		12			90,57
CH Tourcoing		16			83,03
CH Roubaix		25			81,85
CHRU - URRM		34			93,04
CHRU – réa poly		16			89,33
CHRU - réa chirurgicale		14			98,75
CH Armentières		8			87,23
sous-total Métropole	1319462	125	94,73	92,5	89,11
Total Région	4024490	258	64,1	62,3	89,57

Source : enquête régionale ARS NPDC 2011

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

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



Par ailleurs, figure dans le tableau précédent le ratio d'équipement en lits par million d'habitants, qui met en évidence d'importantes différences entre les territoires de santé : la Métropole est le territoire le mieux équipé de la région, avec un ratio de 94 lits par million d'habitants et l'Artois le moins bien avec 38 lits par million d'habitants, pour une moyenne régionale de 64 lits par million d'habitants.

Ces données peuvent être analysées au regard des données de la Statistique d'Activité des Établissements 2009 (SAE), qui dans son questionnaire Q14 recense le nombre de lits de réanimation déclarés par les établissements.

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

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

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

Cette comparaison met en évidence que la région Nord Pas de Calais, qui représente 6,3% de la population, dispose de 5,64% de la capacité de réanimation nationale, pour y réaliser 3,74% des admissions¹⁴ (différentiel lié aux durées de séjour plus longues) et 5,40% des journées¹⁵.

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

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

- la durée moyenne de séjour est plus longue dans le Nord-Pas de Calais ;
- les scores de gravité sont plus élevés ;
- les taux de patients ventilés et ventilés plus de 48 heures sont plus importants de 25%¹⁶.

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

¹⁴ SAE 2009 : 19 5462 admissions en France, 7309 en région Nord Pas-de-Calais

¹⁵ SAE 2009 : 1446440 journées en France 78041 en Nord Pas-de-Calais

¹⁶ Il est entre autres de 25,3% dans la SAE 2009 France entière contre près de 60% pour la région en 2007

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

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

Source : enquête COTER 2004 – actualisation ARH 2007

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

	Bdd CUBREA ¹⁷ 2000	Enquête réa NPdC 2001 (données 2000)	Enquête réa NPdC 2003 (données 2002)	Enquête réa NPdC 2008 (données 2007)	Rapport de Benchmark pilote ANAP – 2010
	35 services de réa d'Ile de France	19 services de réa de la région NPdC	19 services de réa de la région NPdC	19 services de réa de la région NPdC	18 services de réa français (mini - maxi)
Age moyen	56		60,2	61,47	
Age médiane	57	60,7	63,4		
IGS II moyen	37,1		41,5	47,4	Mini 25,2 Maxi 51,9
%de patients ventilés	41,5	65,1	69,6	72,6	
%de patients ventilés > 48 h	22	50,3	47,2	59,8	Mini 11 Maxi 91
Taux de mortalité en réanimation	17,3	22,1	25,3	26,7	Mini 3 Maxi 35
Taux de mortalité hospitalière	21,2	30,9			
Durée moyenne de séjour			9,81	10,73	Mini 3,5 Maxi 17

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

Lors des enquêtes précédentes (2002 et 2007), les taux de patients hospitalisés en dehors de leur territoire, bien qu'y résidant, étaient beaucoup plus importants dans les territoires de santé de l'Artois et du Hainaut qu'en Métropole et sur le Littoral. Ce constat était le corollaire du ratio d'équipement par

¹⁷

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

million d'habitants, précédemment vu et toujours d'actualité, ainsi que des taux d'occupation élevés et des durées moyennes de séjour très élevées, à plus de 11 jours de moyenne pour trois des quatre établissements concernés.

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

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

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

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

1.2 Réanimations spécialisées

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

L'avenant au SROS III publié en septembre 2008, définit les cibles en termes d'implantations et de capacités des réanimations correspondantes devenues soumises à autorisation.

Les autorisations ont été délivrées aux établissements courant 2009.

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

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

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

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

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

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

Sont considérés comme relevant de la réanimation pédiatrique

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

¹⁸

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

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

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

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

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

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

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

Territoire de santé	Nombre de lits reconnus	Nombre de lits installés
Littoral	18	18
Artois	18	18
Hainaut	10	10
Métropole	105	87
Total	151	133

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

1.4 La surveillance continue

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

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

Littoral	12	$5 \leq \geq 12$	0
<i>Pour mémoire, 97 lits reconnus pour une cible prévue de 105</i>			
Artois	13	$4 \leq \geq 14$	1
<i>Pour mémoire, 126 lits reconnus pour une cible prévue de 145</i>			
Hainaut	12	$3 \leq \geq 14$	2
<i>Pour mémoire, 94 lits reconnus pour une cible de 100</i>			
Métropole	15	$6 \leq \geq 16$	1
<i>Pour mémoire, 184 lits reconnus pour une cible prévue de 200</i>			
Total	52	$18 \leq \geq 56$	4

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

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

1.5 Les autres activités reconnues

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

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

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

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

Territoire	Nombre d'implantations reconnues	Nombre de lits reconnus	Nombre de lits installés
Littoral	3	18	18
Artois	2	13	13
Hainaut	2	11	7
Métropole	3	22	20
Total	10	64	58

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

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

Etat des lieux :

Le SROS III comportait un volet réanimation, soins intensifs et surveillance continue.

Les unités de soins intensifs cardiologiques (USIC) sont dorénavant rattachées au volet « techniques interventionnelles utilisant l'imagerie par voie endovasculaire en cardiologie ».

Le SROS III avait centré ses objectifs sur la territorialisation de l'offre de soins :

Le niveau d'autonomie retenu pour les réanimations non spécialisées était le territoire de santé ; il s'agissait de renforcer quantitativement l'offre de soins régionale, sans créer de nouveau service de réanimation.

Par ailleurs, la capacité des services existants dans les bassins de vie de l'Artois et du Hainaut, les plus déficitaires au regard de la population desservie, devait être augmentée.

Hors CHRU, les activités de réanimation de chaque établissement devaient également être regroupées dans un seul service et dans une unité de lieu.

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

Le renforcement des capacités existantes visait :

- l'Artois (cible : 65 lits) ; les services de Douai et d'Arras ont été redimensionnés conformément aux cibles du SROS III ; le service d'Arras exploite 10 lits sur 15 prévus. Le service de Béthune est en cours de restructuration (nouveau service).

Le service de réanimation de Lens reste le seul à ne pas avoir encore engagé ses travaux.

Au total, 44 lits sont actuellement exploités contre 49 installés.

- le Hainaut (cible : 43 lits) : les services de Valenciennes et Cambrai sont neufs ; le service de réanimation de Maubeuge est dans la même situation que celui de Lens. Le service de Valenciennes a été étendu à 29 lits dont 22 de réanimation non spécialisée et 7 de réanimation neurochirurgicale.

Au total, 40 lits sont actuellement installés et exploités .

- le Littoral (cible : 56 lits) : aucune augmentation de capacité n'a été réalisée sur ce territoire qui garde 49 lits installés.

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

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

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

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

505 lits de surveillance continue ont été reconnus dans la région dans les établissements publics, privés et ESPIC¹⁹ et 339 sont installés. (cf. tableau 11)
80% des lits reconnus sont installés dans le Hainaut contre 55% en Métropole (48% au CHRU).

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

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

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

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

Les unités de réanimation sont toutes individualisées.

Les chartes de fonctionnement entre les services et ceux de réanimation ne sont pas toutes rédigées.

¹⁹ Ancien établissement « psph » (participant au service public hospitalier)

Le réseau régional des réanimations de la région n'a pas été constitué en tant que tel ; cependant, une partie des missions de ce réseau a été mise en œuvre par les membres de l'ex Comité Technique Régional de réanimation. Celui-ci a par exemple produit une convention de coopération type entre établissements disposant d'une réanimation et ceux n'en disposant pas mais titulaires d'unités devant réglementairement passer un accord partenarial avec d'autres établissements pour la prise en charge de patients en réanimation.

Le réseau pédiatrique entre USC et réanimation pédiatrique du CHRU fonctionne depuis 2008.

La concertation des planifications de fermeture de lits estivales a été initiée en 2010 et reconduite en 2011 où elle a fait l'objet courant mai d'une rencontre entre principaux établissements sièges de réanimation, urgences et SAMU dans chaque territoire de santé.

Les fermetures programmées de lits en réanimations spécialisées ou non, adultes et enfants, surveillance continue, soins intensifs, USIC et unités neurovasculaires ont été recensées puis présentées, ainsi que les principaux dispositifs de surveillance et d'alerte mis en place au niveau national et en région pour anticiper et alerter sur les risques de tensions hospitalières.

Ce type de recensement sera reconduit pour la période hivernale et les rencontres réitérées pour la période estivale dans les années concernées par le SROS-PRS.

L'activité de SSR a été structurée de par le volet du SROS revu en 2009 et la délivrance d'autorisation qui a suivi. Par contre, l'activité de SSR de sevrage post-réanimation n'est pas prévue dans les mentions de SSR spécialisé.

Les patients sortant de réanimation et nécessitant une prise en charge rééducative relèvent désormais de services de SSR bien identifiées : ceux avec mention spécialisée (pneumologie, cardiologie, locomoteur, neurologie...) ou ceux non spécialisés (polyvalents).

Le réaménagement des locaux a concerné plusieurs établissements : certains ont reconstruit (CH de Douai, Arras, Valenciennes, Cambrai) d'autres sont en cours de restructuration (CHRU, Béthune, Calais) ou l'ont programmée (Maubeuge, Lens, Roubaix).

Le territoire de santé de l'Artois qui, dans son ensemble, était le moins doté a été prioritaire pour la remise à niveau, tout comme le Hainaut, également mal doté.

Les restructurations prioritaires concernent désormais les CH de Lens et de Maubeuge qui disposent de services de réanimation présentant une obsolescence globale du bâti.

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

Il avait été notamment préconisé de travailler sur l'ouverture des postes de chefs de clinique assistants ; le démographie médicale se dégrade et les futurs diplômés sortants ne pourront compenser les seuls départs à la retraite, nombreux dans les dix années à venir.

Si le déficit se fera sentir sur l'ensemble du territoire national, il sera d'autant plus patent dans une région qui déjà, dispose d'une densité de médecins spécialistes très inférieure à la moyenne française.

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

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

Le bilan est assez positif :

- quelques établissements (principalement ceux dont les réanimations ont été reconstruites) ont installé une chambre dédiée pour l'accueil en réanimation des personnes en état de mort encéphalique, en attente de prélèvement
- tous les établissements déclarent être inscrits dans le réseau régional de prélèvement (territorial dans l'Artois)
- l'activité de PMO et de tissus est peu développée même lorsqu'elle est rattachée au même pôle que celui de la réanimation, ou que ce service en est le coordonnateur
- le personnel soignant et médical reste impliqué dans tous les cas, que ce soit dans le recensement des « pré-comas » et/ou des personnes en état de mort encéphalique, dans les liens avec la coordination régionale, dans les activités de sensibilisation et de formation internes à l'établissement.

Le dernier objectif du SROS III portait sur la lutte contre les infections nosocomiales, conformément aux orientations issues du programme national 2005-2008 de lutte contre les infections nosocomiales, qui concernait tout particulièrement les unités de réanimation :

- développer l'articulation entre l'équipe de réanimation et l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière
- mettre en place une politique de bon usage des antibiotiques au sein des services de réanimation, notamment par la concertation avec les praticiens référents
- renforcer la prévention de la transmission des bactéries multirésistantes aux antibiotiques
- renforcer l'évaluation des pratiques concernant l'utilisation des dispositifs invasifs.

Les établissements de la région prennent en charge des patients graves, dans le contexte d'une population à l'état de santé plus dégradé qu'au niveau national, mais également dans la perspective d'une diminution des personnels médicaux spécialisés.

Les établissements devront engager une optimisation de leurs organisations, voire des coopérations destinées à accompagner d'éventuelles restructurations.

2. ORIENTATIONS

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

Une restructuration/consolidation de l'offre ne peut être envisagée qu'après la mise en place d'une réflexion multidisciplinaire et multi-institutionnelle sur la place des services de réanimation au sein de l'hôpital (interdépendance avec les autres autorisations de soins), mais aussi de la zone de proximité et du territoire (besoins réels, identification des hôpitaux pivots à consolider, projet de CHT).

EN REANIMATION SPECIALISEE ET NON SPECIALISEE

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

- Privilégier le renforcement des services existants à la création ex nihilo
- Engager une réflexion sur les éventuels regroupements dans une vision anticipatrice de la diminution future des personnels médicaux et soignants

2.2 Mettre en œuvre un plan d'optimisation des ressources médicales pour faire face aux difficultés rencontrées par certains services et aux départs en retraite d'ici 5 à 10 ans

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

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

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

EN SOINS INTENSIFS ET SURVEILLANCE CONTINUE

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

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

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

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

EN MATIERE DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES

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

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

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

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

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

Voir programme régional de prévention des infections liées aux soins

3. DECLINAISON DES OQOS EN IMPLANTATIONS

Objectifs en réanimation non spécialisée

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

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

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

Objectifs en réanimation spécialisée

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

Réanimation neurochirurgicale :

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

Réanimation de chirurgie cardio-vasculaire :

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

Réanimation pédiatrique et réanimation pédiatrique spécialisée :

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

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

Le niveau d'autonomie déterminé pour les soins intensifs est la région.

Le nombre d'implantations retenu (pour la région) est compris entre 11 et 19.

Objectifs en surveillance continue adulte

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

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

Objectifs en surveillance continue enfant

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

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

IV. CHIRURGIE

AVERTISSEMENT

Le volet proposé ici est transitoire dans l'attente d'instructions nationales.
Il fera l'objet d'une révision dès publication de ces instructions.

INTRODUCTION

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

Rappel des objectifs du SROS III.

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

1. DIAGNOSTIC

- Généralités

Pour la chirurgie viscérale et la chirurgie orthopédique, l'objectif d'une offre de soins de proximité est atteint pour la région.

L'objectif d'une autonomie par territoire de santé

pour la chirurgie spécialisée est partiellement atteint (notamment en ce qui concerne la chirurgie pédiatrique).

Le nombre de chirurgiens vasculaires demeure insuffisant ; l'accès à la chirurgie gynécologique en secteur public est difficile et les délais sont longs pour la reconstruction dans le domaine des cancers (sein).

- Chirurgie infantile

Pour l'activité générale de chirurgie infantile (à l'exclusion de la chirurgie néonatale), le précédent SROS proposait une autonomie totale par bassin de vie, ce qui ne peut être atteint sur le Littoral en raison notamment de la démographie médicale.

L'activité de chirurgie spécialisée du rachis, de chirurgie orthopédique complexe ainsi que la chirurgie néonatale demeurent au niveau régional.

- Chirurgie thoracique:
 - La chirurgie thoracique représente 18 000 actes par an en France ;
 - 30 000 nouveaux cas de cancer broncho-pulmonaire par an, dont 15% sont opérables et seulement 10% opérés ;

- L'offre de soins est structurée dans la région, les fuites hors région sont faibles.

- Chirurgie urologique

Le niveau d'autonomie est le territoire de santé.

L'aspect démographique reste central dans certains territoires où l'on constate des fluctuations d'activités selon les effectifs d'urologues présents.

Il n'y a pas dans la région de difficulté majeure d'accès aux soins ou de permanence des soins (offre équilibrée entre le secteur public et le secteur privé).

Les patients ne semblent pas recourir trop tardivement aux soins. Concernant la chirurgie de recours, l'offre de soins est suffisante.

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

- Chirurgie vasculaire

Le niveau d'autonomie requis est le territoire de santé.

L'organisation à ce niveau, comprend :

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

Le nombre de chirurgiens vasculaires dans la région Nord-Pas-de-Calais est insuffisant (avec des départs prévisibles).

La continuité des soins en chirurgie vasculaire n'est pas assurée sur l'Artois et sur le Littoral.

- Chirurgie gynécologique

On observe une tendance nette au développement du secteur privé.

En ce qui concerne la chirurgie cancérologique, il existe une inégalité dans la prise en charge des cancers du sein et une dégradation de la prise en charge en périphérie.

- Chirurgie ambulatoire

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

- Chirurgie ophtalmologique

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

Une centralisation des soins s'effectue au sein des grandes villes de la région (Lille, Boulogne ...).

Les perspectives à court terme n'apparaissent pas favorables :

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

- Chirurgie maxillo-faciale

La traumatologie maxillo-faciale montre une insuffisance de prise en charge au niveau régional.

Aucune région de France ne dispose de si peu de capacité d'hospitalisation si l'on intègre la population à couvrir.

Il est fréquent que des malades soient transférés vers d'autres régions pour des pathologies traumatiques relevant de cette spécialité.

- Coopération transfrontalière

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

- Démographies professionnelles

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

Objectifs en termes d'implantations

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

* correction d'une erreur matérielle de la version précédente du SROS : prise en compte de la cessation de l'activité de chirurgie à la clinique Villars de DENAIN.

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

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

La gradation du dispositif :

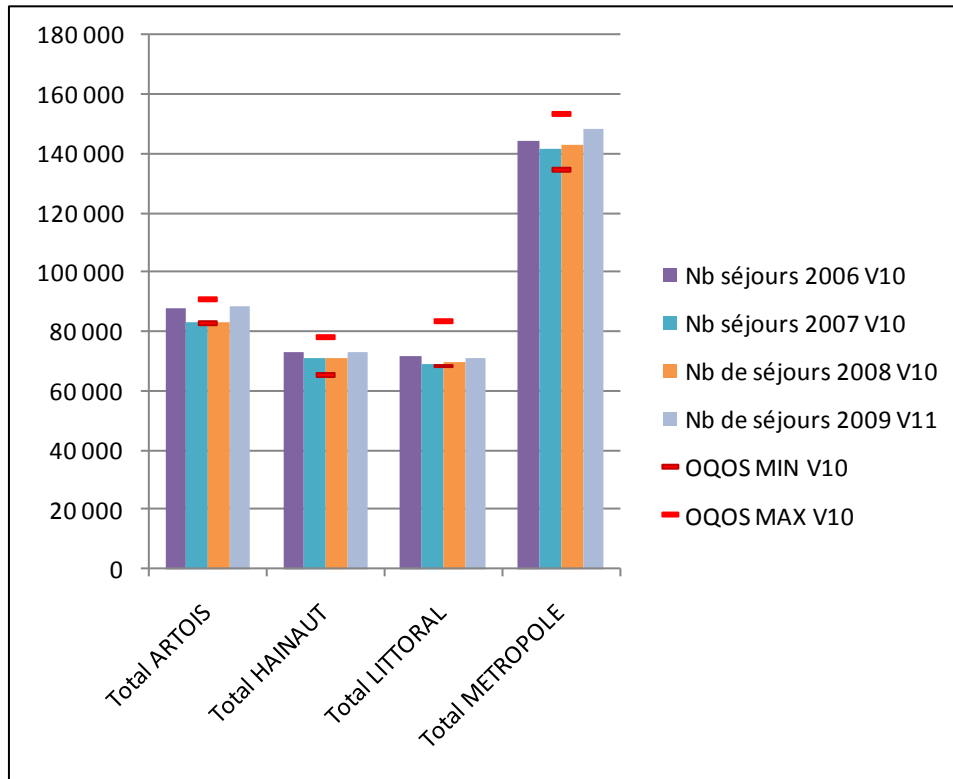
Le niveau de proximité (infra territorial) correspond à un niveau structuré autour de la chirurgie polyvalente.

Le niveau de territoire de santé, niveau de recours, niveau de soins spécialisés, correspond au territoire tel qu'arrêté par le Directeur de l'ARS.

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

Bilan des OQOS en volume

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

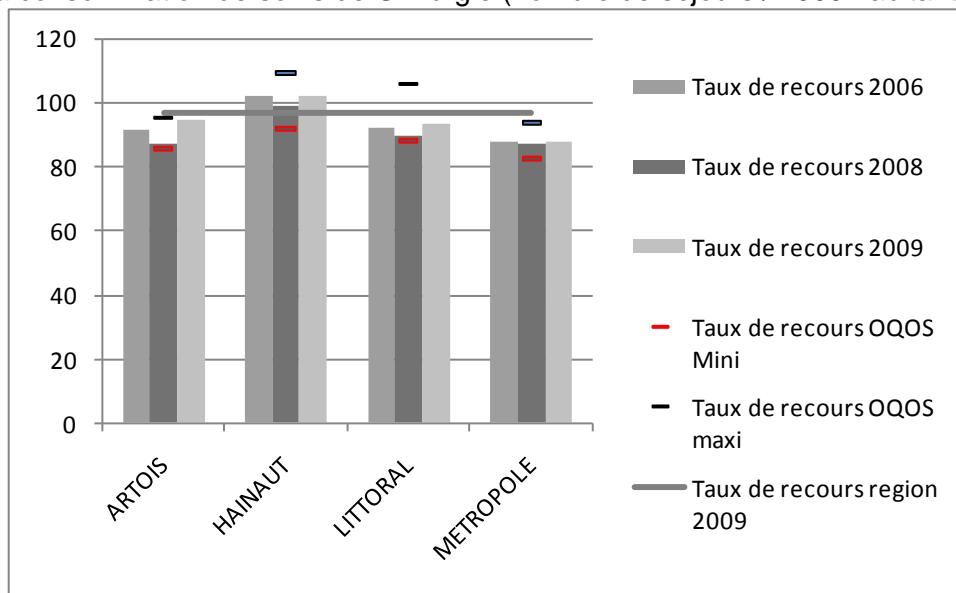


On ne constate aucun dépassement de la borne maximum des OQOS ou de la borne minimum au niveau des territoires de santé.
 Les OQOS de production de soins ont donc été respectés pendant la période du SROS III.
 Le volume produit par les établissements des territoires de santé est assez stable avec une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

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

(Bilan OQOS ARS mai 2011)

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



(Bilan OQOS ARS mai 2011)

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

La production de soins de la Métropole a augmenté alors que la consommation a stagné pour ce territoire. L'hypothèse d'une augmentation de l'attractivité est la plus probable.

Pour les autres territoires, la consommation a le même profil que la production. Les populations de l'Artois, du Littoral et du Hainaut ont donc augmenté leur consommation de soins.

Etat des lieux de la chirurgie ambulatoire :

(ARS avril 2011)

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

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

Les français ont un recours à la chirurgie ambulatoire de **28,8 ‰**.

En Nord/Pas-de-Calais ce taux est de **30,9 ‰**.

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

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

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

2. ORIENTATIONS

2.1 Optimiser l'organisation de la prise en charge chirurgicale

Fonctionnement du bloc opératoire :

L'optimisation du bloc opératoire passe par :

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

Il est nécessaire d'engager une démarche active : de surveillance des infections de site opératoire (ISO) pour la quasi-totalité des disciplines chirurgicales et de mettre en œuvre des discussions multidisciplinaires autour de dossiers « ISO » (revue de morbi-mortalité).

Les projets d'investissement intègrent de plus en plus les salles de blocs opératoires et les salles dites « interventionnelles ». L'imagerie per opératoire a vocation à se développer.

Amélioration des pratiques de l'anesthésie

L'amélioration des pratiques de l'anesthésie est indispensable, notamment par la maîtrise du risque et une meilleure analgésie.

- Diminution du risque anesthésique
 - Il est possible d'améliorer la formation du pilotage de l'anesthésie au moyen d'un simulateur ;
 - Le monitoring continu non invasif du débit cardiaque permet, en diminuant les risques de complications d'organes, de limiter la mortalité et la morbidité.
- Prise en compte de la douleur
 - Il y a de réels enjeux à une prise en charge optimale de la douleur en péri-opératoire par l'équipe d'anesthésie réanimation (améliorer le confort du patient, éviter le risque de chronicisation de la douleur) ;
 - Il est nécessaire de limiter au maximum les morphiniques (monitorage de la douleur, de la profondeur d'anesthésie, analgésie multimodale).

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

Une dynamique autour des coopérations concerne :

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

et

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

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

Gradation des soins par territoire :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Chirurgie ambulatoire :

Le développement de la chirurgie ambulatoire est un enjeu majeur. A cet égard le contrat pluriannuel conclu entre l'ARS Nord-Pas-de-Calais et l'Etat comporte un objectif d'atteinte d'un taux de 52% des actes chirurgicaux réalisés en ambulatoire à échéance de 2016. La situation de chaque établissement sera donc analysée au regard de son potentiel de substitution et d'un barème régional ; un taux cible sera alors proposé à la contractualisation.

Les leviers et propositions sont :

- Incitations des professionnels de santé libéraux à pratiquer la chirurgie ambulatoire (au-delà de la tarification des GHS) ;
 - Communication vers les établissements afin de promouvoir la chirurgie ambulatoire ;
- = organisation d'une journée régionale, avec témoignages des équipes déjà organisées et performantes (1^{er} semestre 2012).
- Communication vers les médecins traitants ;
 - Communication vers le grand public ;
 - Formations à organiser ;
 - Créations d'un réseau des unités ambulatoires, d'un listing des référents/experts régionaux (et nationaux) de la chirurgie ambulatoire ;
 - Création d'un site internet dédié à la chirurgie ambulatoire
 - Evaluation à mettre en place.

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

Hospitalisation à domicile :

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

3. ORIENTATIONS SPECIFIQUES

3.1 Chirurgie orthopédie traumatologie

Les points de développements sont les suivants :

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

La prise en charge des personnes âgées :

Une filière de l'Appareil locomoteur est à envisager associant le service de Traumatologie, le service de Rhumatologie, le service de Gérontologie et le service de l'Urgence, l'activité de prise en charge du traumatisme chez le sujet âgé.

L'offre de soins associe une prise en charge en phase « chaude » (Urgences, chirurgicale rapide) et en phase « froide » (rhumatologique telle que le traitement de l'ostéoporose, gériatrique telle que le dépistage des troubles cognitifs).

3.2 Chirurgie pédiatrique

Organisation régionale de la chirurgie infantile

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

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

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

Les enfants de 1 à 3 ans

Les centres de proximité peuvent réaliser chez les enfants de 1 à 3 ans certains actes de chirurgie programmée, notamment les actes pouvant être pris en charge en ambulatoire, pratiqués par un chirurgien généraliste ou un chirurgien ORL, pouvant participer à un réseau de chirurgie pédiatrique, à la condition d'avoir tous deux une activité pédiatrique hebdomadaire.

Les interventions chirurgicales devant être réalisées en urgence, la traumatologie simple, les urgences chirurgicales simples, relèvent d'équipes disposant des compétences nécessaires en chirurgie infantile et en anesthésie pédiatrique mobilisables 24H/24.

Dans les établissements ne disposant pas de ces compétences, le médecin « sénior » (chirurgien, « urgentiste » ou pédiatre) pose l'indication chirurgicale en urgence, la confirme après un échange avec le chirurgien infantile d'astreinte de l'établissement pédiatrique spécialisé ou de l'établissement régional référent et organise le transfert de l'enfant pour l'intervention.

La chirurgie non programmée et hors reprises opératoires, des enfants de 1 à 3 ans, les pathologies spécifiques et notamment la traumatologie complexe relèvent des centres spécialisés.

Les enfants de plus de 3 ans

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

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

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

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

Niveau III : Etablissement de recours régional

Le niveau III assure les missions d'un centre spécialisé dans son propre bassin de population mais permet également la prise en charge de pathologies chirurgicales pédiatriques très spécifiques (polymalformés, chirurgie périnatale, oncologie pédiatrique, transplantations et grands brûlés).

Le CHU de Lille a un rôle d'organisation du réseau régional de chirurgie infantile et une mission de coordination de la formation continue au sein du réseau.

Le projet médical de territoire explicite les pathologies et les actes relevant de chacun des trois niveaux, les modalités de recours et le maillage prévu au sein du réseau de chirurgie infantile. Il formalisera ces orientations en fonction de la compétence chirurgicale et anesthésique des équipes pour garantir la meilleure sécurité et la prise en charge la plus adaptée aux enfants. Les établissements pratiquant la chirurgie pédiatrique adhèrent au réseau de chirurgie infantile.

Les structures sont complémentaires et reliées de façon continue entre elles par des modalités formalisées de recours et de transfert s'appuyant sur des conventions.

Cette unité de chirurgie infantile comprend :

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

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

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

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

Les interventions chirurgicales urgentes de l'enfant de moins de 1 an sont réalisées dans les établissements pédiatriques spécialisés (niveaux II et III).

Le développement de la filière infantile doit être centré sur l'enfant et renforcer les liens avec :

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

Recommandations en matière de chirurgie pédiatrique

Il existe une insuffisance en effectifs d'anesthésistes réanimateurs formés à la pédiatrie.

Le fonctionnement des blocs opératoires doit être optimisé : en disposant de blocs opératoires regroupés, en évitant les dispersions de personnels notamment en situation de pénurie d'anesthésiste réanimateurs.

Zones dédiées aux enfants

Pour les trois niveaux de chirurgie pédiatrique, il est nécessaire de disposer de : locaux, moyens et personnels dédiés aux enfants.

Le plateau technique dédié à l'enfant comprend :

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

Partenariats et création d'une fédération régionale de chirurgie pédiatrique

La création d'une fédération régionale de chirurgie pédiatrique, permettra de gérer les ressources médicales au niveau régional et d'améliorer la mobilité de chirurgiens au sein de la région pour le suivi de leurs patients (staffs régionaux) dans les filières de soins définies dans le SROS.

Le développement d'un partenariat CHR et CH Généraux est à envisager de façon à permettre aux chirurgiens une activité partagée entre le CHR à 40 % et les CHG à 60 %.

Pour faire face aux difficultés démographiques il est nécessaire d'envisager des fonctionnements en GCS, en CHT, des coopérations, de travailler en filières. Il est nécessaire de créer des cohésions synergiques : fédération de moyens, articulation forte et implication au niveau régional.

Les décisions sont collégiales.

Le CHRU de Lille est centre de référence pour la chirurgie néo-natale, les tumeurs osseuses, rachis, oncologie, thorax.

Dans les différents territoires, il est nécessaire de permettre l'accès à : des consultations spécialisées avancées, la chirurgie ambulatoire, la chirurgie programmée (Littoral, Hainaut ou valenciennois, Artois, Métropole-Flandre Intérieure).

Spécificités de la région

Il faut :

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

L'urgence de chirurgie pédiatrique nécessite :

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

En dehors du CHRU, il n'y a pas d'acte de chirurgie pédiatrique pratiqué dans la région après minuit :

→ doubler une garde par une astreinte complémentaire opposée (chirurgie viscérale et chirurgie orthopédie-traumatologique), nécessité de centraliser l'urgence chirurgicale pédiatrique, avec bloc pédiatrique, anesthésiste et IBODE formés à la pédiatrie.

Il est nécessaire de développer l'activité de chirurgie pédiatrique programmée et ambulatoire.

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

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

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

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

Agir sur les déterminants de santé en pédiatrie

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

3.3 Chirurgie thoracique

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

Offre de soins :

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

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

Recommandations

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.4 Chirurgie urologique

Innovations

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

Prévention

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

3.5 Chirurgie vasculaire

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

Les orientations pour la chirurgie vasculaire sont :

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

3.6 Chirurgie gynécologique

Dans la région, des difficultés d'accès à la chirurgie gynécologique publique sont observées.

Des coopérations doivent être développées ou mises en œuvre (à titre d'exemple le CHRU de Lille avec les Centres Hospitaliers de Seclin, Armentières et Lens).

Les maternités de la région prennent en charge les urgences gynécologiques et obstétricales.

Il faut rendre optimale la prise en charge des patientes, spécifiquement en ce qui concerne le traitement du cancer du sein, par la mise en place d'un numéro d'appel unique, permettant d'orienter la patiente au plus vite vers une structure adéquate (objectif d'obtention d'un rendez-vous dans un délai d'une semaine avec un chirurgien gynécologique, et de programmation d'une intervention dans les 15 jours si besoin).

Les établissements de recours doivent développer une activité de chirurgie gynécologique variée, autour d'une équipe de chirurgiens et d'anesthésistes entraînés, ayant accès à des plateaux techniques performants. Le volume d'activité doit être suffisant pour assurer la formation des internes à une chirurgie variée (non exclusivement carcinologique). Les activités nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire doivent être réalisées dans ces établissements de recours. Il s'agit notamment de la chirurgie pelvienne complexe (cancer pelvien lourd, endométriose complexe, prolapsus récidivant). Des réunions de concertation pluridisciplinaire pourraient être mises en place pour la chirurgie pelvienne complexe.

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

Les urgences gynécologiques chirurgicales lourdes sont adressées au CHRU disposant d'un service d'urgences gynéco-obstétricales et de chirurgiens gynécologues participant au tour de garde.

Pour l'activité de chirurgie gynécologique (notamment du CHRU de Lille), le plateau technique de gynécologie offre l'accès à des techniques médicales mini invasives.

3.7 Chirurgie plastique

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

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

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

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

3.8 Chirurgie ophtalmologique

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

Les plateaux techniques médicaux et chirurgicaux sont de qualité et permettent d'assurer une prise en charge des pathologies courantes (cataracte, strabisme, chirurgie des paupières, prise en charge des pathologies rétinienne médicales).

Les pathologies complexes sont adressées aux Centres Hospitaliers et en particulier en Centre Hospitalier Universitaire de Lille.

Les urgences médico-chirurgicales sont relativement correctement prises en charge dans le réseau hospitalier nommé SOS ŒIL regroupant les centres hospitaliers disposant de médecins de garde et d'une astreinte opérationnelle (Dunkerque, Boulogne, Lille, Lens, Valenciennes, Roubaix, Tourcoing).

3.9 Chirurgie ORL, maxillo-faciale et stomatologie

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

La chirurgie maxillo-faciale est généralement une spécialité de CHRU compte tenu de la spécialisation nécessaire. Les pathologies relatives à cette activité ne sont pas d'une telle fréquence pour justifier un praticien dans des bassins de population de moins de 100 000 habitants.

Un référent par bassin de vie pour la chirurgie cervico-faciale (chirurgie de l'oreille moyenne, chirurgie cancérologique et traumatologique faciale non complexe) est nécessaire.

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

3.10 Chirurgie de l'obésité

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

3.11 Chirurgie endocrinienne et métabolique

Les orientations sont les suivantes :

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

4. EVOLUTION DES PRATIQUES

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

Développer une meilleure connaissance des pathologies et facteurs de risques, par exemple :

Par exemple, il faut développer l'éducation thérapeutique en filières médico-chirurgicales, par des collaborations entre chirurgie plastique et dermatologie, chirurgie bariatrique et la prise en charge des séquelles d'obésité.

Les dépistages en ophtalmologie

Le dépistage de maladies chroniques comme le diabète est en partie assuré par des associations qui permettent à l'aide d'instruments et de techniciens formés de faire du dépistage de la maladie diabétique (rétinographe non mydriatique mobile).

Dès l'année 2012 une prise en charge des patients glaucomateux devrait être mise en œuvre avec un dépistage mobile et une centralisation des résultats transférés par Télé-Médecine comme pour le réseau diabète.

Autres éléments de prospective

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

Chirurgie, radiologie interventionnelle

L'imagerie de qualité est nécessaire pour poser un diagnostic et éventuellement une indication thérapeutique dans un contexte d'urgence.

Les développements des techniques interventionnelles rendent certaines lésions accessibles aux traitements et permettent des substitutions à des actes de chirurgie classique (vasculaires, neurochirurgie, ...).

Ceci entraîne la nécessité de plateaux techniques complets.

Des développements sont prévisibles :

- Des petits scanners de 16 barrettes pour des activités spécifiques :
 - Certaines disciplines (ostéo-articulaires, ORL rocher et dents), infiltrations ostéo-articulaires (foramens petits trous, passages de nerfs) ;
 - Biopsies sous scanner avec meilleur ciblage (moins de risque d'essai) ;
 - Drainages d'abcès en évitant des ré-interventions, prélèvement de germes.
- Des salles dédiées au vasculaire avec asepsie chirurgicale et équipement d'anesthésie
- Des décisions pluridisciplinaires entre radiologues, chirurgiens vasculaires :
 - Pose d'endo-prothèses vasculaires, embolisation d'urgence en cas d'hémorragie, embolisation de tumeurs hypervasculaires ;
 - Traitement des anévrismes (embolisation, endoprothèses couvertes), traitement des lésions occlusives des vaisseaux (dilatation, endoprothèses)
 - Place de l'imagerie en coupe dans la classification (par stade) des pathologies en cancérologie.
- En cancérologie :
 - traitement des tumeurs par radiofréquences (chirurgie digestive) ;
 - biopsies mammaires sous IRM à champ ouvert ;
 - IRM spécifiques, à champs ouverts ostéo-articulaires pour des biopsies ; à champs verticaux à visée dynamique (mouvements des membres) ;
 - chimio-embolisation (cathétarisme de la tumeur) ;
- Des plateaux techniques regroupés, concentrés, s'appuyant sur des fonctionnements en réseaux : urgences, médecine, chirurgie

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

La réflexion devrait porter sur une éventuelle délégation d'actes médicaux ; un exemple est celui de la réfraction (lunettes) : à la demande du ministère une réévaluation de la formation des orthoptistes est en cours (réingénierie du métier et formation avec une évolution vers le LMD de l'enseignement de cette discipline paramédicale.

Les transferts de compétences du personnel médical vers le personnel paramédical pourraient faire l'objet de développements, pour d'autres disciplines.

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

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

Métropole	19	15 à 19
-----------	----	---------

** correction d'une erreur matérielle de la version précédente du SROS : prise en compte de la cessation d'activité de chirurgie à la clinique Villars de DENAIN*

V. IMAGERIE MEDICALE

1. ETAT DES LIEUX

1.1 Bilan qualitatif

1.1.1. Rappel des objectifs du SROS III

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

Bilan du SROS III

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

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

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

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

L'objectif était double :

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

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

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

Indicateurs d'évaluation utilisés dans le SROS III

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

1.2 Bilan quantitatif

Les OQOS ont été atteints pour les scanners, les IRM et les TEP.

Il reste la possibilité d'autoriser une caméra à scintillation sur l'Artois et une caméra sur le Littoral, uniquement sur des implantations existantes.

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

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

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

Territoires de santé	Nombre d'appareils autorisés
Artois	8
Hainaut	5

Littoral	5
Métropole	16

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

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

Scanographes à utilisation médicale

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

2. CONTEXTE ET ENJEUX

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

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

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

- L'axe relatif à l'accès aux soins : permettre à l'ensemble de la population régionale d'accéder à une offre de qualité en imagerie, dans un contexte d'évolution rapide des techniques et de spécialisation des professionnels par pathologie d'organe.
- L'axe relatif à la mortalité évitable : favoriser les actions visant à dépister précocement les pathologies, notamment en cancérologie.

3. ORIENTATIONS

Cependant, il apparaît que les deux grands axes des orientations du SROS III (amélioration de l'accessibilité aux techniques modernes d'imagerie et amélioration de la qualité de l'organisation et de l'utilisation des plateaux techniques d'imagerie) doivent rester d'actualité.

Dans ce sens, il conviendrait de :

- Poursuivre le suivi de l'activité et de l'organisation des plateaux techniques d'imagerie médicale ;
- Poursuivre le développement de la télé imagerie ;
- Développer une politique de soutien à la démographie médicale en imagerie ;
- Renforcer les coopérations public privé en tirant partie de la possibilité offerte à l'ARS par la loi n° 2011-940 du 10 août 2011, modifiant certaines dispositions de la loi HPST, d'autoriser à titre expérimental la création de plateaux d'imagerie médicale mutualisés, impliquant au moins un établissement de santé, comportant plusieurs équipements matériels lourds d'imagerie diagnostique différents (article L6122-15 du code de santé publique).

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

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

Le travail de révision des objectifs quantifiés a reposé sur :

- La prise en compte de la notion de maillage géographique, à partir de l'étude des ratios d'équipements par territoire, dans un souci d'équité dans l'accès aux équipements ;
- Les informations apportées par les enquêtes annuelles d'activité initiées en 2005 par l'ARH et le Comité Régional d'Imagerie, notamment en termes de nombre d'actes, mais aussi de délais de réalisation d'examens. Celles-ci permettent de réaliser des projections basées sur l'analyse de la production de soins et sur l'analyse des délais de rendez-vous ;

- Le recueil des besoins exprimés par les membres du Comité régional d'Imagerie et du « G4 » régional²⁰ pour les cinq années du Projet Régional de Santé (PRS) ;
- Un travail plus complexe entrepris parallèlement et visant à définir les niveaux de réponse nécessaires par plateau technique d'imagerie médicale, à partir de l'analyse des besoins cliniques par grandes filières médico-chirurgicales ;
- Pour les IRM enfin, l'évaluation régionale des niveaux d'objectifs quantifiés réalisée dans le cadre de la priorité de gestion du risque (GDR), sur l'imagerie médicale, prenant en compte les possibilités de diversification du parc.

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

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

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

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

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

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

TERRITOIRES DE	NOMBRE ACTUEL DE TEP	NOMBRE D'APPAREILS
----------------	----------------------	--------------------

²⁰ Le conseil professionnel de la radiologie française (ou G4), association à but non lucratif régie par la loi de 1901, associe toutes les composantes de la radiologie française : le Collège des Enseignants en radiologie de France (Universitaires), la Fédération Nationale des Médecins Radiologues (médecins libéraux), la Société Française de Radiologie (société savante) et le Syndicat des Radiologues Hospitaliers.

SANTE	AUTORISES	CIBLE
ARTOIS	2	2 à 3
HAINAUT	1	1 à 2
LITTORAL	2	2 à 3
METROPOLE	4	4 à 6

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nord Pas-de-Calais	2011	2012	2013	2014	2015
Nombre total d'IRM autorisées :	54	59	64	69	73
Dont appareils polyvalents :	54	54	54	51	51
Dont appareils efficaces :	0	5 (8%)	10 (16%)	18 (26%)	22 (30%)

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

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

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

Objectifs en termes d'accessibilité

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

Scanographes à utilisation médicale

TERRITOIRES DE SANTE	IMPLANTATIONS ACTUELLES	IMPLANTATIONS CIBLES
ARTOIS	14	13 à 14
HAINAUT	11	11 à 12
LITTORAL	12	12 à 14
METROPOLE	16	15 à 16

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

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

Objectifs en termes d'accessibilité

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

5. CHIFFRAGE

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

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

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

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

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

VI. TECHNIQUES INTERVENTIONNELLES UTILISANT L'IMAGERIE MEDICALE EN CARDIOLOGIE

INTRODUCTION

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

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

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

- Du SROS III au SROS-PRS :

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

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

Constatant la progression soutenue du nombre des défibrillateurs cardiaques implantés sur le territoire national²¹, confirmant l'extension des indications (évolution qui contraste avec une relative stagnation des poses de stimulateurs cardiaques triple chambre²²), le directeur de l'ARH a révisé en novembre 2009, le SROS "**techniques interventionnelles utilisant l'imagerie médicale**" afin de parvenir à une autonomie par territoire de santé par la création d'un centre dans chaque territoire hors Métropole, en favorisant les coopérations entre les équipes publiques et privées.

²¹ 5006 en 2005, 6589 en 2006, 7461 en 2007

²² 2075 en 2005, 1962 en 2007

Cette révision a donné lieu, après examen des demandes déposées lors de l'appel à candidatures organisé par la suite, à l'agrément de 3 nouveaux établissements en février 2010 : les Centres Hospitaliers de Boulogne sur Mer et de Lens (pour les DCI mono et double chambre) et de Valenciennes (pour les DCI mono, double et triple chambre)²³.

Compte-tenu de ces décisions en matière de pose de DCI, ainsi que du caractère transitoire du volet 2009-2011, les objectifs précités ont été repris dans le SROS III " **activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie** " **2009-2011**, sans modification, afin d'être poursuivis jusqu'au terme du SROS III.

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

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

Ce qui se traduit par :

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

Le SROS III, qui faisait la distinction au sein des actes du groupe 1, entre les implantations concernant l'ablation et celles concernant les stimulateurs triple chambre et les DCI, a fait l'objet d'un recours et cette particularité a été annulée (décision DGOS du 21/02/2011)

Parallèlement en mars 2011, les DCI ont fait l'objet d'une modification de leurs modalités de remboursement, celui-ci étant dorénavant incorporé dans les tarifs des GHS (groupes homogènes de séjour).

Les délivrances d'autorisations qui ont suivi l'élaboration de ce volet du SROS III étant très récentes (1^{er} semestre 2011) concomitamment à la reconnaissance d'USIC (Unités de soins intensifs cardiologiques), ce volet ne peut qu'établir un état des lieux de cette activité, sans fixer de nouveaux objectifs (hormis le ré examen des cibles capacitaires des USIC).

- L'activité régionale 2010 de cardiologie interventionnelle :

La production des établissements et la consommation des habitants de la région en matière de cardiologie interventionnelle, permettant d'évaluer les besoins de la population, ont été réactualisées à partir des données du PMSI 2010.

L'analyse des actes et leurs regroupements étant conformes aux directives nationales.

²³ Il est rappelé que la population cible des défibrillateurs cardiaques implantables est estimée à environ 220 par million d'habitants et par an soit un potentiel de 13 860 patients par an sur le territoire national. Dans notre région, l'estimation est donc de près de 900 patients alors que le nombre de poses (primo-implantations et renouvellements) concernait environ 500 patients sur l'année 2008.

- Production et consommation des établissements :

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

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

Pour rappel, les actes du groupe 2 comprennent quelques actes de traitement de pathologies de l'adulte (dilatations de sténoses orificielles liées au vieillissement, poses d'endoprothèse couverte dans l'aorte thoracique pour anévrismes ou dissections et qui relèvent en fait du traitement des cardiopathies adultes - groupe 3).

Il en est de même pour le traitement chez les adultes des foramen ovale perméables n'ayant pas été responsables de détresse respiratoire ou de cyanose néonatale et n'ayant pas fait l'objet d'interventions dans l'enfance. Ces prises en charge peuvent s'effectuer dans les établissements autorisés pour les actes du groupe 3 (cardiopathies adultes) dans le respect des dispositions de la classification commune des actes médicaux relatives aux actes codés DASFO05 (fermeture d'un foramen ovale perméable, par voie veineuse transcutanée).

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

Source : PMSI 2010

On note la prééminence des établissements de la métropole pour les actes des groupes 1 et 2.

Celle-ci est en partie liée pour les actes du groupe 1 aux agréments des seuls établissements de la métropole pour la pose des stimulateurs multisites et des défibrillateurs et, pour les actes du groupe 2 à la prise en charge quasi exclusive des cardiopathies congénitales de l'enfant au CHRU de Lille.

Pour les cardiopathies adultes (actes du groupe 3), l'offre de soins est davantage déconcentrée et la répartition par territoire est naturellement plus homogène.

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

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

Source : PMSI 2010

Écarts entre la production et la consommation

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

Source : PMSI 2010

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

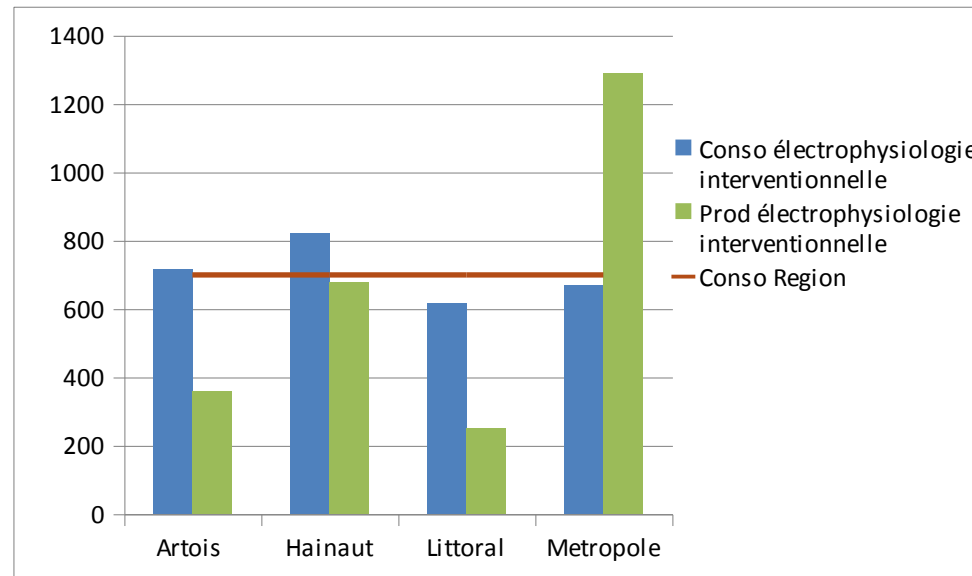
Les tableaux détaillant la production pour chaque territoire sont situés en annexe, à la fin de ce document.

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

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

On observe :

- Pour les actes du groupe 1 :

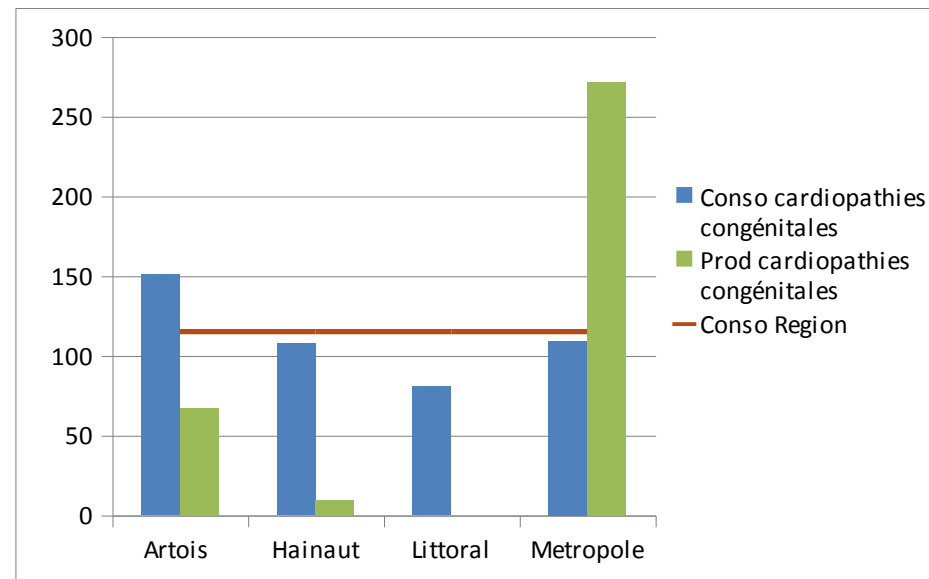


En données brutes, les consommations de l'Artois et de la Métropole sont proches du niveau de la consommation régionale, celle du Hainaut présente un profil de consommation élevé. Le Littoral est en sous-consommation associée à une production locale faible de soins.

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

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

- Pour les actes du groupe 2 :

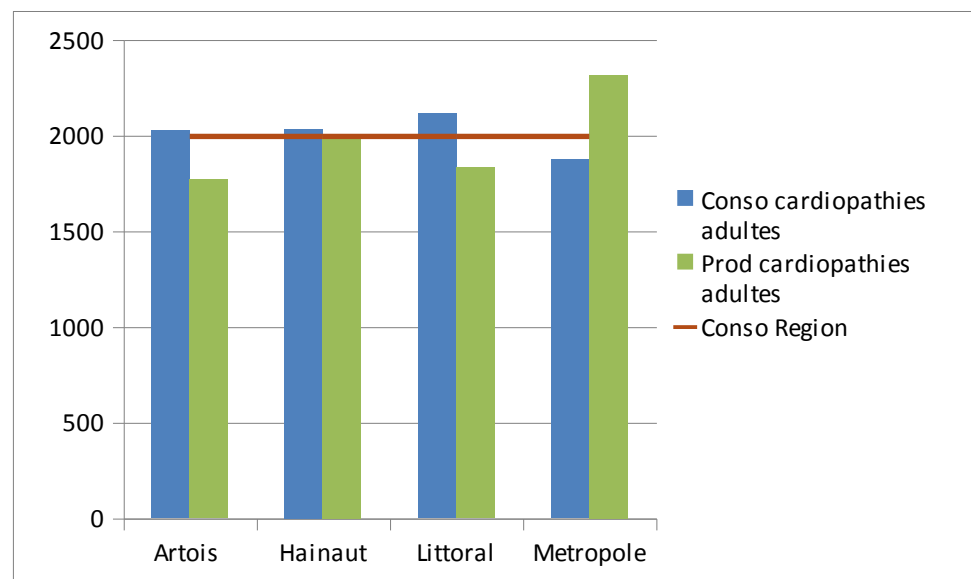


La production de soins est centralisée sur la Métropole lilloise et une petite partie sur l'Artois.

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

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

- Pour les actes du groupe 3 :



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

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

1. ETAT DES LIEUX

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

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

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

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

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

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

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

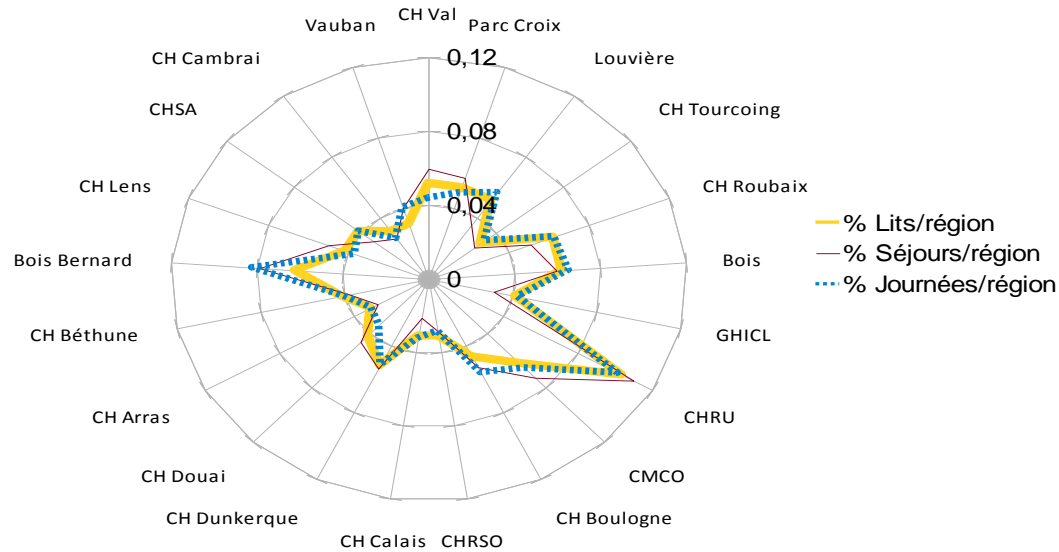
USIC reconnues en février 2011 par territoire :

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

* source : population française en 2006

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

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



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

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

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

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

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

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

1.2 Sur les activités utilisant des techniques interventionnelles en cardiologie

Le volet du SROS III avait déjà constaté que plusieurs établissements avaient une activité modeste sur certains groupes, certains d'entre eux étant en outre en situation de concurrence historique sur une même zone de proximité.

Le volet comprenait donc très clairement l'objectif de "*favoriser les regroupements des centres [...] dont l'activité quantitative [...] est insuffisante pour atteindre de manière pérenne le seuil minimal d'activité*", cet objectif se traduisant par la détermination d'un nombre d'implantations ne permettant pas d'accéder à l'ensemble des demandes déposées.

Le SROS III avait édicté un certain nombre de recommandations destinées à améliorer la qualité et la sécurité des soins, tout en maintenant une répartition des activités équilibrées sur le territoire. Il avait pour objet de garantir la sécurité et la permanence des soins pour les activités relevant des 3 groupes, par le respect des seuils minimaux d'activité, qui seront objectivés à l'issue de la période réglementaire, et par le respect des conditions techniques de fonctionnement.

Pour cela, le SROS prévoyait de :

- Favoriser les regroupements des centres d'électrophysiologie interventionnelle dont l'activité quantitative en termes d'ablations est insuffisante pour atteindre de manière pérenne le seuil minimal d'activité :
La réglementation imposant un seuil minimal de 50 actes d'électrophysiologie interventionnelle des coopérations ont du être favorisées pour atteindre, voire dépasser le seuil minimal en optimisant les moyens humains et matériels nécessaires.
Ainsi, sur le littoral, l'activité a été regroupée sur un seul site autorisé (le CH de Boulogne), sous condition de mise en œuvre d'un GCS portant sur l'intervention commune des praticiens des deux établissements, sur le plateau technique du CH, pour la réalisation de ces actes.

Dans un autre domaine, l'autorisation délivrée au CH de Roubaix a été conditionnée à la mise en place d'un GCS avec le CHRU pour optimiser les flux de patients entre les deux établissements en fonction de la gravité de leur état et de la complexité des techniques utilisées pour leur prise en charge.

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

- Dans le domaine de la prise en charge des cardiopathies congénitales :
Seul le CHRU de Lille dispose des conditions techniques de fonctionnement permettant une prise en charge sécurisée des patients. Les actes de cardiopathies congénitales réalisés chez les enfants à l'Hôpital privé de La Louvière, seront désormais effectués par les cardiologues libéraux exerçant dans cet établissement privé, sur le site du CHRU, via la signature d'une convention, permettant ainsi de maintenir une offre libérale en région.
- Organiser la permanence et la sécurité des soins dans la prise en charge de l'infarctus du myocarde :
La permanence des soins ne peut être partagée sur plusieurs sites en raison du risque de perte de chance pour le patient du fait des difficultés d'orientation en urgence. Toutefois, des coopérations entre centres autorisés existent au travers de la mise en place d'une équipe commune suffisante pour assurer sur chaque site la permanence des soins sans discontinuité. C'est le cas du CH de Lens et de la Polyclinique de Bois Bernard, qui assurent une permanence commune sur les deux sites, doublée d'une deuxième astreinte si deux patients devaient être pris en charge en même temps. Une organisation identique est en cours de formalisation entre le CH de Valenciennes et la Polyclinique Vauban.

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

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

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

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

Les OQOS retenus dans le SROS III :

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

Actes

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

2. ORIENTATIONS

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

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

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

Les objectifs qualitatifs des services autorisés en cardiologie interventionnelle sont :

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

- Garantir, sur chaque site autorisé, un nombre de cardiologue formé aux actes pratiqués, permettant d'assurer la continuité et la permanence des soins, répondant aux recommandations de la Société Française de cardiologie
- S'assurer de l'activité annuelle minimale requise par type d'actes, pour chaque site.
- S'assurer de mise en œuvre des coopérations inter établissements sur les actes du groupe 1 (projet Carmen entre le CHRU et le CH de Roubaix, projet de GCS entre le CH Boulogne et la Clinique MCO Côte d'Opale).

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

- Les coopérations entre établissements seront confortées de manière à garantir le seuil d'activité minimale requis pour assurer des soins de qualité aux patients et d'autre part, développer une permanence des soins sur chaque territoire.
- L'intégration des établissements de santé dans le réseau de prise en charge des urgences doit permettre une accessibilité plus grande du patient au plateau technique, en évitant le passage par un service d'urgences.
- Le jeu des conventions s'appliquera également à fluidifier le parcours du patient provenant d'établissements ne disposant pas d'activité de cardiologie interventionnelle mais d'une autorisation d'USIC seule.

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

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

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

Les objectifs qualitatifs des USIC reconnues sont :

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

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

3. DECLINAISON DES OQOS EN IMPLANTATIONS

Cardiologie interventionnelle :

OQOS retenus dans le SROS-PRS : implantations

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

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

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

Les données par territoire de santé des principaux établissements producteurs pour les années 2006 à 2010 figurent dans les tableaux ci-dessous
Chiffres sur fond jaunes supérieurs aux seuils, chiffre sur fond rouge inférieurs aux seuils
PRODUCTION ARTOIS 2006-2010

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

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

PRODUCTION HAINAUT 2006-2010

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

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

PRODUCTION LITTORAL 2006-2010

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

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

PRODUCTION METROPOLE 2006-2010

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

Les actes d'angioplasties du CH de Tourcoing sont effectués sur le plateau technique du CH Roubaix.

La production de la Polyclinique du Parc est en deçà du seuil de 350 actes pour les angioplasties coronaires.

Les actes classés "cardiopathies congénitales" effectués à la Polyclinique du Bois relèvent du groupe 3 (cf. page 6) ; parmi les actes réalisés à la Polyclinique de la Louvière, 15/39 ont été réalisés chez des enfants < 18 ans et relèvent bien du groupe 2.

VII. PERINATALITE / AMP / DPN

1. ETAT DES LIEUX

1.1 Rappel des objectifs du SROS III

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

- Mieux prendre en compte la consommation de substances psycho-actives chez la femme enceinte ;
- Poursuivre l'amélioration de l'organisation des IVG.

1.2 Evaluation de la mise en œuvre des objectifs du SROS III

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

L'objectif de garantir une offre périnatale de proximité est atteint partiellement :

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

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

L'objectif de garantir une prise en charge néonatale de Niveau IIA la plus proche des familles est atteint sur le plan quantitatif mais partiellement sur le plan qualitatif. D'après les professionnels des réseaux de périnatalité, certains services de pédiatrie réalisent une activité de néonatalogie, alors qu'ils n'ont pas d'autorisation, afin de mieux répondre à la demande des centres de périnatalité de niveau supérieur, permettant ainsi des rapprochements mère-enfant ou des hospitalisations de nourrissons de moins de 2 mois présentant des pathologies nécessitant des hospitalisations (bronchiolites, ...).

La remarque concernant la couverture médicale est semblable au point précédent, avec l'absence d'attractivité pour les centres les plus éloignés et pour ceux où l'équipe médicale est la moins étoffée.

La structuration de l'offre de recours de niveau IIB ou de niveau III a été améliorée.

Pour les IIB : dans le Hainaut et la Métropole, ce niveau de soins est bien couvert par les centres IIB, complétant les niveaux III.

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

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

La métropole lilloise ne dispose que d'un centre périnatal de niveau III, au CHRU de Lille. Des collaborations avec les établissements de la zone de proximité permettent de gérer les flux de sortie.

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

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

Mais, à l'inverse, toutes les maternités de niveau III n'ont pas accès 24h/24 à une embolisation au sein de leur établissement.

Enfin, la réflexion sur la mise en place d'une équipe de renfort mobile (expert) pour les grandes détresses maternelles n'a pas abouti à des propositions concrètes.

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

La régulation des transports néonataux au niveau régional, est assurée par le SAMU.

L'activité de transports pose parfois problème le week-end car les équipes de néonatalogie ne peuvent instaurer une double liste garde-astreinte pour assurer à la fois le transport et la permanence au bloc obstétrical.

Cette difficulté devra faire l'objet d'une réflexion qui pourrait conduire à une prise en charge graduée allant de l'accompagnement par la sage-femme au transfert par le SAMU.

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

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

- Pour permettre l'entretien du 4^{ème} mois, les équipes ont bénéficié de postes de sages-femmes
 - Les deux départements de notre région avaient intégré 4 questions supplémentaires concernant le carnet de maternité, l'entretien du 4^{ème} mois ainsi que la connaissance par les femmes des réseaux de périnatalité à l'enquête nationale périnatale de mars 2010. Les résultats ont montré une bonne transmission du carnet de maternité aux femmes (77%). Le dossier obstétrical commun a été donné (pendant toute la grossesse ou en partie) dans 46% des cas.
 - Seul un quart des femmes a bénéficié de l'entretien du 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% des situations cet entretien a été réalisé par un médecin (généraliste ou gynécologue-obstétricien libéral). Seules 24% des femmes avaient reçu une information sur le réseau de périnatalité.

- Afin de repérer les situations à risque notamment psychologique, les établissements ont bénéficié de postes de psychologues affectés le plus souvent au sein de service de psychiatrie, plus rarement au sein des services de maternités. Mais il existe de grandes disparités dans les modalités de travail et les actions menées.
- L'objectif de proposer une préparation à la naissance à toutes les primipares a peu progressé ; la proportion des primipares a même légèrement diminué entre 2007 et 2011 (de 68% à 64%). Cette évolution pourrait être liée à un désengagement des établissements.
- De nombreuses formations à l'accompagnement de l'allaitement maternel ont été mises en place depuis 2005 au sein des maternités de la région.
- Le taux d'allaitement, en maternité, a progressé de façon importante au niveau régional : passant de 42,0% en 2004 à 45,7% en 2008 dans le Pas-de-Calais et de 57,0% à 64,9% en 2008 dans le Nord, avec en parallèle une augmentation de la durée ; avec toutefois des réalités de terrain très variables.

La création ou le renforcement dans toutes les maternités publiques d'un accueil pour les femmes ou couples en situation de vulnérabilité sociale, n'a pas pu être mise en œuvre malgré plusieurs projets remontés au niveau national.

Toutefois, certains professionnels estiment que les établissements publics ne peuvent refuser ces populations d'autant que les établissements ont bénéficié de crédits « précarité » qui devraient également permettre d'améliorer l'accueil de cette population.

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

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

- Dans le cadre du dépistage de la trisomie 21 de nombreuses actions ont été menées dans le Nord Pas de Calais pour répondre aux recommandations de la HAS et à l'arrêté de juin 2009 sur les modalités de dépistage :
 - Organisation de nombreuses actions de FMC depuis 2007 sur les nouvelles modalités de dépistages de la trisomie 21 auprès des gynécologues, des sages femmes, des échographistes et des médecins généralistes (journées d'information organisées avec l'URMEL, réunion d'information avec les biologistes)
 - Mise en place d'une EPP sur la mesure de la clarté nucale et de la longueur crânio caudale par l'URMEL en collaboration avec le CPDPN et les réseaux de périnatalité.
- L'accès au diagnostic prénatal a été amélioré en délocalisant un certain nombre de consultations :
 - La coopération entre acteurs du DPN repose sur un travail en réseau notamment d'échographie, permettant au CPDPN de Lille de travailler en étroite collaboration avec des maternités de niveau III et IIB, notamment pour l'activité d'échographie de référence ; par ailleurs il s'appuie sur les 4 réseaux de périnatalité de la région.

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

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

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

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

- L'objectif du SROS III, de mettre en place une consultation de génétique médicale dans chaque bassin de vie, au sein d'une maternité de niveau III a été réalisé sur 3 territoires : Lens, Arras, Valenciennes. Sur le territoire du littoral, la consultation de génétique clinique a été organisée au CH de Dunkerque, accessible aux patients de la maternité de Calais, dans le cadre d'une collaboration entre les deux sites.
- La prise en charge étiologique après un DPN s'est partiellement structurée mais l'accès à des examens fœto-pathologiques de qualité reste difficile. Du fait du faible nombre de fœto-pathologistes ; en outre, la prise en charge du transfert de corps et de l'examen est à la charge des familles en cas d'accouchement dans une structure privée.
- De nombreux centres de référence et de compétence existent au CHRU de Lille permettant d'améliorer la prise en charge des femmes enceintes et enfants présentant une maladie chronique ou un handicap en améliorant la lisibilité des filières de soins.

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

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

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

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

Un certain nombre de formations pluridisciplinaires se sont mises en place pour aider les professionnels à prendre en compte la consommation de substances psychoactives mais elles portent plus sur le tabac ou le cannabis que sur l'alcool.

Les professionnels des maternités, mais également les pharmaciens d'officine, sont demandeurs de ce type d'interventions.

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

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

1.3 Bilan quantitatif

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

Activités cliniques d'AMP : implantations

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

<i>Territoires de santé</i>	<i>Implantations en 2005</i>	<i>Implantations prévues par le SROS III</i>
Artois	1	1
Hainaut	1	1
Littoral	2	2
Métropole	2	2

Prélèvement de spermatozoïdes

<i>Territoire de santé</i>	<i>Implantations en 2005</i>	<i>Implantations prévues par le SROS III</i>
Métropole	1	1

Transfert des embryons en vue de leur implantation

<i>Territoires de santé</i>	<i>Implantations en 2005</i>	<i>Implantations prévues par le SROS III</i>
Artois	1	1
Hainaut	1	1
Littoral	2	2
Métropole	2	2

Prélèvement d'ovocytes en vue de leur implantation

<i>Territoire de santé</i>	<i>Implantations en 2005</i>	<i>Implantations prévues par le SROS III</i>
Métropole	1	1

Mise en œuvre de l'accueil des embryons

<i>Territoire de santé</i>	<i>Implantations en 2005</i>	<i>Implantations prévues par le SROS III</i>
Métropole	1	1

Activités biologiques d'AMP : implantations

Préparation et conservation du sperme en vue d'insémination artificielle

<i>Territoires de santé</i>	<i>Implantations en 2005</i>	<i>Implantations prévues par le SROS III</i>
Artois	2	2
Hainaut	1	1
Littoral	5	5
Métropole	3	3

Activités relatives à la FIV sans ou avec micromanipulation

<i>Territoires de santé</i>	<i>Implantations en 2005</i>	<i>Implantations prévues par le SROS III</i>
Artois	1	1
Hainaut	1	1
Littoral	2	2
Métropole	2	2

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

<i>Territoire de santé</i>	<i>Implantations en 2005</i>	<i>Implantations prévues par le SROS III</i>
Métropole	1	1

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

<i>Territoire de santé</i>	<i>Implantations en 2005</i>	<i>Implantations prévues par le SROS III</i>
Métropole	1	1

Conservation à usage autologue de gamètes et tissus germinaux

<i>Territoire de santé</i>	<i>Implantations en 2005</i>	<i>Implantations prévues par le SROS III</i>
Métropole	1	1

Conservation des embryons en vue d'un projet parental

<i>Territoires de santé</i>	<i>Implantations en 2005</i>	<i>Implantations prévues par le SROS III</i>
Artois	1	1
Hainaut	1	1
Littoral	2	2
Métropole	2	2

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

<i>Territoire de santé</i>	<i>Implantations en 2005</i>	<i>Implantations prévues par le SROS III</i>
Métropole	1	1

Diagnostic prénatal :*Analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire*

<i>Territoire de santé</i>	<i>Implantations en 2005</i>	<i>Implantations prévues par le SROS III</i>
Métropole	3	3

Analyses de génétique moléculaire

<i>Territoire de santé</i>	<i>Implantations en 2005</i>	<i>Implantations prévues par le SROS III</i>
Métropole	1	1

Analyses en vue du diagnostic de maladies infectieuses

<i>Territoire de santé</i>	<i>Implantations en 2005</i>	<i>Implantations prévues par le SROS III</i>
Métropole	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>Implantations en 2005</i>	<i>Implantations prévues par le SROS III</i>
Métropole	1	1

Analyses de biochimie

<i>Territoires de santé</i>	<i>Implantations en 2005</i>	<i>Implantations prévues par le SROS III</i>
Artois	1	1
Hainaut	0	1
Métropole	4	4
Littoral	1	1

2. ORIENTATIONS

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

- Organiser l'accès et la prise en charge des urgences obstétricales et notamment de l'hémorragie du postpartum au moyen d'un accès à l'embolisation et des urgences gynécologiques ;

- Poursuivre la mise en œuvre des moyens de réduction de la mortalité maternelle (formations, travail en réseau sur les transferts in utero, respect des compétences de chaque niveau dans la gradation des soins) ;
- Encourager la démarche qualité de soins personnalisés au sein des maternités ;
- Promouvoir les facteurs favorisant les relations d'attachement mère-enfant (allaitement, bien traitance, rapprochement parents/bébé...) ;
- Permettre aux équipes de mieux repérer les facteurs de risque tels que les consommations de substances psycho-actives, les violences faites aux femmes, les carences psychoaffectives... chez la femme enceinte et savoir orienter.

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

- Mieux impliquer les professionnels de première ligne (médecin généralistes, services d'urgences, laboratoires biomédicales...) à la prise en charge des femmes enceintes ;
- Améliorer la cohérence du parcours de la femme enceinte entre la médecine de ville et l'hôpital ;
- Mieux structurer les consultations post-natales notamment des populations vulnérables (diminuer le risque d'IVG post-natal) ;
- Améliorer la prise en charge et le suivi à long terme des nouveau-nés en risque de développer un handicap, notamment en lien avec les structures médico-sociales ;

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

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

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

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

1.5. Améliorer l'efficacité

- Diversifier les modes de prise en charge au sein des maternités de niveau 2 et 3 entre le suivi des grossesses à faible niveau de risque et le suivi des grossesses à risque ;
- Harmoniser les conditions de sorties anticipées ou précoces afin de garantir la sécurité des patientes ;
- Poursuivre la formation du personnel médical et paramédical afin d'adapter les messages aux populations accueillies.

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

Niveau I

<i>Territoires de sante</i>	<i>Implantations en 2011</i>	<i>Implantations cibles</i>
Artois	9	8 à 9
Hainaut	9	9
Littoral	7	7
Métropole	10	10

Niveau IIA

<i>Territoires de sante</i>	<i>Implantations en 2011</i>	<i>Implantations cibles</i>
Artois	2	2
Hainaut	1	1
Littoral	2	2 à 3
Métropole	3	3 à 4

Niveau IIB (SI)

<i>Territoires de sante</i>	<i>Implantations en 2011</i>	<i>Implantations cibles</i>
Artois	0	0
Hainaut	1	1
Littoral	1	1
Métropole	2	2

Niveau III (Réa néonate)

<i>Territoires de sante</i>	<i>Implantations en 2011</i>	<i>Implantations cibles</i>
Artois	2	2
Hainaut	1	1
Littoral	1	1
Métropole	1	1

Activités cliniques d'AMP*Prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation*

<i>Territoires de sante</i>	<i>Implantations en 2011</i>	<i>Implantations cibles</i>
Artois	1	1
Hainaut	1	1
Littoral	2	2
Métropole	2	2

Prélèvement de spermatozoïdes

<i>Territoires de sante</i>	<i>Implantations en 2011</i>	<i>Implantations cibles</i>
Métropole	1	1

Transfert des embryons en vue de leur implantation

<i>Territoires de sante</i>	<i>Implantations en 2011</i>	<i>Implantations cibles</i>
Artois	1	1
Hainaut	1	1
Littoral	2	2
Métropole	2	2

Prélèvement d'ovocytes en vue de leur implantation

<i>Territoires de sante</i>	<i>Implantations en 2011</i>	<i>Implantations cibles</i>
Métropole	1	1

Mise en œuvre de l'accueil des embryons

<i>Territoires de sante</i>	<i>Implantations en 2011</i>	<i>Implantations cibles</i>
Métropole	1	1

Activités biologiques d'AMP*Préparation et conservation du sperme en vue d'insémination artificielle*

<i>Territoires de sante</i>	<i>Implantations en 2011</i>	<i>Implantations cibles</i>
Artois	2	2
Hainaut	1	1
Littoral	5	5
Métropole	2	2

Activités relatives à la FIV sans ou avec micromanipulation

<i>Territoires de sante</i>	<i>Implantations en 2011</i>	<i>Implantations cibles</i>
Artois	1	1
Hainaut	1	1
Littoral	2	2
Métropole	2	2

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

<i>Territoires de sante</i>	<i>Implantations en 2011</i>	<i>Implantations cibles</i>
Métropole	1	1

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

<i>Territoires de sante</i>	<i>Implantations en 2011</i>	<i>Implantations cibles</i>
Métropole	1	1

Conservation à usage autologue de gamètes et tissus germinaux

<i>Territoires de sante</i>	<i>Implantations en 2011</i>	<i>Implantations cibles</i>
Métropole	1	1

Conservation des embryons en vue d'un projet parental

<i>Territoires de sante</i>	<i>Implantations en 2011</i>	<i>Implantations cibles</i>
Artois	1	1
Hainaut	1	1
Littoral	2	2
Métropole	2	2

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

<i>Territoires de sante</i>	<i>Implantations en 2011</i>	<i>Implantations cibles</i>
Métropole	1	1

Diagnostic prénatal :*Analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire*

<i>Territoires de sante</i>	<i>Implantations en 2011</i>	<i>Implantations cibles</i>
Métropole	3	3

Analyses de génétique moléculaire

<i>Territoires de sante</i>	<i>Implantations en 2011</i>	<i>Implantations cibles</i>
Métropole	1	2

Analyses en vue du diagnostic de maladies infectieuses

<i>Territoires de sante</i>	<i>Implantations en 2011</i>	<i>Implantations cibles</i>
Métropole	1	1

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

Analyses d'immunologie

<i>Territoires de sante</i>	<i>Implantations en 2011</i>	<i>Implantations cibles</i>
Métropole	1	1

Analyses de biochimie

<i>Territoires de sante</i>	<i>Implantations en 2011</i>	<i>Implantations cibles</i>
Artois	1	1
Hainaut	0	1
Littoral	1	1
Métropole	3	3

VIII. INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG)

1. ETAT DES LIEUX

Le SROS III : Rappel des objectifs et bilan

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

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

Toutes les zones de proximité – sauf celle de Fourmies – disposent d'un établissement agréé pour l'activité d'IVG.

Celle-ci est structurée en unité, généralement intégrée au service de gynéco-obstétrique ou au pôle mère-enfant.

L'organisation des coopérations, importante notamment en cas de nécessité de suppléance (période estivale) n'est pas toujours formalisée par une convention.

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

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

IVG médicamenteuses et instrumentales sont à peu près en nombre égal sur la région.

Dans 5 structures, les premières constituent les 2/3 des IVG réalisées.

Dans 4 structures, c'est la méthode instrumentale qui prévaut dans plus de 70% des cas.

Cette disparité pose question quant au choix réel de la méthode, par les femmes.

L'IVG instrumentale est généralement réalisée sans anesthésie générale.

Les plateaux techniques sont appropriés à l'IVG jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée.

Le nombre de conventions signées entre établissement de santé et médecins de ville pour les IVG médicamenteuses progresse lentement.

De manière générale, les établissements disposent d'équipements complets et ont affecté à l'IVG des locaux où la confidentialité est respectée.

Objectif 3: Garantir un accueil dans les meilleurs délais :

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

Pour la grande majorité des établissements, les secrétariats apportent des réponses adaptées aux demandes des femmes. Ils disposent d'une ligne téléphonique directe mais seule la moitié répond aux recommandations de la HAS.

Dans trois cas, les femmes qui appellent ne reçoivent pas toujours une réponse.

Il n'y a pas toujours de répondeur délivrant un message.

La signalisation est loin d'être satisfaisante dans tous les établissements.

Dans certaines structures, la zone d'attente est individualisée. Pour les autres, elle est commune avec la gynécologie obstétrique.

Enfin, la plupart proposent un rendez-vous dans les 5 jours, mais le délai de réflexion est loin d'être respecté partout.

Objectif 4: Garantir un accompagnement des patientes :

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

Le soutien psychologique n'est pas toujours assuré.

Dans de nombreux cas, il n'y a pas d'unité de lieu pour la prise en charge.

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

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

2. ORIENTATIONS

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

2.1 Mieux structurer les centres d'orthogénie

Action n° 1 : Structurer si possible un centre d'orthogénie par zone de proximité ;

Action n° 2 : Intégrer dans la réflexion des maisons de santé l'accès à l'IVG ;

Action n° 3 : Mettre en place dans chaque centre d'orthogénie une ligne téléphonique dédiée, directe, donnant des renseignements minimaux nécessaires, en fonction des possibilités ;

Action n° 4 : Equiper chaque centre d'orthogénie d'un échographe avec sonde endovaginale ;

Action n° 5 : Structurer un travail en réseau (de proximité) associant les professionnels impliqués dans la prise en charge de l'IVG et de la planification familiale (contraception).

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

Action n° 6 : Permettre à toutes les femmes s'interrogeant sur une IVG d'avoir accès dans les délais recommandés à une information satisfaisante ;

Action n° 7 : Améliorer l'information des femmes sur les différentes techniques (instrumentales, IVG médicamenteuse en établissement ou en ville), leur permettant ainsi un choix éclairé ;

Action n° 8 : Prévoir une organisation pour l'accès à l'anesthésie générale par territoire de santé ;

Action n° 9 : Promouvoir les alternatives à l'anesthésie générale, et notamment l'utilisation du MEOPA ;

Action n° 10: Favoriser l'implication des médecins libéraux et des centres de planification familiale dans la réalisation de l'IVG médicamenteuse.

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

Action n° 1 : Assurer, au sein de chaque centre d'orthogénie, un accompagnement des femmes qui le souhaitent par un professionnel formé à l'écoute et à la planification familiale ;

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

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

2.4 Améliorer la formation à l'IVG et à la planification familiale des professionnels intervenant dans le champ de l'IVG et de la gynécologie-obstétrique

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

Action n° 2 : Mettre en place une information des médecins généralistes, notamment en zone rurale, sur l'IVG, la contraception et la planification familiale (en lien avec l'URPS).

2.5 Harmoniser les prises en charge au niveau régional

Action n° 1 : Elaborer un référentiel régional en s'appuyant en partie sur les recommandations HAS concernant l'IVG médicamenteuse ;

Action n°2 : Organiser la diffusion des référentiels à l'ensemble des professionnels intervenant dans le cadre de l'activité d'IVG.

Les indicateurs sont notamment:

Répartition des centres d'orthogénie sur les territoires en fonction des besoins estimés

Nombre de conventions signées entre médecins libéraux et établissements de soins et par territoire

Nombre de centres d'orthogénie répondant aux recommandations

Pourcentage de femmes n'ayant pas accès à l'IVG médicamenteuse par difficulté d'accès à une structure

Pourcentage des femmes ayant accès à l'IVG dans les délais définis dans le cadre des recommandations

Pourcentage de femmes ayant une IVG répétitive dans l'année qui suit une IVG ou un accouchement

IX. PRISE EN CHARGE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS

1. ETAT DES LIEUX : BILAN DU SROS III

Le SROS III avait dégagé deux objectifs principaux :

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

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

Le SROS III : Rappel des objectifs et mise en œuvre

- Garantir une offre de soins hospitalière pédiatrique graduée :

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

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

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

- Développer les soins de suite et de réadaptation sur chaque territoire avec :
 - un service de soins de suite lourds pour la région au CHRU, implanté à proximité du service de réanimation et prenant en charge les soins de haute technicité ;
 - au moins une structure ou une unité par territoire pour les autres soins, soit au sein des établissements de SSR existants, soit à proximité de services de pédiatrie d'établissements de santé ;
 - le développement de l'hospitalisation de jour.
- Adapter la prise en charge aux spécificités des adolescents :

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

Mieux prendre en charge la douleur

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

Soutenir les soins palliatifs

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

Structurer les filières de soins des maladies chroniques

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

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

Améliorer la prise en charge sanitaire des enfants et adolescents victimes de maltraitance

- Identifier un référent médical dans le domaine de la maltraitance des enfants et adolescents dans les établissements et services de pédiatrie ;
- Formaliser au travers de protocoles, le circuit de l'enfant dans les différents services ;
- Améliorer la collaboration entre les établissements de santé, les services sociaux, la Justice, l'Éducation Nationale et les services de Police ;
- Mettre en place des formations multidisciplinaires concernant la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs.

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

- Promouvoir les comportements alimentaires et l'activité physique favorables à la santé (relève dorénavant du SRP)
- Améliorer la prise en charge des enfants hospitalisés présentant un surpoids ou une obésité

- Offrir une prise en charge continue et de qualité de la ville à l'hôpital dans chaque territoire, en partenariat avec les réseaux de prise en charge et de prévention de l'obésité (RePOP) ;

Prendre en charge l'enfant handicapé

Les professionnels hospitaliers doivent s'impliquer dans le repérage des situations à risque de handicap, dans l'annonce de celui-ci, et dans le suivi de ces enfants.

La prise en charge à l'hôpital doit comporter des protocoles spécifiques d'accueil et d'accompagnement, et doit aménager la présence d'un proche auprès de l'enfant.

Au niveau régional, il faut définir des structures adaptées pour la prise en charge chirurgicale des enfants et adolescents handicapés, présentant des déficiences motrices complexes et ou multiples (par exemple, infirmes moteurs cérébraux, myopathes...) et nécessitant des compétences spécifiques en chirurgie, anesthésie, réanimation et médecine physique et de réadaptation.

Améliorer l'articulation avec le secteur médico-social

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

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

Concernant l'adaptation de la prise en charge aux spécificités des adolescents, 2 centres de crise leur sont totalement dédiés, un sur la Métropole, un sur le Littoral. Les formations pluridisciplinaires ont été instaurées et sont en cours.

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

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

En ce qui concerne les prises en charge spécialisées :

Développement d'un réseau professionnel régional et de formations pluri-institutionnelles de professionnels.

En pneumologie pédiatrique, 10 centres hospitaliers ont un pédiatre formé et un réseau « maladies rares : RESPIRAR » associant le CHRU et le CH de Lens a été mis en place.

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

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

Pour les maladies métaboliques : des groupe de paroles de parents ont été mis en place, ainsi que des ateliers diététiques, des ateliers communs diététiques et psychologiques.

En endocrinologie diabétologie pédiatrique il existe au moins un pédiatre spécialisé dans tous les CH de la région sauf sur la zone de Saint-Omer. A Cambrai, un pédiatre du CHRU se déplace pour assurer la consultation spécialisée. Pour la diabétologie pédiatrique, il existe depuis 10 ans, des sessions bi-annuelles de formation du personnel soignant de toute la région.

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

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

Améliorer la prise en charge des enfants et adolescents en Obésité et surpoids :

Pour la prise en charge coordonnée de l'obésité sévère de l'enfant, il existe une collaboration entre l'équipe d'endocrinologie pédiatrique du CHRU, la chirurgie pédiatrique, la chirurgie de l'obésité chez les adultes au CHRU et le centre de soins de suite Marc Sautelet, Zuydcoote, l'ADAPT à Cambrai et La clinique « Les peupliers » Villeneuve d'Ascq (pour les adolescents de plus de 15 ans).

Depuis plus de 6 ans, le suivi des enfants et adolescents obèses sévères se fait conjointement entre l'équipe pédiatrique et l'équipe transversale de nutrition du CHRU.

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

Le Centre Régional de Diagnostic des troubles d'Apprentissage (CRDTA) prend en charge 600 enfants pour une expertise multidisciplinaire chaque année (neuropédiatrie, neuropsychologie, orthophonie, ergothérapie), en lien avec la médecine scolaire, la PMI, les CMP, les CMPP, les CAMSP, la médecine libérale.

La création du réseau NeurodeV permet la coordination des soins dans les troubles du neurodéveloppement entre les médecins et paramédicaux du secteur libéral et du secteur médico-social. Le réseau NeurodeV assure par ailleurs des consultations en neuropédiatrie et en neuropsychologie dans les hôpitaux de la région qui n'en sont pas pourvus.

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

Si des compétences à proximité existent, elles ne sont pas forcément connues :

Le CLAD (centre labellisé anomalies du développement et syndromes malformatifs situé au CHRU de Lille), qui a mis en place des consultations délocalisées à Lens, Arras, Valenciennes, Dunkerque, est assez mal connu. Le CLAD a pourtant informé les CAMSP, des services de néonatalogie, et de la pédiatrie de ses missions.

Si les CAMSP sont bien identifiés par les services de néonatalogie (en particulier quand les CAMSP sont adossés un Centre hospitalier), la connexion ne se fait pas systématiquement. Quand un nouveau-né doit être pris en charge dans un service de néonatalogie de niveau supérieur dans une zone de proximité différente de celle de sa zone d'origine, le lien ne se fait pas forcément par la suite avec le CAMSP de son secteur. Le relais n'est pas toujours assuré aux médecins généralistes, encore peu associés au travail des CAMSP. Les réseaux de périnatalité devraient être un levier pour faciliter le parcours, en faisant connaître aux médecins libéraux les centres d'actions médico-social de soins précoces.

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

2. ORIENTATIONS DU SROS PRS

Les orientations du volet pédiatrique du SROS III restent d'actualité en dehors de rares modifications réglementaires intervenues depuis 2005.

Le regroupement peut se faire de façon suivante :

- Optimiser la prise en charge des enfants en structurant les filières de soins
 - Assurer une continuité des soins entre la néonatalogie et la pédiatrie ;
 - Améliorer l'offre pédiatrique de premier recours ;
 - Organiser l'HAD de la région dans le domaine de la pédiatrie ;
 - Mieux structurer l'accueil des urgences pédiatriques ;
 - Garantir une offre de soins hospitalière pédiatrique graduée et articulée ;
 - Structurer la surveillance continue sur chaque territoire dans le cadre du réseau mis en place avec le service de réanimation pédiatrique du CHU ;
 - Maintenir les consultations pluridisciplinaires pour les pathologies complexes ;
 - Prendre en compte, dans les prises en charges de l'enfant, les conséquences de la pathologie (douleur, recours aux soins palliatifs, souffrance psychique...) ;
 - Structurer les filières de soins des maladies chroniques ;
 - Structurer la transition enfant/adulte notamment pour de nombreuses maladies chroniques ;
- Améliorer l'organisation de l'offre de soins pour les enfants en surpoids et obèses.

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

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

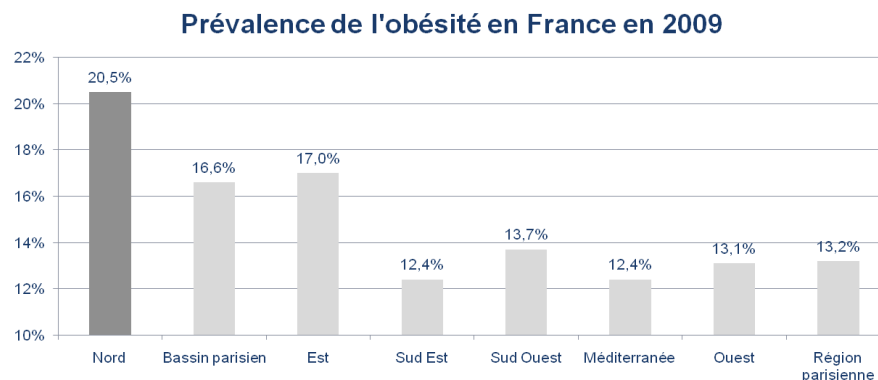
- Améliorer la prise en charge des enfants handicapés dans le système de soins, en articulant les actions avec celles des professionnels du secteur médico-social
 - Réaliser un bilan exhaustif des ressources disponibles par territoires ;
 - Définir et identifier les niveaux de recours ;
 - Organiser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

X. OBESITE

INTRODUCTION

La région Nord Pas de Calais se détache nettement du reste de la France par une prévalence de l'obésité²⁴ particulièrement élevée : 20,5 % contre 14,5 % en moyenne en France.

Les hommes sont plus touchés par le surpoids et les femmes sont sujettes aux formes les plus graves de l'obésité.



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

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

1. ETAT DES LIEUX

1.1 Bilan qualitatif

Rappel des objectifs du SROSIII

²⁴ L'obésité est définie par un indice de masse corporelle supérieur ou égal à 30.

Objectif général :

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

La labellisation permet de valoriser le travail réalisé par les établissements pour organiser ces unités selon les recommandations nationales ; de favoriser le développement d'un maillage territorial ; enfin, favoriser le développement d'unités adulte et enfant au sein d'un même établissement.

La démarche était basée sur un cahier des charges comprenant des grilles d'analyses remplies par l'établissement et une visite sur site.

1.2 Bilan quantitatif

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

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

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

La labellisation a abouti au tableau suivant :

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

2. CONTEXTE

Une nouvelle donne

La loi HPST inscrit la prévention de l'obésité et du surpoids comme une priorité nationale de santé publique.

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

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

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

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

3. ORIENTATIONS

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

XI. LES SOINS AUX PERSONNES AGEES

1. RAPPEL DES OBJECTIFS DU SROS III

Depuis l'élaboration du SROS III, la filière de soins gériatriques, a été organisée et définie, grâce notamment aux cahiers des charges fournis pour les courts séjours gériatriques (CSG), les hôpitaux de jour et consultations multidisciplinaires, les équipes mobiles de gériatrie (EMG), et la filière elle-même. Une procédure régionale de labellisation des filières de gériatrie a été mise en place par l'ARH Nord-Pas-de-Calais dès 2008 et a été poursuivie par l'ARS. Ce sont ainsi 7 labellisations qui sont intervenues sur 5 zones de proximité, une supplémentaire était en cours en septembre 2011.

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

Enfin, les EMG ont été créées grâce aux financements MIGAC issus du plan urgences 2004-2008. Il en existe 17 qui œuvrent dans 11 zones de proximité. 4 zones de proximité n'en possèdent pas.

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

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

Le plan « Solidarité grand âge » a permis le renforcement des équipes gériatriques des SSR. A la suite de la publication des décrets de 2008 sur les SSR, et de l'adoption du volet correspondant du SROS III, une première vague de reconnaissances d'unités spécialisées a eu lieu en 2010 puis en 2011. Ainsi, au 01/09/2011, ce sont 45 sites de SSR spécialisés qui ont été reconnus, permettant ainsi de répondre à des besoins de prise en charge de proximité. Un cahier des charges sur l'hôpital de jour gériatrique de SSR devrait par ailleurs être publié par la DGOS fin 2011.

Dans la région, la requalification juridique des USLD (détermination des capacités devant rester dans le champ sanitaire et des capacités devant basculer dans le champ médico-social sous forme de lits d'établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes) s'est terminée en 2010 : 29 sites sont restés USLD, pour une capacité totale de 1.640 lits. Un site supplémentaire devrait être individualisé en 2012, par un transfert de lits, et donc à capacité régionale constante.

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

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

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

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

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

- des unités cognitivo-comportementales (UCC) en SSR, qui accueillent des patients Alzheimer à l'issue d'une hospitalisation en court séjour ou en cas de crise aiguë à domicile : 10 sont reconnues en septembre 2011 dont 8 ouvertes (12 prévues à fin 2012).
- des unités d'hébergement renforcées (UHR) en USLD, pour les malades ayant des troubles sévères du comportement, sous forme de petites unités qui les accueillent nuit et jour, qui soient à la fois lieux d'hébergement et lieux d'activités et de soins: 3 sont reconnues en septembre 2011 sur un total de 9 possibilités dans la région à échéance de 2012

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

2. MISE EN ŒUVRE DES OBJECTIFS DU SROS III

L'organisation et la reconnaissance de filières et ce, dès 2009, ont largement dépassé les objectifs que le SROS III avait fixés.

Si l'on prend en compte les projets que les établissements de santé ont déclaré en 2011, ce sont 13 zones de proximité sur 15 qui ont une réflexion avec leurs partenaires géographiques. La plupart des établissements sites d'urgences, désormais, ont un projet en gériatrie.

Cependant, l'existence de filières internes organisées en pôle (notamment en secteur public) n'est pas *de facto* synonyme d'optimisation. L'articulation entre les différentes étapes de la prise en charge doit être éprouvée et des dysfonctionnements subsistent.

Pour fluidifier le parcours des patients et apporter les soins adaptés à leurs pathologies et leurs besoins, la constitution d'au moins une filière inter-établissements formalisée, par zone de proximité devient nécessaire à l'horizon de la fin du SROS III. Dans ce cadre des GCS de gériatrie, mais aussi des partenariats encore informels, s'organisent qui peuvent permettre aux établissements adhérents de se doter d'outils et de protocoles communs, mettre en commun des moyens, mettre en exergue l'activité de chacun. Dans d'autres secteurs des partenariats sont formalisés ; ils concernent souvent des établissements publics entre eux, parfois avec des ESPIC, mais beaucoup moins souvent avec des privés qui cependant développent de plus en plus des prises en charge spécialisées.

La majorité des admissions en CSG se fait toujours par le service des urgences pour les patients âgés de 75 ans et plus. Dans les bassins du Littoral et de l'Artois, plus de la moitié de ces patients transite par les urgences alors que, dans le même temps, moins d'une admission sur cinq se fait « en direct ». A

l'échelle des zones de proximité, le Dunkerquois, le Boulonnais et le Douaisis ont des taux bien supérieurs à la moyenne régionale avec respectivement 84 %, 78,9 % et 86,1 %. La métropole réalise plus d'entrées directes en 2009.

Une étude réalisée aux urgences du CH d'Arras en 2009 a permis d'identifier des délais d'hospitalisation plus importants parmi les patients les plus âgés et, en particulier, lors d'une orientation vers les services de médecine. L'optimisation et la mise en place de filières de prise en charge spécifiques, en l'occurrence gériatrique, peuvent représenter un moyen efficace pour améliorer les délais de prise en charge aux urgences. L'établissement a proposé ainsi à la suite de ce travail un lien plus fort entre l'activité des urgences et la filière gériatrique avec une réflexion spécifique autour d'un système d'appel rapide de l'EMG dès l'arrivée d'un patient âgé fragile et une formation des personnels des urgences à l'accueil des patients âgés, l'utilisation plus large d'outils d'évaluation concernant l'autonomie, le devenir...

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

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

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

Une étude de la DREES²⁵ 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 :

²⁵ 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

- l'hôpital de jour gériatrique est complexe en organisation (très consommateur de temps IDE et de secrétariat), les actes en PMSI y sont sans doute insuffisamment précis ;
- les consultations multidisciplinaires ne sont pas toujours correctement valorisées, ainsi celles des paramédicaux ;
- l'HAD se développe surtout dans la prise en charge du cancer et les prises en charge en EHPAD restent ponctuelles. A domicile, ces prises en charge sont limitées en cas de problèmes sociaux ou de logements sans confort (voir § précédent). Une enquête régionale réalisée par la DRSM²⁶ en 2008 montre que ce ne sont pas les personnes âgées qui y sont prises en charge majoritairement mais les personnes atteintes de cancer (36%) et de maladies neurologiques (10%), d'une moyenne d'âge d'environ 67 ans. Les modes de prises en charge principaux sont des soins palliatifs (34,2%) et pansements complexes (17,7%), avec 40,1% des patients qui ont un indice de Karnofsky estimé à 40% au jour de la coupe, 22,8% à 30% et 20,5% à 50%. Seulement 1% des prises en charge se déroulent en EHPAD. Au jour de l'enquête 22,3% des prises en charge étaient inadéquates : parmi celles-ci 50% auraient dû être par un SSIAD et 40,8% en secteur libéral.

Les motifs d'inadéquations identifiés pour la région ont été répartis en différentes catégories :

- Sans raison argumentée dans 34,3% des cas : le médecin coordonnateur ou l'IDE n'ont pas évoqué de raison pouvant expliquer l'inadéquation ;
 - Pour 28,3% des patients, le maintien en HAD résultait du souhait de la famille ou de problèmes sociaux ;
 - Dans 12,7% des cas, le motif avancé était le manque de place dans la structure d'aval ;
 - Pour 9,6% des cas, l'amélioration était récente et des démarches avaient été entreprises pour une sortie prochaine ;
- Pour 9,6% des patients, il s'agissait du souhait du médecin traitant ou de l'hôpital ;
- Enfin, dans 5,4% des cas, la raison avancée était le refus du SSIAD de prendre en charge un patient estimé trop lourd.

Si le taux d'admission en CSG est excessivement élevé par les urgences, le taux de sortie tant des CSG (60,7 %) que des SSR (76 %) vers le domicile l'est également. Cependant les taux de transfert des CSG vers les SSR restent faibles.

Dans une optique de réduction du temps d'hospitalisation²⁷ ces taux peuvent être signe de ré-hospitalisation. En effet cela implique en aval, à domicile, un suivi régulier et personnalisé qui n'existe actuellement que dans peu de cas (territoires des réseaux de santé ou d'expériences locales de coordination). D'où l'idée de donner aux EMG une place plus importante au cœur du dispositif de coordination et de coopération.

Le rapport de l'IGAS en 2005²⁸ 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 bénéficie de 3 EMG à 5 ZP qui n'en possèdent aucune. Or, le travail de proximité autour de la personne destiné à faciliter son parcours suppose une EMG dans au moins chaque zone de proximité.

L'enquête menée en 2009 montre que seules 6 EMG disposent d'un gériatre ; à l'inverse, les EMG de la région sont correctement pourvues en IDE.

²⁶ Evaluation médicale des structures d'HAD, région Nord Pas de calais, DRSM, juin 2008

²⁷ 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.

²⁸ Rousseau AC, Bastianelli JP, les équipes mobiles gériatriques au sein de la filière de soins, rapport de l'IGAS de mai 2005.

Deux EMG sur la région réalisent des visites à domicile ; d'autres permettent l'intervention ponctuelle d'une assistante sociale ou d'un ergothérapeute au domicile, afin de préparer les sorties.

Cette EMG doit disposer de personnels diversifiés (gériatre, IDE, psychologue, assistante sociale...)

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

Mais d'autres expériences méritent aussi une attention et une évaluation particulière :

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

Dans la région toutes les unités ont été requalifiées dès 2010. Un volet complémentaire au SROS-PRS pourra être élaboré sur la base du décret dès sa parution.

Dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012, 9 unités d'hébergement renforcées (UHR) doivent être individualisées en USLD (3 par an à compter de 2010). D'ores et déjà 3 ont été labellisées en 2010.

En 2011 il existe 16 consultations labellisées avec le CMRR, sur 19 sites (3 consultations avancées) et 8 consultations non labellisées, soit 24 consultations et 27 sites (soit 1,4 pour 15 000).

Pour l'ensemble des consultations, qu'elles soient labellisées ou non, le bassin de vie du Hainaut est à 1,7 sites de consultations pour 15 000 hab.de plus de 75 ans, le littoral à 1,3, l'Artois à 0,8 et la métropole à 1,9. Ce sont désormais l'ensemble des zones de proximité qui ont au moins une consultation mémoire. Le Douaisis a ouvert une consultation mémoire début 2010. Deux zones n'ont pas encore de consultation labellisée : le Douaisis et le montreuillois. Sur le montreuillois la labellisation pourrait intervenir par association du centre d'Hopale avec le CHAM. Pour le Douaisis, la montée en charge sera progressive. Par ailleurs sur le Cambrésis, la clinique St Roch et le CH de Cambrai ont signé en 2010 une convention de partenariat pour maintenir la labellisation : en effet la clinique St Roch ne possède pas d'IRM et son activité étant insuffisante, l'association avec le centre hospitalier va permettre d'avoir un volume d'activité avec une file active de plus de 400 patients. De même sur le Dunkerquois, l'HMZ qui s'associe avec le CH dans le cadre de l'organisation de la filière gériatrique, pourra formaliser un partenariat avec le CH pour la réalisation des IRM et qui possède un service de neurologie.

Sur l'ensemble de ces consultations (labellisées ou non), ce sont 22 centres qui exportent leurs données épidémiologiques à la Banque Nationale Alzheimer (BNA), créée dans le cadre du plan. Ce résultat est très positif. Deux centres supplémentaires devraient exporter leurs données en 2011.

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

3. BILAN QUANTITATIF

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

territoires de santé et ZP	nombre de secteurs gérontologiques au SROS III en 2006	implantations des unités gériatriques 2011							
		filières gériatriques selon circulaire de 2007	court séjour gériatrique	hôpitaux de jour gériatrique	équipes mobiles de gériatrie	consultations gériatriques multidisciplinaires	réseau de santé gérontologique	SSR gériatriques (décret 2008)	USLD requalifiées
		5 filières prévues	7	2	5	2	1	8	8
littoral	5	5 filières prévues	7	2	5	2	1	8	8
Berck Montreuil	1	1 projet	2	0	2	0	1	3	2
Boulonnais	1	1 labellisée	1	1	1	0	0	1	1
Calaisis	1	1 projet	1	1	1 projet	1	0	1	1
Audomarois	1	0	1	1	1	1	0	1	2
Dunkerquois	1	1 projet	2	1	1	0	0	2	2
		4 filières prévues	6	4	5	7	2	11	9
Artois	8	4 filières prévues	6	4	5	7	2	11	9
Béthunois	2	1 projet	2	1 + 1 projet	2 projets	2	projet	2	2
Lensois	2	1 labellisée	2	2	3	3	1	2	3
Douaisis	2	1 labellisée	1	1	1	1	0	4	2
Arrageois	2	1 projet	1	0	1	1	1	3	2
		3 filières prévues	6	1	2	2	3	10	7
Hainaut	7	3 filières prévues	6	1	2	2	3	10	7
Cambrésis	2	1 projet	2	0	0	0	1	1	1
Valenciennois	3	1 en cours	3	1	2	1	1	5	3
Avesnois	2	1 projet	1	1 projet	1 projet	1	1	4	3
Métropole	6	6 filières	7	5	5	8	2	16	6

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

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

territoires	nombre de personnes âgées de 75 ans et plus (projection INSEE 2009)	données des régimes d'assurance maladie en 2008 (RSI, MSA, CARMI et régime général)			consultations mémoire de proximité	consultations mémoire labellisées	Unités cognitivo comportementales (UCC)	Unités d'hébergement renforcées (UHR)	Pôles d'activité et de soins ambulatoires (PASA)	Maison pour l'autonomie et l'intégration des Alzheimer (MAIA)	Equipes spécialisées Alzheimer à domicile (ESAD)	plate forme de répit (PFR) et formules innovantes (FI)
		patients en ALD 15		patients ayant au moins eu un remboursement pour délivrance d'anticholinestérasiques								
		nombre de nouveaux patients en ALD	nombre de patients	nombre								
Valenciennois	27684	294	1525	1147	1	2	1	1	1+4P	1	1	0
Sambre Avesnois	18834	208	1158	1082	0	1	1	1	1+3P	0	1	0
Cambrésis	15246	155	1075	610	1	1	0	0	1+2P	0	0	0
HAINAUT	61764	657	3758	2839	2	4	2	2	3+9P	1	2	0
Flandre Intérieure	9768	149	889	714	1	0	1	0	2+2P	0	0	0
Lille	49835	539	3387	2876	1	3 et CMRR	3	1 + 1 projet	2+5P	1	1	0
versant nord-est	28139	424	2619	1304	1	2	1 non ouverte	1	3+2P	0	1	0
METROPOLE	87742	1112	6895	4894	3	6	5	2 + 1 P	7+9P	1	2	0

Schéma Régional d'Organisation des Soins

Dunkerquois	17758	195	1316	961	1	1	0	1 projet	1+1P	0	1	1+2 FI
Calaisis	10946	260	1559	590	0	1	0	1	0	0	1	0
audomarois	8731			346	0	1	0	0	0	1+1P	0	0
boulonnais	12836	245	1572	939	0	1	1	1	0	0	0	0
Berck/Montreuil	10095			396	1	1 projet	1 projet	1 projet	2	1	0	0
LITTORAL	60366	700	4447	3232	2	4	1 + 1P	2 + 2P	4+2P	1	2	3
Béthune-Bruay	23938	346	1675	726	0	1	0	1	1+1P	0	0	0
Lens-Hénin	30008			837	1	1	1	1 + 1 projet	1	0	1	0
Douaisis	20438	130	891	904	0	1 projet	1	1	2	0	1	0
arrageois	20084	276	1536	900	0	1	1 projet	1	2P	1	1	0
ARTOIS	94468	752	4102	3367	1	3	2 + 1P	4 + 1P	4+3P	1	3	0
REGION 1/9/2011	304340	3221	19202	14332	8	16 + 2P	10 + 2P	10 + 4P	18+23P	4	9	1 PFR +2 FI
SROS III et circulaire de 2005, plan 2008-2012					0	1 par site d'ets avec plateau technique ad hoc et au min 1/15000 PA>60 ans : 18 possibles	7 UCC en 2012 (1/250 000 hab.>40 ans)	16 UHR en 2012	94 PASA en 2012	4 MAIA en 2011	27 ESAD en 2012	8 PRF en 2012

Dès la fin du SROS III : ce sont 12 zones de proximité sur 15 qui sont porteuses de projets de filières de gériatrie entre établissements de santé, voire avec le secteur médico-social. La procédure de labellisation régionale mise en place en 2008 permet d'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 l'Artois :

▪ Zone de proximité du Douaisis :

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

▪ Zone de proximité du Lensois :

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

▪ Zone de proximité de Béthune-Bruay :

- Depuis l'adoption du SROS III en 2006, la clinique Mahaut de Termonde développe des prises en charge gériatriques et s'organise en filière interne. Son activité gériatrique devrait être transférée sur le site de la clinique Anne d'Artois, en proximité des urgences.
- Le CH de Béthune possède une consultation mémoire labellisée et a une réflexion en cours avec les EHPAD de son territoire pour la coordination des hospitalisations dans le cadre d'un GCS.

▪ Zone de proximité de l'Arrageois :

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

Territoire de santé du Hainaut :

- Zone de proximité du Valenciennois :
 - Les établissements de santé du secteur (publics, ESPIC et privés) ont signé en mars 2011 une coopération avec projet médical commun dans le cadre d'un GCS de gériatrie. Il doit permettre la réalisation d'un projet médical commun avec des spécificités pour chacun. Celui-ci se concrétisera par la répartition et la mutualisation de moyens sur la zone de proximité, ainsi qu'une labellisation de filière de territoire. Ainsi concernant la mémoire les structures référentes de territoire seront réparties sur plusieurs établissements : une UHR au CH de Valenciennes, la labellisation de la consultation mémoire, une UCC et un PASA au CH de le Quesnoy. Un projet de labellisation d'une consultation mémoire du territoire est en réflexion à partir des différents sites de consultations existants, avec un projet médical commun. Une MAIA sera portée par le GCS de gériatrie.
- Zone de proximité du Cambrésis :
 - Les établissements sont en train de réfléchir au développement de la gériatrie pour le territoire.
 - Le CH de Cambrai a ouvert en 2010 un court séjour gériatrique.
 - La consultation mémoire référente de territoire se situe à la clinique St Roch. La clinique a signé une convention de partenariat avec le CH de Cambrai en 2010 pour la création d'une consultation mémoire labellisée inter-établissement. Il existe un PASA au centre hospitalier de Cambrai.
 - Un projet commun est en cours d'élaboration entre les CH de Cambrai, Les Abeilles de Briastres, la clinique ST Roch de Cambrai, le CH de le Cateau pour fluidification de la filière de prise en charge des personnes âgées dans le cadre d'une CHT ou un GCS.
- Zone de proximité de Sambre Avesnois :
 - Un GCS de gériatrie est en cours d'élaboration et concerne 5 établissements (Maubeuge, Jeumont, Hautmont, Felleries et Avesnes). Les établissements travaillent déjà ensemble hors GCS sur la prise en charge des malades Alzheimer puisque les structures référentes de territoire sont réparties entre eux : la consultation mémoire labellisée au CH de Maubeuge, l'UCC au CH d'Hautmont et un projet d'UHR au CH de Jeumont.

Territoire de santé du Littoral :

- Zone de proximité de Dunkerquois :
 - Les établissements publics de santé de Dunkerque et Zuydcoote, ainsi que la Polyclinique de Grande-Synthe réfléchissent à une organisation commune pour la gériatrie.

- au CH de Dunkerque, en 2010 a ouvert un court séjour gériatrique, une hospitalisation de jour et des consultations d'évaluation gériatrique et a débuté l'activité de l'équipe mobile de gériatrie (EMG).
- Le CH de Zuydcoote possède les soins de suite gériatriques et la consultation mémoire labellisée et a un projet d'UHR.
- La polyclinique de Grande-Synthe possède une unité de médecine polyvalente qui comprend notamment 16 lits de gériatrie.

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

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

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

- Zone de proximité de l'Audomarois :
 - le CHRISO 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 CHRISO.

Territoire de santé de la Métropole :

- Zone de proximité de Lille : étant donné la densité de population âgée (près de 45 000 personnes de 75 ans et plus), le SROS III avait préconisé de diviser ce territoire en 3 secteurs gérontologiques.
- Le CHU de Lille a été le premier établissement support labellisé sur ce territoire en 2008 (intra-muros) : il développe des consultations et hospitalisations de jour de la chute originales en France. Cependant sa capacité en court séjour a été étendue en 2010 (28 à 56 lits). Le développement de la psycho-gériatrie et de la filière Alzheimer permettront de compléter la filière gériatrique avec des structures référentes de territoire : consultation mémoire labellisée, UCC en 2012, UHR en 2011. Son positionnement comme référent régional est essentiel pour la dynamique gériatrique. Sur le territoire de la métropole il a aussi à jouer ce rôle. Sur la zone de proximité, il doit se coordonner avec l'ensemble des acteurs : la clinique de gérontologie développe une réflexion depuis deux ans avec les pôles de gérontologie de Seclin et Loos, pour partager des

activités notamment autour de l'Hôpital de jour, afin de mieux répondre aux besoins de la population âgée du territoire de proximité. Par ailleurs le CHU de Lille est le fondateur du Réseau de Soins Gérontologiques de Lille-Hellemmes-Lomme, qui rassemble des partenaires sociaux et médico sociaux des territoires de Lille, Lomme et Hellemmes

- Il a été suivi en procédure de labellisation du CH de Seclin la même année. Cet établissement dont la filière est depuis longtemps organisée avec la ville par l'intermédiaire du réseau de santé EOLLIS possède deux unités référentes de territoire pour l'Alzheimer : l'UCC et la consultation mémoire labellisée. Les 3 établissements publics du secteur (CHRU, Seclin et Loos-Haubourdin) sont en train d'élaborer un projet de partenariat en gériatrie. Ce secteur possède d'ores et déjà une MAIA qui fédère autour d'elle l'ensemble des acteurs des différents champs sanitaires, médico-social et social, qui est adossée au réseau de santé gérontologique EOLLIS.
- L'hôpital de Loos-Haubourdin développe un projet commun avec le CHU et le CH de Seclin dans la prise en charge des personnes âgées. Il possède une unité cognitivo-comportementale.
- La clinique de Villeneuve d'Ascq a individualisé des lits de CSG et des lits de SSR. L'établissement, Clinique de Villeneuve d'Ascq, a actuellement 3 projets de "convention de partenariat" avec le C.H. de Roubaix, le C.H.R.U. de Lille et le C.H. St Philibert de Lomme. Ces trois projets de convention sont en cours de signature.
- Début 2011 la filière gériatrique du GHICL été labellisée. Le Groupe Hospitalier comporte deux sites, qui desservent Lille, Hellemmes, Lomme (à cheval avec le CHRU), et le versant Nord Ouest de la métropole. Cette implantation bi-sites permet une mutualisation des moyens et une offre gériatrique de proximité. Il possède une consultation mémoire labellisée.
- Zone de proximité du versant Nord Est : étant donné la population âgée présente, le SROS avait prévu la possibilité de deux secteurs de gérontologie et donc de deux établissements support de filière.
- Un projet médical de territoire est en cours de finalisation dans le cadre de la préfiguration d'une Communauté Hospitalière de Territoire avec les CH de Tourcoing et de Wattrelos. Dans le cadre de cette CHT, les CH de Wasquehal et de Comines sont susceptibles d'être intégrés dans des filières gériatriques.
- En 2009, le CH de Roubaix a été labellisé. Les prises en charge du secteur sont lourdes socialement et le CH tente d'y répondre par une plate-forme d'appel des médecins traitants et un pôle de consultations tourné vers la ville alliés à l'action de l'équipe mobile qui se déplace en ville sur des prises en charge particulièrement fragiles, tissant des liens forts avec la mairie de Roubaix. Il possède par ailleurs deux unités référentes de territoire pour la maladie d'Alzheimer : la consultation mémoire labellisée et l'UCC qui devrait ouvrir en 2012.
- Sur le secteur, se positionne en partenaire la clinique St Jean à Roubaix avec court séjour, hôpital de jour et soins de suite. Un partenariat est nécessaire entre ces établissements
- Le CH de Tourcoing en cours de réorganisation, notamment sur le secteur d'hospitalisation de jour, réfléchit à un projet de seconde filière pour le territoire. Il a ouvert deux places de jour gériatriques en septembre 2010 et possède une consultation mémoire labellisée.
- Sur cette zone de proximité, le CH de Wasquehal développe une activité gériatrique dynamique de proximité et très liée au secteur médico-social, avec une direction commune entre structures sanitaire et médico-sociale.
- La polyclinique du val de Lys à Tourcoing est en train d'élaborer un projet gériatrique commun avec la clinique St Jean de Roubaix : transfert de lits de médecine, création d'une équipe mobile pour les sites d'HPM, consultation mémoire de proximité.
- La clinique St Roch à Roncq souhaite s'inscrire dans la filière du CH de Tourcoing.
- Il sera nécessaire que l'ensemble des établissements entrent dans une démarche de coopération formalisée.
- Zone de proximité de Flandre intérieure :

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

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

4. ORIENTATIONS

4.1 Inscrire les filières de soins gériatriques dans une dynamique d'organisation territoriale négociée dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens sur la base de référentiels d'organisation des soins » dans chaque zone de proximité, en plaçant le médecin traitant au cœur du dispositif

- Affirmer « le rôle d'expertise de la filière et sa reconnaissance pour la prise en charge des situations complexes qui peut favoriser des partenariats ... associant notamment les hôpitaux de jour, les professionnels de ville et les établissements médico-sociaux. Elle joue un rôle dans la diffusion de la culture gériatrique et dans la formation des personnels des établissements de santé voire celle des acteurs extérieurs à l'hôpital intervenant dans les prises en charge des personnes âgées....Pour chaque filière, le rôle et les obligations réciproques des établissements qui en sont membres sont formalisés par convention. Cette dernière prévoit une coordination administrative de la filière ainsi qu'une coordination médicale qui doit être assurée par un gériatre. Cette coordination peut être commune avec celle du réseau de santé « personnes âgées » lorsqu'il existe. La convention précise notamment les conditions d'admission et de sortie des patients gériatriques, les délais cible en termes de prise en charge, les procédures de transfert. Elle définit les supports d'informations médicales communes (notamment fiches de liaison médicale et infirmière). Elle garantit également l'accès des patients gériatriques aux spécialités non gériatriques dont la psychiatrie (circulaire 2007).»
- Soutenir les établissements dans leur démarche de collaboration avec la ville et le médico-social au sens de la loi HPST, avec le développement des CHT, de GCS,...pour favoriser le parcours de santé des personnes âgées. « Une filière de soins gériatriques doit organiser au niveau de son territoire d'implantation des partenariats avec l'hospitalisation à domicile (HAD), les médecins traitants, les acteurs de la prise en charge médico-sociale, les associations de familles ou de patients, notamment pour optimiser les conditions d'admission et/ou de sortie d'hospitalisation et favoriser le soutien à domicile... La filière de soins gériatriques doit élaborer, avec les structures de coordination (CLIC ou coordination gérontologique, réseaux de santé), des procédures de prise en charge et de partage d'informations notamment pour l'organisation du retour à domicile des patients hospitalisés dans la filière. A ce titre la collaboration avec les SSIAD est recommandée.» Ces coordinations pour se mettre en place nécessitent qu'existent :
 - des compétences particulières : l'ingénierie de projet et la méthodologie d'organisation ;

- des expertises gériatriques de recours ;
 - l'implication d'associations de bénévoles.
- Créer des filières gériatriques de territoire qui seront labellisées par l'ARS, « Une filière de soins gériatriques implique un ou plusieurs établissements de santé quel que soit le statut ou la catégorie de l'établissement. Cette reconnaissance donnera lieu à la définition de plans d'actions dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des établissements de santé contribuant à la filière, sur la base des référentiels d'organisation des soins. »
 - Pour les personnes les plus dépendantes (physiquement, psychologiquement ou socialement), définir un référent (issu de la MAIA quand elle existe, ou du réseau de santé gérontologique s'il existe, sinon de tout autre acteur issu d'un des trois champs et défini dans le projet commun local de la filière gériatrique de territoire).

4.2 Poursuivre le développement de la gériatrie hospitalière

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

- Un Court Séjour Gériatrique (CSG), labellisé par l'ARS, avec le recours à des IDE coordinatrices pour mieux gérer les parcours hospitaliers, créant ainsi des référents hospitaliers pour les patients. Ces courts séjour gériatriques seront labellisés par l'ARS sur les critères suivants :
 - Offrir au moins 25 séjours de court séjour gériatrique pour 1 000 habitants de 75 ans et plus sur le territoire d'implantation de la filière ;
 - L'implantation se fait dans les établissements de santé disposant d'une structure des urgences ou ayant conventionné ;
 - Garantir l'accessibilité à un plateau technique comportant un équipement de radiologie standard, échographie, doppler veineux et artériel, échocardiographie, tomodensitométries, analyses biologiques et d'anatomie pathologique, endoscopies digestives, dans des délais compatibles avec la pathologie du patient ;
 - Disposer au minimum de 20 lits ;
 - Disposer d'une équipe pluri disciplinaire (avec notamment, du temps de gériatre).
- Un Hôpital de jour gériatrique et mémoire (HdJ) et une consultation multidisciplinaire d'évaluation gériatrique, spécialisée ou non (chute, nutrition, etc...). « C'est un centre de prévention, de diagnostic et d'évaluation du patient âgé sur le territoire. Elle assure une prise en charge ambulatoire et constitue l'une des portes d'entrée du patient âgé dans la filière de soins gériatriques. Elle comporte des consultations et un hôpital de jour gériatrique ». L'hospitalisation de jour, labellisé par l'ARS, respecte les critères suivants :
 - Se situer au sein de l'établissement de santé, siège d'un court séjour gériatrique ;
 - Pour remplir ses missions, une unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique devrait pouvoir disposer d'une équipe pluridisciplinaire composée au minimum d'un temps de médecin gériatre, un temps d'infirmiers, un temps d'aide soignant, un temps de secrétaire, selon les besoins un temps de psychologue, diététicien, assistant social ;
 - L'accès au plateau technique (laboratoire et imagerie) est organisé soit sur le site, soit par conventionnement. Cet accès concerne la radiologie standard, l'échographie doppler veineux et artériel, l'échocardiographie, TDM, IRM, les analyses biologiques complétées éventuellement par les explorations fonctionnelles respiratoires, les endoscopies digestives, bronchiques et les explorations urodynamiques.

- Une équipe mobile gériatrique (EMG), *installée au sein d'un établissement siège d'un court séjour gériatrique.*
 - Equipe pluridisciplinaire
 - Avec un numéro de téléphone individualisé pour les acteurs de santé du domicile.
- « *Un ou plusieurs soins de suite et de réadaptation appropriés aux besoins des personnes âgées poly pathologiques dépendantes ou à risque de dépendance* ». Il répond aux critères suivants :
 - Offrir au minimum 1 000 journées d'hospitalisation de SSR gériatriques pour 1 000 habitants de 75 ans et plus sur le territoire d'implantation de la filière de soins gériatriques ;
 - la coordination est assurée par un gériatre, avec la présence d'une équipe pluridisciplinaire ;
 - Les SSR gériatriques devraient disposer des locaux et des équipements adaptés aux patients âgés présentant une dépendance physique ou psychique. Certaines unités doivent être adaptées à la prise en charge de patients déments, les UCC.
- Les USLD du secteur.

4.3 Développer les entrées directes en lien avec les médecins traitants

- en service de médecine ou chirurgie (pas seulement en gériatrie), en SSR, sans passage par les urgences, chaque fois que possible.
- « *L'accès direct des patients en court séjour gériatrique sans passage aux urgences est le mode d'entrée à privilégier. L'admission directe en court séjour gériatrique donne lieu à un contact préalable entre le médecin traitant et le médecin du court séjour gériatrique. Le court séjour gériatrique est organisé pour répondre durant la journée aux appels des médecins généralistes* ».

4.4 Favoriser le développement des alternatives à l'hospitalisation

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

- *Participer à l'organisation du soutien au domicile ;*
- *Participer à la diffusion des bonnes pratiques. »*
- Développer des prises en charge gériatriques dans les réseaux de santé sur les zones de proximité où il n'y en a pas encore.
- Développer les prises en charge gériatriques en HAD. *« L'HAD est l'un des partenaires naturels de la filière dans la mesure où il peut offrir un relais adéquat à l'hospitalisation à temps plein pour des personnes âgées à leur domicile ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes sur la base d'indications protocolisées. »*

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

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

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

4.6 Reconnaître la place des EMG comme référents hospitaliers de secteur

géographique pour les autres acteurs (libéraux, médico-sociaux, sociaux), quand elles existent Les EMG sont les référents hospitaliers des malades et familles, dans les services des établissements de santé, hors gériatrie, pour favoriser notamment les retours au domicile dans de bonnes conditions :

« Les équipes mobiles de gériatrie interviennent en équipes transversales auprès des patients âgés, en étroite collaboration avec les équipes hospitalières, les CLIC et les réseaux de santé gériatriques. »

- Par leur partenariat privilégié avec le service des urgences, elles y donnent des avis, proposent des plans de soins mais ne prescrivent pas. Elles y assurent les avis de cas complexes mais diffusent auprès des équipes d'urgence les bonnes pratiques pour que celles-ci soient en capacité d'avoir des actions adaptées pour l'ensemble des personnes âgées qui sont accueillies.
- Les équipes mobiles de gériatrie sont les référents privilégiés pour diffuser les bonnes pratiques gériatriques, la formation des équipes des différents services dans un établissement de santé.
- Les EMG doivent avoir un numéro d'appel direct pour les médecins traitants et organiser les liens médecins traitants-établissement de santé.

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

- La participation des établissements de santé aux programmes Mobiquat, et en particulier des courts séjour gériatriques, au même titre que les EHPAD et SSIAD, dans les thématiques suivantes : douleur, soins palliatifs, bienveillance, nutrition et dépression. A l'avenir d'autres thèmes viendront s'y ajouter : risque infectieux et la maladie d'Alzheimer.
- L'unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique *est une structure de soins de court séjour de la filière de soins gériatriques située à l'interface entre la médecine hospitalière et la médecine de ville. C'est un centre de prévention, de diagnostic et d'évaluation du patient âgé sur le territoire. (circulaire 2007)*
- L'élaboration des programmes d'éducation, par filière gériatrique sanitaire et médico-sociale territoriale, qui s'appuieront sur les dispositifs existants dans le cadre des parcours de santé des personnes, avec formation et implications des différentes catégories d'acteurs, par exemple :
 - Repérage des personnes fragiles à risque de dépendance : à domicile par les acteurs des services à domicile, les médecins traitants...
 - Actions d'éducation au domicile spécialisées de durée déterminée (sur l'environnement et l'éducation de la personne et de son entourage) par les ergothérapeutes/psychomotriciens des ESAD, du SSR gériatrique, du réseau de santé gérontologique, etc...selon le cas
 - Prise en charge spécifique éducationnelle des patients les plus à risque dans une unité d'hospitalisation de jour spécialisée de la zone de proximité dans le cadre d'un programme de prise en charge spécifique, dans un temps déterminé (ex : patients chuteurs)
 - Prise en charge sur le long terme de maintien de capacités restantes dans le cadre d'un accueil de jour par des psychomotricien/ergothérapeute/psychologue/...dans le cadre d'un projet thérapeutique défini
 - Formation des aidants dans le cadre des différents lieux
 - Etc.....
- *L'incitation des personnes âgées à se vacciner dans tout lieu de soins ou de vie.*

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

- Inclure dans le plan de formation des établissements de santé, la formation des personnels des urgences aux bonnes pratiques gériatriques (en terme d'accueil, de transfert, d'installation, de surveillance paramédicale,...) afin d'améliorer l'attente des personnes âgées aux urgences.
- Développer des prises en charge en santé mentale (pour les malades psychiatriques vieillissants ou les handicapés psychiques vieillissants), par la formation des acteurs gérontologiques (gériatres en particulier), par les liens avec les équipes territoriales de santé mentale, dans le cadre des unités existantes, sans création de nouvelles unités spécifiques.
- Développer une expertise par zone de proximité sur la prise en charge des soins somatiques aux handicapés vieillissants (par exemple par la formation d'un gériatre référent)

- par « *Des partenariats avec les structures médico-sociales pour personnes handicapées vieillissantes* »
- Développer une expertise régionale par le biais du centre national des maladies jeunes de Lille pour les handicapés psychiques ou intellectuels qui présentent en vieillissant une plus grande incidence des démences et plus jeunes que la population générale.
- Coopérer dans chaque zone de proximité avec les acteurs de l'oncologie et former au moins un gériatre dans le cadre de la filière à l'onco-gériatrie.
- Coopérer dans chaque zone de proximité avec les acteurs des soins palliatifs/douleur et former au moins un gériatre et une IDE dans le cadre de la filière.
- Prévenir le risque infectieux : la région s'est dotée d'un programme régional de prévention du risque infectieux, dont une partie des objectifs sont de :
 - Développer les coopérations des établissements de santé avec les EHPAD dans le cadre des équipes opérationnelles d'hygiène et pour l'accueil des patients porteurs de BMR, avec notamment des formations communes.
 - Avoir un bon usage des antibiotiques pour réduire l'émergence des BMR en repérant des référents en antibiothérapie et infectiologie, puis mettre en place un réseau local ville-hôpital de conseil en antibiothérapie
 - Réduire la fréquence et l'ampleur des épisodes infectieux en EHPAD.

4.9 Développer les partenariats avec le secteur médico-social

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

- Conventonnement des EHPAD avec leur(s) établissement(s) de proximité :
 - Le partage de personnels paramédicaux en particulier sur les zones où les recrutements sont plus difficiles (afin d'offrir des temps pleins) : ergothérapeutes, psychomotriciens, IDE hygiéniste, IDE de soins palliatifs, etc.... ;
 - des formations communes (fin de vie, nutrition, Alzheimer, bientraitance...) ;
 - des protocoles sur les conditions d'hospitalisations et les retours vers l'EHPAD
 - Apporter des réponses aux difficultés de prises en charge psychiatriques en EHPAD (handicapés psychiques vieillissants ou dépression du sujet âgé), selon les possibilités locales (avec des professionnels de la gériatrie formés ou le secteur de psychiatrie) ;
 - Apporter une aide à la prise en charge des handicapés vieillissants dont les problématiques de santé physique sont souvent particulières, selon les besoins et possibilités locales.
- Incitation des HAD à signer des conventions avec les EHPAD pour les prises en charge, notamment de soins palliatifs.
- Incitations aux signatures de conventions de partenariat HAD/SSIAD.
- Afin de répondre de manière plus pertinente aux fins de vie problématiques en EHPAD, se doter obligatoirement dans chaque filière gériatrique d'un axe « soins palliatifs » dans le projet médical.

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

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

- Veiller à intégrer l'aidant dans les dispositifs d'annonce et développer ses compétences dans l'accompagnement :
 - mettre en place sur chaque territoire un dispositif d'annonce intégrant l'aidant ou, à défaut d'aidant, un référent pour la personne ;
 - lui donner toute sa place dans les consultations mémoire, dans les bilans des plans d'aide... ;
 - Développer des formations/informations adaptées aidants/aidés,
 - Favoriser les actions d'éducation pour la santé pour les couples aidants/aidés ;
 - Inclure les aidants dans les actions d'éducation thérapeutique chaque fois que nécessaire ;
 - prendre en compte les besoins des aidants dont l'aidé est institutionnalisé (veiller notamment à l'effectivité des conseils de vie sociale et à la désignation d'un référent).
- Organiser le développement des actions de soutien individuel ou collectif :
 - La relation entre le patient et le médecin traitant va s'installer dans la durée, avec une maladie qui évolue, des crises, des complications. Le généraliste a besoin d'être formé pour penser à détecter les signes de fatigue ou d'épuisement de l'entourage ;
 - La mise en place de groupes de parole de proximité dans les dispositifs de santé mentale, dans les actions des réseaux, dans les dispositifs ou actions de prévention ;
 - Permettre en temps d'écoute individuelle et si nécessaire d'accompagnement vers les dispositifs et dans les démarches, pour l'aidant en difficulté.
- Accompagner la mise en synergie des initiatives locales avec diversification des offres :
 - Favoriser le lien entre dispositifs de soins et de répit (favoriser les coopérations, les mutualisations, la structuration de plate formes de réponse,...) ;
 - Se coordonner avec les partenaires institutionnels pour des offres complètes des zones de proximité ou de territoires de projets couvrant l'ensemble du parcours potentiel de l'aidant, en se souciant de la lisibilité de l'ensemble.

4.11 Soutenir et encourager la politique de formation gériatrique régionale

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

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

- Des besoins en formation continue des professionnels de terrain :
 - La prise en compte de thématiques spécifiques dans le soin et dans les publics.

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

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

- Identifier en commun avec la filière de gériatrie, sur chaque zone de proximité :
 - Au moins une consultation mémoire labellisée (avec accès à l'IRM sur place ou en convention), en lien avec des consultations de proximité et lorsqu'ils existent des neurologues libéraux aidés des neuropsychologues du réseau de santé MEOTIS ;
 - Au moins une UCC référente ou celle d'une ZP connexe ;
 - Au moins une UHR référente ou celle d'une ZP connexe ;
 - Le ou les SSIAD porteurs d'ESAD ;
 - Au moins une plate-forme de répit ou celle d'une ZP connexe ;
 - Les accueils de jour et hébergements temporaires ;
 - Les PASA ;
 - La MAIA, si elle existe (qui d'ailleurs intéresse également l'ensemble des personnes âgées dépendantes).
- Engager une démarche d'information/formation des médecins traitants sur les nouvelles structures et leurs indications.
- Pour les malades jeunes, créer une filière de prise en charge spécialisée mais de proximité avec l'aide du CM2R Lille-Bailleul, référent national (avec les CHU de Rouen et de la Pitié-Salpêtrière) pour la recherche et référent régional pour le diagnostic et la prise en charge sanitaire,
 - Mais toute UCC est en capacité de prendre en charge ces malades jeunes lors de crises
 - se doter d'une possibilité d'institutionnalisation par zone de proximité dans un établissement médico-social ayant un projet d'établissement permettant le développement des projets de vie de malades jeunes,
 - l'ensemble des dispositifs développés dans le cadre du plan Alzheimer participent à ces prises en charge et pourront s'appuyer sur l'aide du réseau de santé de la mémoire MEOTIS et sur l'expertise du CM2R autant que de besoin,
 - Le CM2R et le réseau de santé MEOTIS pourront contribuer à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des handicapés psychiques ou intellectuels qui, en vieillissant, présentent plus de démences que la population générale et ont des difficultés de prise en charge sanitaire.

5. DECLINAISON DES IMPLANTATIONS EN USLD

TERRITOIRES DE SANTE	IMPLANTATIONS ACTUELLES USLD	IMPLANTATIONS CIBLES USLD
ARTOIS	9	9
HAINAUT	7	7

LITTORAL	8	9
METROPOLE	6	6

XII. PRISE EN CHARGE DES CANCERS

1. Rappel des objectifs du SROS III

- Décliner la territorialisation et la gradation des soins :
 - Identifier les établissements autorisés en cancérologie et les établissements associés pour la chimiothérapie ;
 - Identifier le pôle régional de cancérologie en précisant ses missions ;
 - Définir les principes d'organisation des réseaux territoriaux et des sites de cancérologie.
- Garantir la qualité et la sécurité des soins :
 - Respecter les critères quantitatifs et qualitatifs définis par l'INCa ;
 - Organiser les 3C ;
 - Mettre en œuvre des recommandations spécifiques dans les champs suivants : radiovigilance, oncologie pédiatrique, prise en charge des cancers cutanés, oncogériatrie, oncoplastique ;
 - Développer le réseau régional de cancérologie (RRC).
- Renforcer et harmoniser l'offre de soins :
 - Développer les consultations de tabacologie ;
 - Favoriser l'adhésion des ETS au dépistage organisé des cancers ;
 - Favoriser la mise en place d'une consultation avancée d'oncogénétique dans chaque bassin de vie ;
 - Développer la chimiothérapie à domicile ;
 - Favoriser l'agrément des services d'oncologie médicale pour l'accueil des internes de spécialité ;
 - Favoriser le repérage précoce de la dénutrition/
- Intégrer les usagers dans la prise en charge :
 - Installer des kiosques d'information : « Aire cancers » dans l'hôpital et « Espace Ressources Cancers » en ville (ERC) ;
 - Développer la participation des usagers aux réflexions régionales à travers le CRU et le RRC.

Ce qui est fait :

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

Ce qui a été fait partiellement :

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

Ce qui doit être organisé :

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

1.1 Indicateurs utilisés

Les indicateurs définis dans le SROS III reposent sur :

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

Bilan des RCP

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

Ainsi, en 2010, les RCP ont permis d'enregistrer 56 035 dossiers dont 38 589 dossiers discutés, soit 79, % de la totalité des dossiers présentés. Les RCP les plus nombreuses concernent la pathologie digestive (17), urologique (16), pneumologique (15), gynécologique (14) et sénologique (13). Les RCP traitent, en moyenne, 455 dossiers par an, soit par réunion 25 à 30 dossiers (fréquence des RCP : mensuelle, bihebdomadaire ou hebdomadaire) sachant que la totalité des dossiers n'est pas obligatoirement discutée.

L'évolution de l'organisation des RCP se caractérise par le développement de la pluridisciplinarité sur plusieurs localisations et par une volonté des acteurs de la cancérologie d'organiser des RCP communes à plusieurs établissements en utilisant notamment la visioconférence. En région, on observe une

spécialisation des RCP (suppression des RCP générales) et une augmentation du nombre de RCP qui couvrent l'ensemble de la région. En 2010, 123 RCP (plusieurs localisations d'organe peuvent être traitées au cours de la même RCP comme la sénologie et la gynécologie) étaient dénombrées contre 63 en 2005.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ce plan est orienté autour des orientations suivantes :

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

2. ORIENTATIONS

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

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

2.2 Garantir une offre de soins territoriale accessible et cohérente

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

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

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

2.4 Renforcer les démarches qualité et promouvoir les bonnes pratiques

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

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

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

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

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

2.7 Soutenir les innovations technologiques

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

2.8 Favoriser la cohérence et la fluidité des parcours de santé

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

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

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

3. DECLINAISON DES IMPLANTATIONS

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

* intégration du gamma-knife du CHRU dans les implantations

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

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

XIII. SOINS PALLIATIFS

1. RAPPEL DES OBJECTIFS DU SROS III

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

2. BILAN DU VOLET (2006-2011)

2.1 Les soins palliatifs en établissements de santé

- Les USP :

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

Il en ressort les conclusions suivantes :

Les points forts :

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

Il est nécessaire d'améliorer les points suivants :

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

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

- Les LISP :

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

Ainsi :

- L'organisation des LISP dans un service qui n'en compte qu'un nombre limité n'est pas toujours formalisée
- Le renforcement attendu en personnel de par l'application de la T2A, n'est souvent pas réalisé. Il faut rappeler que la tarification des séjours palliatifs en court séjour est particulièrement intéressante pour les établissements de santé. Ce constat est national²⁹
- Le développement des LISP en SSR est peu élevé alors que les soins palliatifs sont générés en grande partie par la gériatrie (1/3 des LISP dans la région Nord Pas de Calais). Ceci s'explique, en partie, par le mode de financement différent
- La présence de référents formés aux soins palliatifs n'est pas toujours assurée dans les services dotés de LISP

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

²⁹ Etat des lieux du développement des soins palliatifs en France en 2010 – Rapport du Pr Régis AUBRY à Mr le Président de la république

- Les Equipes mobiles de soins palliatifs :

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

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

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

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

- Les HAD :

La région dispose de 15 HAD réparties sur l'ensemble des territoires. Le taux de recours à l'HAD est de 20/100000 h en 2010 dans notre région alors qu'il est de 15/100000 h en France métropolitaine. Elles développent une activité en soins palliatifs importante : en 2010, 40% de l'activité des structures de la région relève des soins palliatifs³⁰. Cette moyenne régionale recoupe des variations entre HAD qui se situent entre 12% à 58%. Au niveau national, les soins palliatifs représentent 25 à 30% de l'activité des HAD.

- Les réseaux de soins palliatifs :

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

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

La répartition territoriale des réseaux est la suivante :

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

³⁰ Analyse de l'activité PMSI de l'année 2010 réalisée par la FNEHAD

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

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

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

Depuis 5 ans, un groupe régional, constitué de tous les réseaux de soins palliatifs, travaille à une harmonisation des pratiques : critères d'inclusion, bilan, protocoles d'accompagnement,

Ce groupe est issu de la Coordination Régionale des Soins Palliatifs, qui joue un rôle d'animation des professionnels et des structures de soins palliatifs, à travers la mise en place de groupes de travail. Elle organise également chaque année une journée régionale sur un thème donné.

Les EMSP :

Une directive nationale, adressée aux ARS en 2010³¹, fixe les modalités d'intervention des EMSP dans les EHPAD. L'objectif est de rendre effective l'intervention des EMSP dans les EHPAD et de diffuser la culture palliative dans les établissements médico-sociaux. L'instruction du 15 juillet 2010 prévoit ainsi que le renforcement des EMSP existantes est subordonné à la réalisation d'une prestation formalisée dans les EHPAD. Une convention type est jointe à l'instruction et doit être signée comme préalable à l'intervention de l'équipe mobile.

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

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

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

³¹ Instruction N° DGOS/R4/DGCS/2010/275 du 15 juillet 2010 relatives aux modalités d'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs dans les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes

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

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

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

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

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

• L'organisation des soins palliatifs pédiatriques :

Des crédits MIGAC soins palliatifs pédiatriques ont été dégagés en 2010. Ces financements sont destinés à renforcer les équipes mobiles existantes par une compétence pédiatrique ce qui a été réalisé au CH Valenciennes. Ils doivent également permettre la mise en place d'une Equipe Ressource Régionale de Soins Palliatifs Pédiatriques telle que définie dans un cadre de référence national³².

Les équipes du CHRU et du COL ont engagé depuis début 2010 une réflexion visant à élaborer un projet répondant au cadre de référence. Elles s'orientent vers la mise en place d'une équipe ressource régionale pour faciliter et accompagner le retour à domicile des enfants en situation palliative. Dans notre région, une centaine d'enfants décèdent chaque année selon les éléments recueillis par les équipes :

40 à 50 enfants atteints de cancer

50 enfants décédant d'une autre cause : maladies neurologiques ou neuromusculaires, mucoviscidose et complications de l'extrême prématurité et de maladies rares.

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

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

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

Au total, ce qui a été réalisé :

³² Note à l'attention des directeurs généraux des ARS validée par le CNP en date du 17 décembre 2010

- Une augmentation de la capacité de prise en charge dans les établissements de santé avec : la mise en place d'une USP au CHRU ; la mise en œuvre d'une EMSP/200 000 habitants implantée dans les ETS de plus de 400 lits ; la reconnaissance de nouveaux lits de SP avec l'ouverture de plusieurs fenêtres de reconnaissance (2006, 2008, 2009 et 2011).
Constat d'une augmentation de 67% de lits d'USP et de 354% de LISP entre 2006 et 2010 ;
- La mise en place de LISP et d'une EMSP à titre expérimental dans un établissement axé sur la prise en charge des personnes âgées ; l'équipe est appelée à intervenir dans les EHPAD rattachées à l'établissement expérimentateur ;
- Le développement des formations des personnels en particulier dans les USP (cf. synthèse des visites de contrôle des unités) ; ce constat n'est pas aussi favorable dans les services dotés de LISP ;
- Le fonctionnement de la coordination régionale des soins palliatifs qui assure un rôle de fédération des acteurs des soins palliatifs (mise en place de groupes de travail, journées d'échanges et de pratiques...) ;
- Des crédits MIGAC soins palliatifs pédiatriques ont été dégagés en 2010 pour la mise en place d'une équipe ressource régionale de Soins Palliatifs pédiatriques telle que définie dans un cadre de référence national³³.

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

Des points restent à parfaire :

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

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

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

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

Le taux minimal de 10 lits pour 100 000 habitants est atteint dans l'ensemble des zones à l'exception du Calais et du Sambre Avesnois.

Le taux maximal de 15 lits pour 100 000 habitants est atteint ou dépassé dans les zones d'Arras, Cambrai, St Omer, Flandre-Intérieure et Lille.

Le taux d'équipement des autres zones se situe dans la fourchette.

Le Nord Pas de Calais figure parmi les régions les mieux dotées en lits de soins palliatifs comme le montrent les chiffres issus du classement comparatif des régions françaises en 2007³⁴ :

³³ Note à l'attention des directeurs généraux des ARS validée par le CNP en date du 17 décembre 2010

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

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

³⁴ Rapport sur l'état des lieux du dispositif de soins palliatifs au niveau national – DRESS – n°85 février 2009

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

3. CONTEXTE

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

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

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

- Créer des unités de soins palliatifs (USP) dans les établissements présentant plus de 600 décès par an en court séjour et reconnaître des LISP dans les établissements présentant plus de 200 décès annuels ;
 - Développer les réseaux de soins palliatifs ;
 - Développer la culture des soins palliatifs dans les USLD et les hôpitaux locaux à travers la formation des personnels soignants ;
 - Développer la prise en charge des soins palliatifs pédiatriques ;
 - Identifier des LISP en SSR ;
 - Rendre effective l'intervention des EMSP dans les établissements médico-sociaux (structures de prise en charge des personnes handicapées notamment) et diffuser la culture palliative dans ces établissements ;
 - Expérimenter la présence d'IDE de nuit dans les EHPAD.
- Axe 2 : l'élaboration d'une politique de formation et de recherche ;
 - Axe 3 : le soutien des proches et la communication après la maladie.

4. ORIENTATIONS

- Favoriser la formation des professionnels de santé (formation initiale et formation continue).
- Intervenir dans le choix des thématiques prioritaires de développement des réseaux de santé afin d'élargir la couverture régionale des réseaux de soins palliatifs.
- Analyser le fonctionnement des LISP à partir, notamment, des éléments d'évaluation transmis par les établissements et en référence aux recommandations d'organisation définies nationalement.
- Réajuster le nombre et la répartition des lits de soins palliatifs en veillant à :
 - Limiter la capacité des USP à 10 lits
 - Maintenir les LISP qui respectent les recommandations nationales (cf. objectif précédent)
 - Privilégier la mise en œuvre de LISP en médecine et en SSR

- Eviter la dispersion des LISP dans les établissements : recommandations pour un minimum de 2 LISP par service pouvant aller jusqu'à un maximum de 4 LISP si justifié
- Favoriser le développement des soins palliatifs à domicile et dans les établissements médico-sociaux en veillant à :
 - Formaliser un cahier des charges définissant le rôle et les principes de coordination des intervenants en soins palliatifs potentiels.
 - Tirer les enseignements de l'expérimentation conduite dans les EHPAD sur la présence d'IDE la nuit
- Soutenir les EMSP qui interviennent dans les EHPAD et autres établissements médico-sociaux.

5. DECLINAISON DES OQOS EN IMPLANTATION

Maintien des implantations existantes.

XIV.SOINS DE SUITE ET READAPTATION (SSR)

1. ETAT DES LIEUX

Rappel des objectifs du SROS III

En rééducation et réadaptation fonctionnelles (RRF) :

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

En RRF cardiaque :

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

En soins de suite :

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

Les nouvelles orientations retenues lors de la révision du volet en octobre 2009³⁵, ont tenu compte des décrets relatifs à l'activité de SSR et sont classées en cinq catégories :

- Orientations générales ;
- Orientations relatives aux SSR adultes non spécialisés ;
- Orientations relatives à la prise en charge des enfants et des adolescents ;
- Orientations propres aux mentions de SSR spécialisés ;
- Orientations relatives aux prises en charge spécialisées non réglementées.

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

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

Indicateurs d'évaluation

Concernant l'offre de soins de suite et réadaptation :

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

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

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

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

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

³⁵ Arrêté du directeur de l'ARH 59-62 du 22 octobre 2009, portant avenant n° 6 au SROS III.

Objectifs en termes d'implantations

Territoires de santé	OQOS retenus dans le SROS III	Autorisations au 1/1/2011
Artois	25 à 26	26
Hainaut	23	23
Littoral	17	17
Métropole	31 à 32	31

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

Territoires de santé	Production 2007	OQOS minimum 2011	OQOS maximum 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)

Territoires de santé	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

2. ORIENTATIONS

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

Il existe actuellement 97 implantations de SSR autorisées dans la région. L'objectif 1^{er} du SROS n'est pas d'augmenter le nombre de celles-ci mais plutôt de poursuivre la spécialisation des sites en fonction des besoins identifiés, en favorisant une prise en charge de proximité.

Avec un nombre de personnes atteintes d'une déficience visuelle estimé à plus de 115.000 dans la région, dont 74.000 atteintes de cécité totale, profonde ou moyenne, le besoin de prise en charge en soins de suite et de réadaptation des personnes présentant une déficience visuelle importante est avéré. L'accompagnement et la rééducation que soutient ce type de prise en charge permettent en effet aux personnes concernées de mieux s'adapter aux conséquences de leur handicap, de compenser plus aisément celui-ci par la maîtrise d'aides techniques.

Or, il n'existe, pour l'heure, aucune structure de SSR offrant ce type de prise en charge dans la région, ni même au nord de Paris.

D'autre part, l'activité de SSR « basse vision » ne figure pas parmi les 9 mentions spécialisées définies par les décrets du 17 avril 2008 relatifs aux conditions d'implantation et aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation. Toutefois la circulaire DHOS/O1 n°2008-305 du 3 octobre 2008 relative aux décrets précités en fait mention :

« Les prises en charge spécialisées en SSR sont de fait plus nombreuses que celles qui sont réglementées, comme par exemple les SSR spécialisés pour la basse vision. Ces activités ne faisant pas l'objet d'une mention réglementaire spécifique devront être prises en compte en tant que de besoin dans le cadre des contrats d'objectifs et de moyens négociés par les établissements autorisés, pour une bonne mise en œuvre dans le cadre des SROS ».

Aussi, au regard des éléments ci-dessus, et par dérogation au principe initialement énoncé, il convient de prévoir la possibilité de créer une implantation de SSR adultes supplémentaire pour la mise en œuvre d'une activité de SSR spécialisés dans la basse vision. Compte tenu de l'offre de consultation existante, de la nécessité de structurer l'aval de celle-ci, et de la vocation régionale de cette activité, il paraît opportun que cette implantation se situe ou que l'offre soit adossée à une implantation située dans le territoire de santé de la Métropole.

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

- Préciser la place des services de SSR dans le dispositif d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient précisé par le décret n° 2010-904 du 2 août 2010.

3. DECLINAISON DES IMPLANTATIONS

3.1 Nombre d'implantations d'activité de soins de suite et de réadaptation

Territoires de santé	Implantations actuelles	Implantations cibles
Artois	26	26
Hainaut	23	23
Littoral ³⁶	17	17
Métropole	31	31 à 32 ³⁷

3.2 Nombre d'implantations pour la prise en charge des enfants ou des adolescents

Territoires de santé	Implantations actuelles	Implantations cibles
Artois	1	1
Hainaut	1	1
Littoral	3	3
Métropole	1	1 à 2

3.3 Nombre d'implantations d'activités de soins de suite et de réadaptation spécialisés

Prise en charge spécialisée des conséquences fonctionnelles des affections de l'appareil locomoteur

Territoires de santé	Implantations actuelles	Implantations cibles
Artois	5	5 à 6
Hainaut	7	7 à 8
Littoral	6	6
Métropole	8	8 à 9

³⁶ L'Hôpital Maritime de Berck-sur-Mer, dépendant de l'AP-HP, n'est pas comptabilisé ici.

³⁷ Dont une devant être dédiée à la prise en charge fonctionnelle de la basse vision

Prise en charge spécialisée des conséquences fonctionnelles des affections du système nerveux

Territoires de sante	Implantations actuelles	Implantations cibles
Artois	5	5
Hainaut	5	5
Littoral ³⁸	5	5
Métropole	8	8

Prise en charge spécialisée des conséquences fonctionnelles des affections cardio-vasculaires

Territoires de sante	Implantations actuelles	Implantations cibles
Artois	3	3 à 4
Hainaut	4	4
Littoral	5	5
Métropole	3	3 à 4

Prise en charge spécialisée des conséquences fonctionnelles des affections respiratoires

Territoires de sante	Implantations actuelles	Implantations cibles
Artois	6	6
Hainaut	3	3
Littoral	4	4
Métropole	5	5

Prise en charge spécialisée des conséquences fonctionnelles des affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien³⁹

Territoires de sante	Implantations actuelles	Implantations cibles
Artois	3	3
Hainaut	3	3
Littoral	2	2 à 3
Métropole	3	3

³⁸ L'Hôpital Maritime de Berck-sur-Mer, dépendant de l'AP-HP, qui détient une autorisation pour cette mention, n'est pas comptabilisé ici.

³⁹ L'Hôpital Maritime de Berck-sur-Mer, dépendant de l'AP-HP, qui détient une autorisation pour cette mention, n'est pas comptabilisé ici.

Prise en charge spécialisée des conséquences fonctionnelles des affections onco-hématologiques⁴⁰

Territoires de sante	Implantations actuelles	Implantations cibles
Artois	1	1 à 2
Hainaut	1	1
Littoral	2	2
Métropole	2	2

Prise en charge spécialisée des conséquences fonctionnelles des affections des brûlés

Territoires de sante	Implantations actuelles	Implantations cibles
Artois	0	1
Hainaut	1	1
Littoral	1	1
Métropole	1	1

Prise en charge spécialisée des conséquences fonctionnelles des affections liées aux conduites addictives

Territoires de sante	Implantations actuelles	Implantations cibles
Artois	3	3
Hainaut	3	3
Littoral	3	3
Métropole	2	2 à 3

Prise en charge spécialisée des conséquences fonctionnelles des affections de la personne âgée poly pathologique, dépendante ou à risque de dépendance

Territoires de sante	Implantations actuelles	Implantations cibles
Artois	12	12 à 13
Hainaut	11	11
Littoral ⁴¹	7	7
Métropole	16	16

⁴⁰ La mention relative à la prise en charge spécialisée des affections onco-hématologiques est restreinte à l'onco-hématologie, c'est-à-dire la prise en charge des hémopathies malignes.

⁴¹ L'Hôpital Maritime de Berck-sur-Mer, dépendant de l'AP-HP, qui détient une autorisation pour cette mention, n'est pas comptabilisé ici.

Prise en charge spécialisée des conséquences fonctionnelles d'une basse vision

Territoires de santé	Implantations actuelles	Implantations cibles
Artois	0	0
Hainaut	0	0
Littoral	0	0
Métropole	0	1

Objectifs en termes d'accessibilité

A ce stade et en l'absence d'un système d'information suffisamment performant, il n'est pas possible de définir de cibles en termes de délais d'admission en service de SSR.

La montée en charge du dispositif de coordination SSR grâce au déploiement complet en 2012 de l'outil « Trajectoire » permettra d'envisager la définition d'objectifs en accessibilité au cours de ce SROS-PRS.

L'outil « Trajectoire » apportera des données fondamentales de suivi des parcours entre services de courte durée et de SSR, une fois son déploiement complet terminé au cours de l'année 2012.

XV. ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX (AVC)

1. ETAT DES LIEUX

Bilan du SROS III

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

Ce volet se décomposait en trois parties distinctes :

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

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

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

2. CONTEXTE

La Commission régionale dédiée à la prise en charge des AVC a élaboré trois cahiers des charges correspondant à l'amont des UNV, à l'organisation de la prise en charge intra hospitalière et à l'aval de l'hospitalisation en UNV.

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

Les premiers lits de soins intensifs destinés à la prise en charge des AVC dans des établissements de santé de la région ont été reconnus dès 2007, permettant ainsi la création de sept UNV. Actuellement, dix UNV existent dans la région. Une onzième devrait l'être d'ici la fin de l'année 2011 sur la Métropole.

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

Mais les filières de prise en charge sont le plus souvent non formalisées ou incomplètement formalisées, à partir des UNV.

La filière la plus structurée est celle de Flandre Lys, décrite dans le rapport national de juin 2009 sur la prévention et la prise en charge des AVC.

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

3. ORIENTATIONS

Le plan national AVC 2010-2014 demande de « *placer l'AVC comme priorité du projet régional de santé* » ;

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

Objectifs opérationnels :

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

Le SROS-PRS reprend en région ces objectifs, qui comprend un programme d'actions opérationnelles découlant de ces quatre orientations :

- Améliorer la prévention et l'information de la population avant, pendant et après l'AVC :
 - Développer la prévention de l'accident vasculaire cérébral ;
 - Informer la population sur l'AVC depuis les signes d'alerte jusqu'à l'accompagnement du handicap ;
 - Développer l'éducation thérapeutique du patient (ETP) ;
 - Poursuivre les actions de sensibilisation du public, en lien avec les associations de patients.
- Mettre en œuvre des filières de prise en charge et les systèmes d'information adaptés :

- Placer l'AVC comme priorité du projet régional de santé et la mettre en œuvre à travers les schémas régionaux de prévention, d'organisation des soins (volets hospitalier et ambulatoire) et d'organisation médico-sociale ;
- Définir le contenu d'une consultation «bilan» post AVC, l'expérimenter et la mettre en œuvre ;
- Organiser la prise en charge des AVC de l'enfant ;
- Déployer et utiliser un système d'information adapté aux enjeux ;
- Conduire des projets pilotes et des expérimentations d'organisation ; permettre leur analyse et leur mutualisation.
- Assurer l'information, la formation et la réflexion des professionnels :
 - Développer les formations relatives à l'AVC pour faire évoluer les compétences des professionnels de santé ;
 - Poursuivre l'élaboration de protocoles opérationnels, de recommandations de pratiques professionnelles, de référentiels nationaux de prise en charge de l'AVC ;
 - Améliorer les pratiques des professionnels de santé ;
 - Développer la réflexion éthique pluriprofessionnelle des acteurs de l'AVC.
- Promouvoir la recherche et veiller aux équilibres démographiques :
 - Soutenir le développement coordonné de plusieurs registres populationnels des AVC ;
 - Contribuer aux travaux sur la régulation de la démographie des professions de santé.

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

XVI. ADDICTOLOGIE

1. ETAT DES LIEUX

1.1 Bilan qualitatif

1.1.1. Rappel des objectifs

- Permettre un recours à des soins précoces et adaptés à chaque personne présentant une pratique addictive ou un usage nocif de substance psycho-active :
 - Organiser, pour la personne en recherche de soins, un parcours à travers une prestation de proximité, un recours spécialisé, ou une hospitalisation (consultations hospitalières externes, articulation avec les CSAPA, pluridisciplinarité et proximité) ;
 - Permettre le repérage précoce des pratiques addictives et de l'usage nocif (équipes hospitalières de liaison en addictologie, avec formation des professionnels hospitaliers, intervention aux urgences, formalisation des modalités d'intervention, inscription aux CPOM des établissements) ;
 - Offrir une prise en charge coordonnée en intra et extra hospitalier (parcours coordonné du patient à partir des consultations hospitalières externes d'addictologie, articulation des interventions, y compris de réinsertion, à partir de la rédaction de conventions inter établissements).

- Assurer la qualité des soins pour les personnes présentant un usage nocif ou une dépendance :
 - Organiser au moins un niveau de recours pour 500 000 habitants avec soins hospitaliers complets pour l'éventuel sevrage, la prise en charge des comorbidités, l'accompagnement thérapeutique (services ou unités dédiés, au personnel dédié et spécifiquement formé, modalités diversifiées d'accueil avec alternatives à l'hospitalisation complète, développement des sevrages et soins résidentiels complexes) ;
 - Garantir la prévention, le dépistage, la réduction des risques, la prise en charge des addictions et des comorbidités dans tous les établissements de santé (respect des recommandations HAS, protocoles et outils de repérage, conventions interservices ou unités, ciblage pour la prise en charge sanitaire des patients présentant des comorbidités) ;
 - Adapter les cadres d'intervention aux spécificités du public jeune (une unité spécifique dans chaque territoire de santé, avec si possible association de l'entourage aux soins) ;
 - Mieux prendre en charge les femmes consommatrices de substances en période de périnatalité (à partir des lieux de soins en addictologie, des maternités et réseaux de périnatalité, des lieux de soins mère-enfant tels que les dyades, ou des lieux d'accueil à vocation sociale, grâce à une équipe mobile) ;
 - Réduire les facteurs de risque de reproduction familiale des addictions (développer le soutien aux conjoints concernés, aux enfants, en articulant les interventions avec l'ensemble des acteurs concernés) ;
 - Offrir une plate-forme de compétences en addictologie pour la formation des acteurs (formation au repérage précoce intervention brève = RPIB des acteurs de la santé en ville, des médecins généralistes et de la santé au travail, former les équipes de maraude).

- Développer les compétences des acteurs de l'addictologie :
 - Développer l'enseignement de l'addictologie dans les trois cycles des études médicales (différencié en fonction des différents cycles d'étude, et comportant l'enseignement du RPIB) ;
 - Ouvrir l'accès au diplôme universitaire d'addictologie pour les professionnels paramédicaux (de façon à obtenir un socle de connaissances permettant la délégation de tâches dans un cadre formalisé garantissant la qualité des soins) ;
 - Intégrer l'actualisation ou l'acquisition des compétences addictologiques dans la formation médicale continue (quel que soit le mode d'exercice des professionnels de santé).

1.1.2. Réalisations

- Structuration en 3 niveaux :
 - Niveau de proximité :
Développement des consultations hospitalières externes de tabacologie et d'addictologie, et couverture de l'ensemble (100%) des structures d'urgences au sens du décret de 2006 par des équipes hospitalières de liaison en addictologie ;
 - Niveau de recours :
Reconnaissance contractuelle de 10 niveaux de recours médecine en addictologie, 2 à 3 par territoire de santé, comportant tous les équipements du niveau de proximité, et en capacité de développer l'activité de sevrage et soins résidentiels complexes, de par la structuration du service ou de l'unité, mettant en œuvre les protocoles et conventions mentionnées dans le volet SROS, et chargés de mettre en place une alternative à l'hospitalisation complète.
Parmi les établissements ayant une activité de psychiatrie 4 sont porteurs de services spécialisés en addictologie ou d'intersecteur d'alcoologie-addictologie : CH de Lens, EPSM Val de Lys – Artois, EPSM de l'agglomération lilloise, CH de St-Amand. Tous ont demandé la reconnaissance contractuelle.
 - Niveau hospitalo-universitaire :
Reconnaissance contractuelle du service d'addictologie du CHRU, comportant les équipements de recours, et ayant mis en place les éléments hospitalo-universitaires de la reconnaissance en termes de formation (création du poste de PU-PH en addictologie, avec existence de la capacité en addictologie pour les médecins depuis le SROS précédent, instauration d'un DU d'études complémentaires de soins infirmiers en addictologie, introduction d'un module addictologie dans le cursus des études médicales), et envisageant la constitution d'une fédération de recherche clinique en addictologie.

- Mise en place de la Commission Régionale Addictions :

6 réunions ont eu lieu permettant l'adoption du Schéma Régional d'Addictologie en 2009, avec la constitution de plusieurs groupes de travail : Outils de la loi 2002-2 (travaux clos), Formation-Recherche dont Profession infirmier en addictologie, qui débouchera prochainement sur l'élaboration d'un protocole de coopération entre professionnels de santé pour le Programme Ambulatoire de Sevrage de Boissons Alcooliques (PASBA), Jeunes, Filières et parcours de soins, Traitements de Substitution aux Opiacés, Valorisation des groupes d'entraide.

L'objectif en est de veiller à la mise en place et au bon fonctionnement du dispositif, et de permettre la concertation afin d'assurer la transversalité et les articulations entre prévention, médico-social (structures spécialisées d'intervention : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie,

Centres d'Accueil, d'Accompagnement et de Réduction des risques des Usagers de Drogues, Appartements de Coordination Thérapeutique, Communauté Thérapeutique), et sanitaire, afin d'assurer la fluidité du parcours du patient.

- Prise en compte des spécificités des jeunes :

Travaux spécifiquement engagés pour les troubles graves des comportements alimentaires par le service d'addictologie du CHRU et le GHICL (St Vincent), avec la mise en place d'un réseau régional et de secteur spécifique d'hospitalisation complète et de jour pour le CHRU, de consultations spécialisées. Conventions pour l'hospitalisation des jeunes toxicomanes

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

Ces actions sont de mise en œuvre difficile malgré l'implication des réseaux de périnatalité. Elles portent sur la consommation de tabac et cannabis, sont moins aisées sur l'alcool. Les acteurs ont tissé des liens, plusieurs maternités bénéficient actuellement des prestations des équipes de liaison en addictologie (recensement en cours). Les professionnels des maternités sont actuellement extrêmement demandeurs, ce qui constitue une avancée certaine. Des outils ont été conçus pour permettre l'abord des questions d'addictions avec les femmes enceintes.

- Mise en place de formations et actions de sensibilisation au RPIB :

Formation depuis 2008 de plus de 200 médecins généralistes et de la santé au travail

Extension de ces formations en 2010 à l'ensemble des professionnels de santé et proposition envisagée aux acteurs sociaux.

Sensibilisation au RPIB pour 300 autres professionnels et étudiants

1.2 Bilan quantitatif

- Création de 9 consultations d'addictologie-tabacologie (CH de l'arrondissement de Montreuil, Calais, Lens, Polycliniques d'Hénin-Beaumont, Liévin, Divion, CFR de Oignies, Clinique A. Paré de Béthune, GHICL-Site de St Vincent) ;
- Renforcements ou créations (4) sur 14 sites des équipes hospitalières de liaison en addictologie et des consultations externes d'addictologie : au CHRU et à la Clinique Mitterie de Lomme, aux CH de Roubaix, Tourcoing, Valenciennes, Maubeuge, Avesnes-sur-Helpe, Douai, Carvin, Dunkerque, Calais, CHAM, Hénin-Beaumont, Bapaume ;
- Reconnaissance contractuelle de 10 niveaux de recours en addictologie : CH de Boulogne-sur-Mer, St-Omer, Hénin-Beaumont, Somain, Clinique Mitterie, Roubaix, Tourcoing, Hazebrouck, Avesnes-sur-Helpe, Le Cateau-Cambrésis (en cours) ;
- Création d'hôpitaux de jour sur 7 sites à Boulogne-sur-Mer, St-Omer et Hénin-Beaumont (en cours), CHRU, Somain, Mitterie, Roubaix ;
- Révision du SROS-SSR et reconnaissance de la spécialisation addictologie de recours pour 10 sites, 1 à 3 par territoire de santé : Hôpital de Zuydcoote, ESPIC L'archipel La Presqu'île de Longuenesse, CH de Carvin, Arras (à Maroeuil), Cliniques les Bruyères à Auberchicourt, Mitterie à Lomme, CH de Roubaix, du Cateau-Cambrésis, d'Avesnes-sur-Helpe (HDJ à Maubeuge), Hôpital départemental de Felleries Liessies ;

Critères d'évaluation portant sur les OQOS et moyens :

Augmentation de la capacité d'hospitalisation de 23% soit 108 lits et places :

La capacité autorisée d'hospitalisation est passée de 469 lits et places en 2006 (319 pour le Nord et 150 pour le Pas-de-Calais) à 577 en 2011 (400 pour le Nord et 177 pour le Pas-de-Calais) passant de 11,7 à 14,3/10⁵hab).

La répartition 2011 par territoire de santé va du Littoral (13/10⁵hab) en passant par le Hainaut (14,5/10⁵ habitants) puis la Métropole et l'Artois (15/10⁵ habitants).

2. CONTEXTE ET ENJEUX

Evolution réglementaire, nouveaux plans :

- Plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007 – 2011 ;
- Préparation d'un nouveau plan de prise en charge et de prévention des addictions ;
- Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008 – 2012 ;
- Préparation d'un nouveau plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies ;
- Schéma régional d'addictologie adopté par arrêté préfectoral du 07 juillet 2009 ;
- Plans départementaux de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2010 – 2012.

La notion d'addictions recouvre les usages de substances psycho actives et les addictions dites comportementales. Il convient de distinguer les pratiques addictives comportant un usage ou comportement simple, à risque ou nocif de la dépendance à laquelle est attaché le terme d'addiction. Cette dernière affection est une maladie nécessitant des soins prolongés. C'est dire l'intérêt d'intervenir avant sa survenue, par la mise en place d'actions de prévention, de repérage et de prise en charge précoce.

Les conséquences des pratiques addictives concernent le sujet, avec nombreuses implications somatiques, psychiques et sociales, son entourage et même la société du fait des délits, accidents ... sous l'emprise de substance ou de compulsion. Le sujet est donc large et nécessite l'implication de nombreux partenaires, dont différents services de l'Etat (Education Nationale, DIRECCTE, DISP, Justice, Forces de l'Ordre et Douanes, ...) et les collectivités territoriales notamment en termes de prévention et/ou de formation.

Concernant les aspects santé, la région Nord Pas-de-Calais est fortement impactée par les pratiques addictives. La mortalité prématurée évitable liée au tabac et à l'alcool représente respectivement 25 et 8 % du total des décès prématurés sur la période 2004 – 2007. En 2009, la région est placée en tête pour le taux comparatif des décès prématurés par cancers des voies aéro-digestives supérieures et œsophage, de même pour les cirrhoses alcooliques du foie, que ce soit pour les femmes ou pour les hommes. Le taux comparatif de mortalité prématuré par cancer de la trachée, des bronches et du poumon (lié au tabagisme) est le plus élevé de France pour les hommes et le plus faible pour les femmes alors même qu'il est en augmentation constante pour ces dernières. Le taux relatif à 1000 personnes de 20 à 39 ans sous traitement de substitution aux opiacés est l'un des plus importants en France.

Les soins hospitaliers sont destinés au public présentant des problématiques récurrentes et des comorbidités somatiques, psychiatriques ou sociales lourdes nécessitant un plateau technique. L'entrée dans le dispositif se fait par le biais de l'adressage en consultations externes lors des demandes de soins, ou à partir de l'action des équipes hospitalières de liaison en addictologie intervenant auprès des patients ayant des pratiques addictives, de passage aux urgences ou hospitalisés pour un autre motif. Un bilan est réalisé et un parcours de soins proposé. Les soins en hospitalisation sont délivrés dans le cadre

de services de court séjour (sevrage simple dans les niveaux de proximité, et sevrage et soins résidentiels complexes dans les niveaux de recours et hospitalo-universitaire) de médecine ou de psychiatrie lorsque ces derniers mettent en place une structure spécifique d'addictologie, et de moyen séjour (services de soins de suite et de réadaptation spécialisés en affections liées aux conduites addictives). Les modalités de délivrance des soins sont diversifiées entre hospitalisation complète et de jour pour les niveaux de recours et hospitalo-universitaire.

Les travaux récents ont montré la nécessité d'une approche commune pour la prise en charge des différents types d'addictions. L'un des enjeux actuel est la nécessaire convergence des orientations thérapeutiques dans les différents lieux de soins en addictologie, avec mise en place de véritables filières de soins. L'accompagnement dans la pluri professionnalité, la durée et la proximité est dévolu au dispositif médico-social en y associant en accord avec l'utilisateur son médecin traitant. La fluidité du parcours de l'utilisateur est une priorité pour éviter les ruptures de soins. Le rôle des associations d'utilisateurs, groupes d'entraide et d'autosupport est également à souligner.

Du fait des conséquences sur la santé et de la mortalité prématurée liées au tabagisme, l'accompagnement au sevrage tabagique est une priorité. Toutefois, les consultations hospitalières externes d'addictologie à orientation tabacologique ont pour vocation d'être généralistes, afin de permettre un bilan complet des addictions d'un patient et de leurs conséquences, puis de proposer une prise en charge adaptée. De même, l'impact des addictions des femmes en période de périnatalité justifie la mise en place de moyens d'évaluation et d'accompagnement spécifiques en lien avec l'ensemble des acteurs concernés. Il en est ainsi pour d'autres types de publics tels que les personnes en situation de précarité, les jeunes et les détenus.

Les actions de réduction des risques, notamment infectieux liés au VIH et aux hépatites, mais aussi risques d'accidents et d'exposition sexuelle, sont des priorités de santé publique, tout comme le repérage précoce des cancers des voies aéro-digestives supérieures et de l'œsophage. La fréquence des comorbidités psychiatriques chez les patients présentant des addictions, les difficultés de prise en charge des addictions chez les patients psychiatriques imposent des relations étroites et l'échange de savoir-faire entre les deux dispositifs de soins concernés. Les orientations suivantes sont proposées en complément de celles du schéma régional d'addictologie 2008 - 2011, du SROMS-PRS et du schéma régional de prévention.

3. ORIENTATIONS

- Développer les coopérations avec les professionnels de santé de premier recours dont les maisons de santé pluri professionnelles (Identification de temps dédiés aux consultations addictologiques).
- Développer les programmes de réduction des risques infectieux et d'échange de seringues en partenariat pharmaciens d'officine et CAARUD.
- Faire connaître les dispositifs de soin en addictologie par la diffusion de l'information sur tous supports adaptés dans les divers lieux d'accueil et de consultations, chez les professionnels de santé libéraux.
- Aider l'utilisateur addict à s'inscrire dans un parcours de soins coordonné (ouverture des droits sociaux, déclaration du médecin traitant).
- Structurer l'offre en ETP concernant les patients porteurs de VIH, d'hépatites B ou C.
- Développer un système de veille et d'alerte en lien avec l'ensemble des acteurs de l'addictologie et du dispositif d'urgences, et l'évaluer.
- Poursuivre la reconnaissance contractuelle des niveaux de proximité et de recours en addictologie.
- Labelliser les filières hospitalières de soins en addictologie dans chaque territoire de santé en fonction de la palette de soins proposés, tant addictologiques que de prévention et prise en charge des comorbidités (recommandations HAS) .
- Installer une consultation d'addictologie hebdomadaire dans chaque UCSA.

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

XVII. PSYCHIATRIE

1. ETAT DES LIEUX

1.1. Bilan qualitatif 2005 - 2010

1.1.1. Rappel des objectifs

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

1.1.2. Réalisations

- Dynamisation de la F2RSM ;
- Amélioration de l'offre de soins, avec développement de l'offre ambulatoire et relocalisations-reconstructions, financement de centres d'accueil et de crise;
- Diminution du taux d'hospitalisation en inadéquation, dynamisation des réseaux précarité santé mentale et des équipes mobiles psychiatrie précarité.

1.2. Bilan quantitatif

Priorisation sur la psychiatrie infanto-juvénile :

- Développement et renforcement d'alternatives à St-Amand, Maubeuge et Arras ;
- Création d'un centre d'accueil et de crise à Camiers ;
- Renforcement du centre de ressources pour l'autisme ;

- Création d'une structure pour adolescents à Wasquehal et d'un espace pour adolescents au CH de Dunkerque ;
- Projet d'un centre éducatif et de soins pour adolescents dans la métropole lilloise, en lien avec le Conseil général du Nord et la protection judiciaire de la jeunesse du Nord.

Ce secteur reste néanmoins fragile.

Psychiatrie générale :

- Renforcement des alternatives à Cambrai, Maubeuge, Jeumont, Bruay-sur-Escaut ;
- Création d'une Structure Alternative d'Accueil Spécialisé (SAAS) à Camiers (les SAAS sont des concepts du Nord Pas-de-Calais sur budgets sanitaires, ayant vocation à prendre en charge « des personnes présentant des troubles stabilisés mais qui ne sont ni ré-insérables, ni susceptibles d'être pris en charge dans le secteur médico-social compte-tenu de leur état de santé. ») ;
- Création de 3 centres d'accueil et de crise à Valenciennes, Douai et Arras, création de 3 équipes mobiles (psychiatrie-précarité à Douai, psychogériatrie à Lille, prise en charge des suicidants à Roubaix) ;
- Restructuration de la psychiatrie générale de la métropole lilloise restant en cours.

Renforcement des postes de psychologues en mission locale à Béthune, Boulogne, Calais, Montreuil, Tourcoing, et dans les Weppes.

Restructuration de la psychiatrie du territoire Métropole (Lille et environs)

Bilan PRISM

22 opérations inscrites au plan réparties sur 20 établissements ; montant total du plan = 105 millions d'€ ; à ce jour, 11 opérations de reconstruction ont été contractualisées pour un montant de 50 millions d'€ et finalisées, 2 en cours de réalisation, 5 autres sont en cours de contractualisation.

En conclusion : 2010 était la dernière année du PRISM; la majorité des opérations étaient alors engagées, avec un effort de la part des établissements pour compenser le différentiel entre l'estimation de 2006 et le coût final.

Critères d'évaluation portant sur les OQOS et moyens :

- Nombre d'implantations par territoire de santé des équipements et services assurant une activité en psychiatrie
- Volume d'activité de soins par territoire de santé
- Rapports d'activité des équipements et services assurant une activité en psychiatrie
- ETP médecins et non médecins rapportés à 10⁵ habitants par territoire de santé

2. CONTEXTE ET ENJEUX

- Plan psychiatrie et santé mentale 2011 – 2015 ;
- Programme national d'actions contre le suicide 2011 – 2015 (juillet 2011) ;
- Évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2005 – 2008 par le HCSP et la Cour des Comptes ;
- Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge – et ses décrets d'application ;
- Rapport IGAS « Analyse d'accidents en psychiatrie et propositions pour les éviter » Dr Françoise Lalande et Carole Delépine, mai 2011.

En région Nord Pas-de-Calais, la mortalité prématurée par suicide représente 9% de la mortalité prématurée évitable régionale, touchant avec une particulière intensité les zones de proximité du Montreuillois, de l'Audomarois et du Cambrésis (taux comparatif régional supérieur de 48,1 % chez les hommes et de 25 % chez les femmes par rapport à la France métropolitaine en 2007– 2009).

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

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

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

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

Le taux standardisé de recours aux soins de la population en 2009 est plus faible qu'en moyenne nationale (-20% en psychiatrie générale et -50% en psychiatrie infanto-juvénile). Il est également à noter le nombre important d'hospitalisations sous contrainte : en 2009, hors détenus, le département du Nord a enregistré 2.995 hospitalisations à la demande d'un tiers (HDT) et 337 hospitalisations d'office (HO) ; celui du Pas-de-Calais a dénombré 1.296 HDT et 136 HO. Le taux d'hospitalisation complète en situation d'inadéquation dans les services de psychiatrie était de 15,4 % au 01/01/2011.

Les enjeux actuels pour la psychiatrie générale seront de pourvoir aux multiples demandes des usagers et des partenaires dans le cadre d'un nouveau contexte législatif, avec de nouvelles procédures et du fait du déficit de la démographie médicale. Ce dernier défi est à relever également pour la pédopsychiatrie, en veillant à mieux articuler les deux dispositifs de psychiatrie avec ceux de leurs partenaires dont le médico-social.

3. ORIENTATIONS

- Prévenir et prendre en charge la souffrance psychique
- Définir avec les partenaires une stratégie régionale de prévention de la souffrance psychique et du suicide (objectifs, populations-cibles, indicateurs, méthodologie d'action) ;
- Améliorer le repérage de la souffrance psychique afin de permettre une intervention précoce (formations-actions d'acteurs-clés auprès des personnes âgées, des enfants, des jeunes, des enfants-adolescents en situation difficile et de leur entourage, des personnes présentant un handicap psychique, et en milieu du travail, en milieu carcéral) ;

- Coordonner les interventions pour l'accès aux soins et soutenir l'entourage (faciliter l'action en réseau, mieux articuler les praticiens de ville et les soins spécialisés de psychiatrie, faciliter l'action des associations d'usagers et de familles, développer l'articulation avec les SAVS, SAMSAH, le futur CreHPsy ;
- Favoriser l'intervention des acteurs de psychiatrie en lien avec ceux des réseaux de périnatalité et de la petite enfance (prise en charge des troubles des interactions précoces, de la dépression et des autres troubles psychiques) ;
- Améliorer l'insertion des personnes présentant des troubles psychiques dans la cité (conseils locaux en santé mentale, GEM, associations d'usagers et de familles, professionnels en santé mentale).

- Organiser le repérage et la prise en charge de l'autisme, des TED et des troubles des apprentissages
 - Renforcer les capacités de prise en charge en psychiatrie infanto-juvénile ;
 - Organiser le repérage et la prise en charge des Troubles Envahissants du Développement (TED) avec les professionnels des secteurs de pédopsychiatrie, de la pédiatrie et des équipes locales médicosociales, en lien avec le centre ressource autisme (CRA) ;
 - Participer à l'évaluation et à la prise en charge des troubles des apprentissages.

- Organiser la prise en charge psychiatrique des adolescents
 - Organiser des réponses spécifiques aux besoins de santé mentale à l'adolescence (CMP, CATT, HDJ, HC) ;
 - Organiser l'articulation entre psychiatrie générale et psychiatrie infanto-juvénile pour développer des conditions de prise en charge adaptées pour les adolescents (Selon le CSP : accueil « enfants et adolescents » en pédopsychiatrie et « principalement âgés de plus de 16 ans » en psychiatrie générale) ;
 - Mettre en place par territoire de santé une ou des filières de prise en charge pour les enfants et adolescents en situation complexe avec des possibilités d'hospitalisation complète.

- Accéder aux soins psychiatriques
 - Améliorer le repérage et la prise en charge des troubles psychiques en pratique de ville (médecins libéraux et professionnels de 1er recours) ;
 - Améliorer la lisibilité de l'offre de soins psychiatriques (faire connaître les adresses des CMP) ;
 - Faciliter la démarche de soins psychiatriques des patients :
 - ✓ Développer l' « aller vers », MG, VAD du personnel de CMP, moyens mobiles en psychiatrie infanto-juvénile et psychiatrie générale
 - ✓ Améliorer les délais d'accès aux soins et aux CMP par le développement d'accueils non programmés
 - Améliorer l'accueil des patients soignés sans consentement (transport, urgences et modalités d'accueil)
 - Améliorer la qualité des soins dans le domaine de la santé mentale (certification, suivi des recommandations HAS, ...)
 - Recenser et déployer des moyens de liaison en psychiatrie dans chaque zone de proximité (filière gériatrique et accueil géronto-psychiatrique, actions d'ETP pour les traitements en psychiatrie, réseaux précarité santé mentale et équipes mobiles psychiatrie précarité).

- Organiser un parcours de soins en sectoriel, intersectoriel, supra sectoriel et régional
 - Mettre en place un groupe de réflexion psychiatrie par territoire de santé, de façon à structurer le dispositif de soins et les coopérations
 - Soutenir l'articulation du partenariat de la psychiatrie au niveau des zones de proximité, en veillant à répondre aux différents besoins de santé psychique des personnes malades
 - Structurer un accueil polyvalent en psychiatrie à partir des CMP et secteurs de psychiatrie, et organiser le recours aux soins spécialisés
 - Améliorer l'accueil des patients sous main de justice (accueil de psychiatrie criminelle et médicolégale, gradation des soins aux détenus)

- Organiser le recours régional en psychiatrie (dont les injonctions de soins)
- Améliorer la démographie des professions de santé en psychiatrie en développant le volet formation (postes de PU-PH, formations initiales, continues, diplômantes telles que master « Santé Mentale », reconnues, tutorat, DPC, ...)
- Promouvoir la recherche (F2RSM, CCOMS), notamment sur les axes de la santé mentale des entrants en détention, de la mortalité prématurée des personnes présentant des troubles psychiques

- Mieux articuler l'action sanitaire, MS et sociale en psychiatrie
 - Établir avec l'ensemble des partenaires un véritable parcours de vie pour chaque patient
 - Promouvoir des actions conjointes dans le domaine de la santé mentale avec les ESSMS (projets de vie, conventions, HAD)
 - Améliorer les prestations de soins psychiatriques dans les ESSMS (mise en place des Équipes de psychogériatrie pour l'évaluation, développer l'HAD ...)

- Réduire la mortalité des personnes présentant des troubles psychiques
 - Améliorer la connaissance des causes de mortalité des personnes présentant des troubles psychiques (recherche, définition d'indicateurs, recueil standardisé de données ...)
 - Mettre en place une stratégie pour améliorer l'espérance de vie des personnes présentant des troubles psychiques (bilans de santé en réaffirmant le rôle du médecin généraliste, examens périodiques ...)
 - Prévenir l'abandon avec VAD du personnel de secteur de psychiatrie, en lien avec les structures sociales et médicosociales ...

- Réduire la mortalité par suicide
 - Fédérer les initiatives régionales en matière de prévention et prise en charge du suicide
 - Prévenir la mortalité par suicide (formations, accueils non programmés dans les CMP et articulation avec les acteurs de l'addictologie)
 - Prendre en charge à distance d'un geste suicidaire (TS) : Mettre en place au niveau régional un dispositif de recontact des personnes ayant réalisé une TS
 - Développer les moyens de prise en charge psychiatrique des personnes en situation de précarité et d'isolement

4. DECLINAISON DES IMPLANTATIONS

ACTIVITE	CONSTATS ⇒ MESURES PRINCIPES REGIONAUX	ARTOIS DOUAISIS				HAINAUT				LITTORAL				METROPOLE FLANDRE INTERIEURE			
PSYCHIATRIE	Développement des alternatives à l'hospitalisation complète ⇒ maintien des objectifs non atteints du SROS III Principe régional : assurer une prise en charge de qualité et de proximité	Psy générale Autorisé/Installé/cible				Psy générale Autorisé/Installé/cible				Psy générale Autorisé/Installé/cible				Psy générale Autorisé/Installé/cible			
		HC	12	11	0 à +2	HC	9	7	0	HC	9	9	0	HC	15	14	0 à +1
		HJ	14	12	0 à +3	HJ	10	9	0 à +2	HJ	10	9	0 à +1	HJ	18	17	0 à +2
		HN	5	5	0 à +2	HN	3	2	0 à +1	HN	1	1	0 à +2	HN	5	5	0 à +4
		PFT	6	5	0 à +2	PFT	5	5	0 à +1	PFT	3	3	0 à +1	PFT	3	3	0 à +1
		AT	14	10	0 à +4	AT	5	5	0 à +8	AT	6	6	0 à +5	AT	18	14	0 à +2
		CC	2	2	0	CC	1	1	0 à +1	CC	1	0	0 à +1	CC	2	2	0 à +1
		CPC	3	3	0	CPC	2	1	0	CPC	1	0	0	CPC	3	2	0
		Psy infanto juvénile Autorisé/Installé/cible				Psy infanto juvénile Autorisé/Installé/cible				Psy infanto juvénile Autorisé/Installé/cible				Psy infanto juvénile Autorisé/Installé/cible			
		HC	4	3	0 à +1	HC	2	1	0 à +2	HC	3	3	0 à +1	HC	5	4	0
		HJ	6	4	0 à +5	HJ	5	5	0 à +5	HJ	6	5	0 à +5	HJ	10	10	0 à +7
		HN	2	2	0	HN	1	1	0 à +1	HN	1	1	0 à +2	HN	0	0	0 à +3
		PFT	1	1	0 à +3	PFT	2	2	0 à +2	PFT	2	1	0 à +2	PFT	2	2	0 à +3
		CC	1	0	0	CC	1	1	0	CC	1	1	0	CC	1	1	0 à +1

XVIII. HOSPITALISATION A DOMICILE

Préambule : rappel sur ce qu'est une hospitalisation à domicile (extrait de la circulaire n°DHOS/03/2006/506 du 1er décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile)

« Le code de la santé publique considère les structures d'HAD comme des alternatives à l'hospitalisation. L'article R. 6121-4 du CSP dispose que les alternatives à l'hospitalisation « ont pour objet d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée... Ces alternatives comprennent les activités de soins dispensées par...les structures dites d'hospitalisation à domicile ». Ce même article précise que « les structures d'hospitalisation à domicile permettent d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes ». Les patients pris en charge dans des structures d'HAD, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissement de santé avec hébergement. Il est important de rappeler qu'une hospitalisation à domicile est donc avant tout une hospitalisation. D'ailleurs l'hospitalisation à domicile peut être prescrite directement par le médecin traitant sans qu'il y ait eu séjour préalable en hospitalisation complète.

Les structures d'HAD sont de fait des établissements d'hospitalisation sans hébergement soumis aux mêmes obligations que les établissements hospitaliers privés et publics : accréditation, sécurité et qualité des soins, lutte contre les infections nosocomiales...

[...]

L'hospitalisation à domicile peut être prescrite lorsque le patient présente des pathologies aiguës ou chroniques qui nécessitent des soins complexes ou d'une technicité spécifique obligatoirement formalisés dans un protocole de soins. La charge en soins est importante en HAD. »

1. BILAN DU SROS III

1.1. Constat général

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

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

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

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

Le bilan des autorisations accordées faisait apparaître, en 2006, un nombre de places autorisées de 651, soit 16 places pour 100.000 habitants. L'objectif initial était donc rempli. Actuellement, 15 implantations d'HAD polyvalentes sont autorisées pour une totalité de 765 places (soit 19,01 places pour 100.000 hab.) et une activité de 7 399 journées/100 000 habitants en 2010⁴². Ces structures sont réparties sur l'ensemble de la région et toutes les zones de proximité sont couvertes. Ceci signifie que toute personne qui le souhaite, et dont l'état de santé le justifie, peut bénéficier d'une hospitalisation à domicile. Le taux de couverture est supérieur au niveau national où le nombre de places autorisées est de 16/100 00 habitants en 2010 ; il en va de même pour l'activité rapportée à la population (5 643 journées/100 000 habitants en France)⁴³.

5 implantations d'HAD sont rattachées à des établissements de santé et 10 correspondent à des établissements de santé autonomes (de statut associatif ou mutualistes). Tous sont adhérents à la FNEHAD.

Le volet HAD du SROS III prévoyait la réalisation d'une évaluation quantitative et qualitative du fonctionnement des services qui pourrait donner lieu, si nécessaire, à une augmentation de l'offre de soins. Celle-ci a été réalisée en 2008 (synthèse jointe en annexe). Les conclusions sont les suivantes : les structures HAD de la région NPDC respectent globalement les conditions techniques de fonctionnement en termes 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.

En France, le rapport de l'IGAS de novembre 2010⁴⁴ indique que sur les 5 contrôles réalisés par l'assurance maladie en 2009, seuls 36% des séjours ne comportaient pas d'anomalie. Ces problèmes résultent surtout des lacunes du système tarifaire (marges d'interprétation dans les définitions et associations des modes de prise en charge notamment).

Nombre d'implantations et activité par territoire de santé

Territoires	OQOS retenus dans le SROS III	implantations existantes au 01/01/2013	Nombre de places autorisées correspondantes	Nombre de journées réalisées en 2010 (PMSI)
Artois	4 à 5	4	175	95 961
Hainaut	4 à 5	3	110	42 392
Littoral	3 à 4	3	180	63 862
Métropole	4 à 5	5	300	95 636
REGION	15 à 19	15	765	297 851

⁴² Rapport d'activité de la FNEHAD 2010-2011

⁴³ Rapport d'activité de la FNEHAD 2010-2011

⁴⁴ « Hospitalisation à domicile » - IGAS – novembre 2010 (2 tomes)

HAD	territoire d'intervention de l'autorisation	porteur	statut du porteur	adresse	nombre de places autorisées	date autorisation
ARTOIS					175	
HAD des pays de l'Artois et du Ternois	ZP Arras	association santélyls	associatif	Béthune et Arras	40	2004 (transfert d'autorisation de l'ADMR à santélyls en 2011)
HAD du Béthunois	ZP Béthune	association d'HAD du secteur sanitaire de Béthune	associatif	Bruay	40	2001 (augmentation capacité en 2004)
HAD Lens	ZP Lens	association santé services	associatif	Lens	55	1993 renouvelée en 2004
HAD du Douaisis	ZP Douai	mutualité française	mutualité	Douai	40	2004
METROPOLE					300	
HAD synergie métropole lilloise	ZP Lille et VNE	GCS : GHICL, CH la Bassée et centre l'espoir	hospitalier ESPIC	Lomme	60	2007
HAD de Flandre intérieure	ZP de Flandre intérieure	CH Hazebrouck	hospitalier public	Hazebrouck	30	2004
HAD Santelys	ZP Lille et VNE	association santélyls	associatif	Loos	120	2003 (extension capacité de 60 à 120 en 2004)
HAD ANAIS	ZP Lille et VNE	Association Santelys	associatif	Roubaix	30	Transfert d'autorisation d'HPM à Santelys en juin 2012
Hopidom	ZP Lille et VNE	CHRU	hospitalier public	Lille	60	2007
LITTORAL					180	
HAD Calais/St Omer	ZP Calais / St Omer	groupement des mutuelles	mutuelle	Calais	60	2004
HAD Flandre maritime	ZP Dunkerque	mutualité française	mutualité	Dunkerque	45	2005
HAD du Littoral	ZP Boulogne/Berck	association	associatif	Berck	75	renouvelé en 2011
HAINAUT					110	
HAD Val de Sambre	ZP Sambre Avesnois	polyclinique Val de Sambre	hospitalier privé	Maubeuge	30	2005
HAD du Hainaut	ZP Valenciennes	AHNAC	hospitalier ESPIC	Valenciennes	40	2005
HAD du Cambrasis	ZP Cambrai	mutualité française	mutualité	Cambrai	40	2004
TOTAL REGION	15 implantations	11 gestionnaires	6 statuts		765	

1.2. Caractéristiques de l'activité régionale

1.2.1. Synthèse de l'enquête régionale réalisée par la DRSM45 en 2008 (voir en fin de volet)

Cette enquête montre que ce ne sont pas les personnes âgées qui y sont prises en charge majoritairement mais les personnes atteintes de cancer (36%) et de maladies neurologiques (10%), d'une moyenne d'âge d'environ 67 ans. Les modes de prises en charge principaux sont les 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. A l'entrée 95,7% des patients étaient adéquats en HAD au regard de leur mode de prise en charge. Cependant au jour de l'enquête 22,3% des prises en charge étaient inadéquates : parmi celles-ci 50% auraient dû être par un SSIAD et 40,8% en secteur libéral.

Les motifs d'inadéquations identifiés pour la région se répartissent de la manière suivante :

- 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.

Cette enquête a été réalisée dans un contexte de montée en charge des HAD. Elle a démontré que les perspectives de développement en termes d'offre de soins devaient être retravaillées en tenant compte du taux d'inadéquations en cours de prise en charge.

5 ans après cette étude, il serait intéressant de la réitérer afin de suivre qualitativement l'évolution de l'activité des HAD de la région.

1.2.2. Données d'évolution d'activité de production de 2009 à 2011 (source : FNEHAD)

La comparaison de l'activité en journées entre 2009 et 2010 fait apparaître une progression de 6% au niveau régional, pouvant s'expliquer notamment par la montée en charge de l'activité de certaines HAD (2 d'entre elles n'étaient pas encore ouvertes au moment de l'enquête DRSM réalisée en 2008).

La progression est très faible entre 2010 et 2011 (0,6%). Cependant, elle laisse apparaître des disparités entre les territoires de santé, à savoir : +2,8% sur le Littoral et - 2,7% sur l'Artois Douaisis. Il serait nécessaire de réaliser une étude approfondie pour expliquer ces différences. L'enquête régionale suscitée apportera aussi des réponses.

⁴⁵ Evaluation médicale des structures d'HAD, région Nord Pas de calais, DRSM, juin 2008

Territoire de Santé	Evolution d'activité 2010/2009		Evolution d'activité exprimée 2011/2010	
	journées	%	journées	%
ARTOIS - DOUAISIS	-5 404	-1,8%	-7 972	-2,7%
HAINAUT - CAMBRESIS	329	0,1%	1 454	0,5%
LITTORAL	18 174	6,1%	8 269	2,8%
METROPOLE	4 833	1,6%	-82	0,0%
Région Nord Pas de Calais	17 932	6,0%	1 669	0,6%

1.2.3. Données PMSI de 2010 (source ARS)

L'âge moyen des patients est de 64 ans dans la région contre 60,7 ans en France. A noter que cette moyenne d'âge est calculée sur l'ensemble de la population dont les prises en charge des nouveaux nés.

En 2010, le mode de prise en charge (MPC) le plus fréquent en terme de journées est « soins palliatifs » : le pourcentage régional (39,81%) est très supérieur au pourcentage national (25,9%) ; les soins palliatifs représentent par ailleurs 35,10% des séjours réalisés par les HAD de la région (contre 18% au niveau national).

On trouve ensuite les pansements complexes pour 19,43% des journées (contre 20,6% en France) et la nutrition entérale pour 8,74% des journées (contre 3,45% en France), alors qu'au niveau national le 3^{ème} MPC correspond aux soins de nursing lourds (9,6% contre 6,74% dans la région).

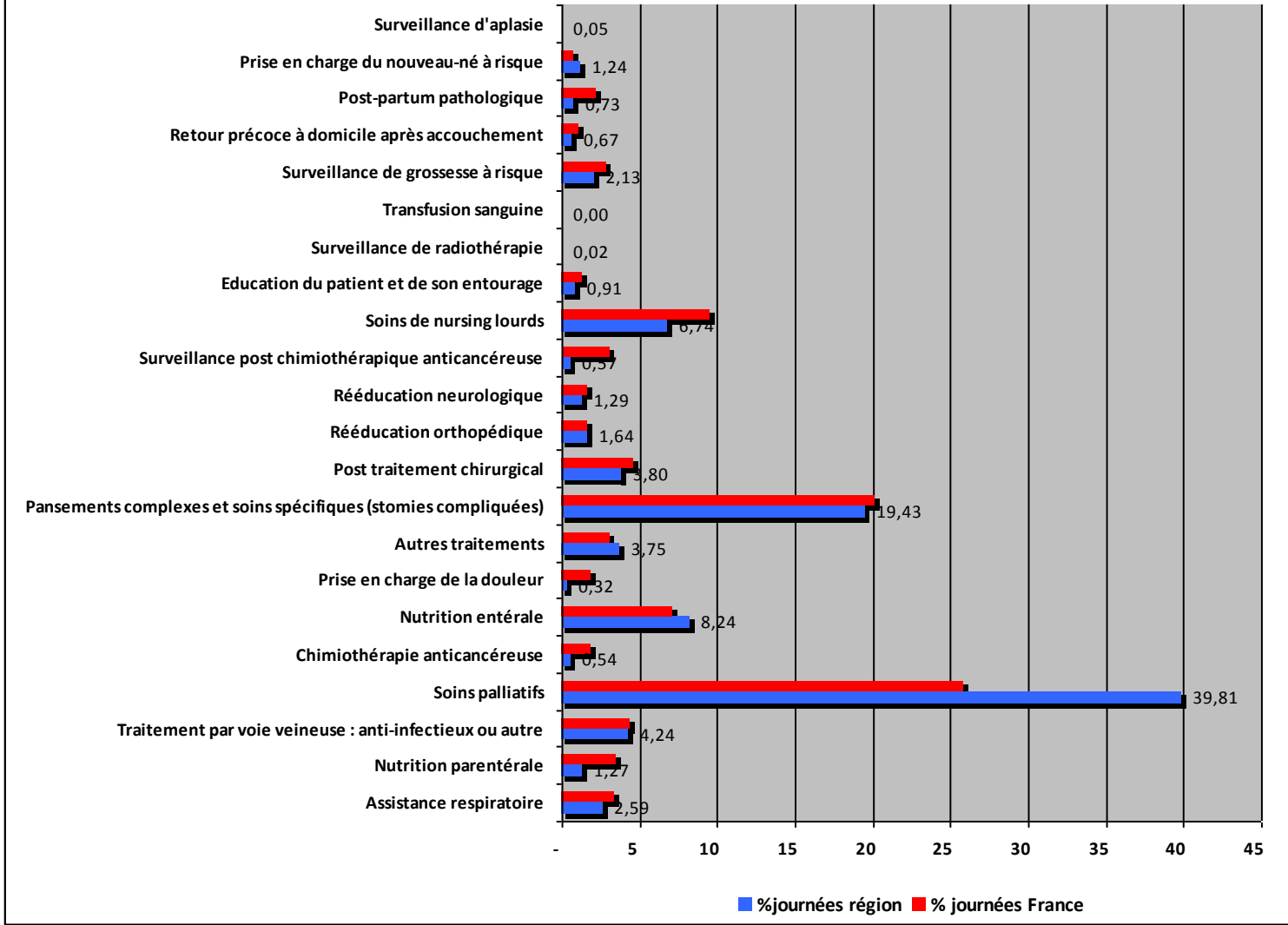
En termes de séjours, dans la région, les plus fréquents sont représentés par la prise en charge des soins palliatifs (35,1%des séjours), les pansements complexes (11,1%) et les traitements intraveineux (8,3%). En France, les 2 premiers motifs de séjours sont les mêmes qu'en région et le 3^{ème} est représentée par le post partum pathologique.

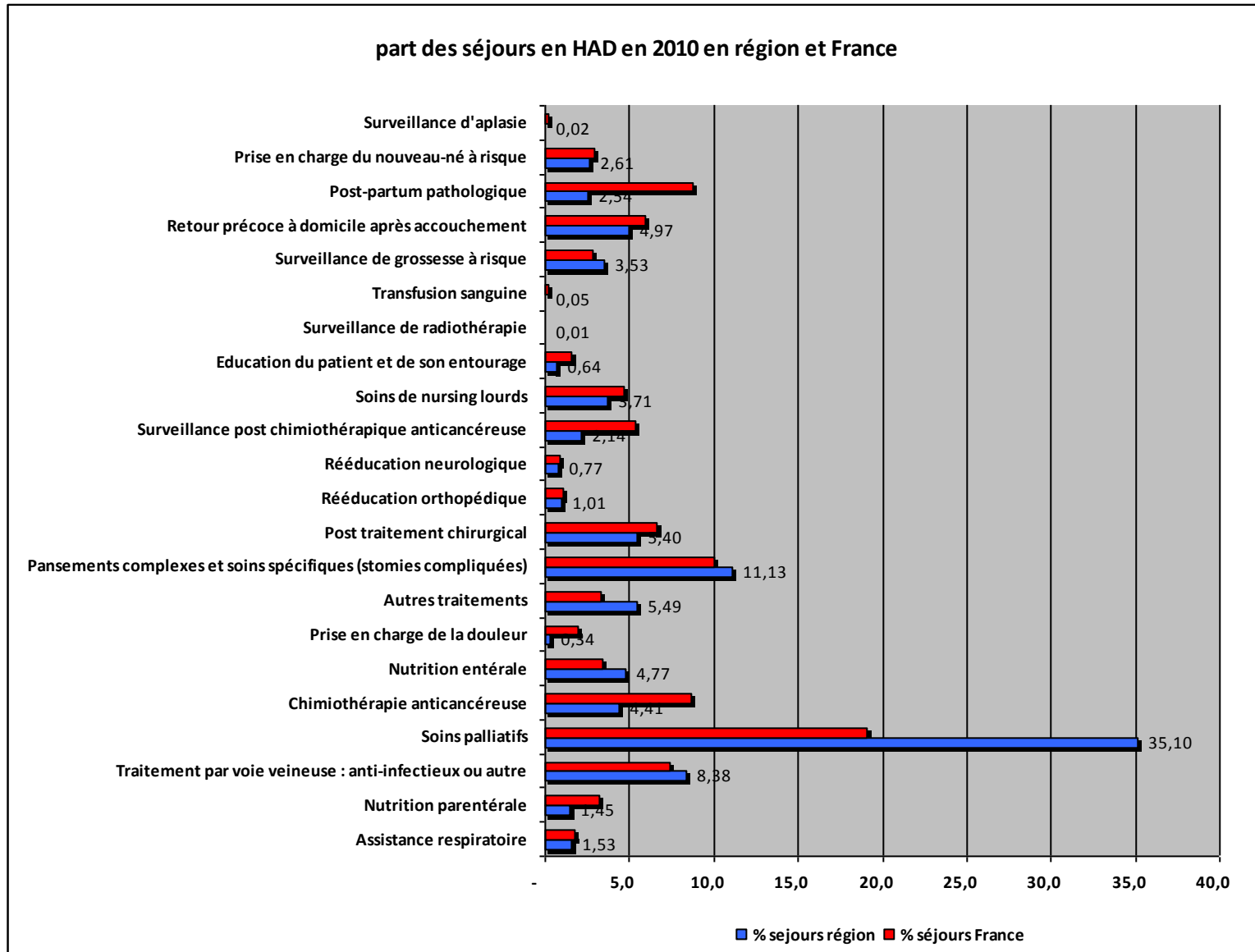
Globalement, dans quasiment tous les modes de prises en charge, les durées moyennes de séjour de la région sont plus importantes qu'en France. Ceci est particulièrement vrai dans les modes de prises en charge les plus fréquents :

- pansements complexes : 51,7 jours contre 45 en France
- soins de nursing lourds : 53,9 contre 44
- nutrition entérale : 51,1 contre 47
- soins palliatifs : 33,6 contre 30

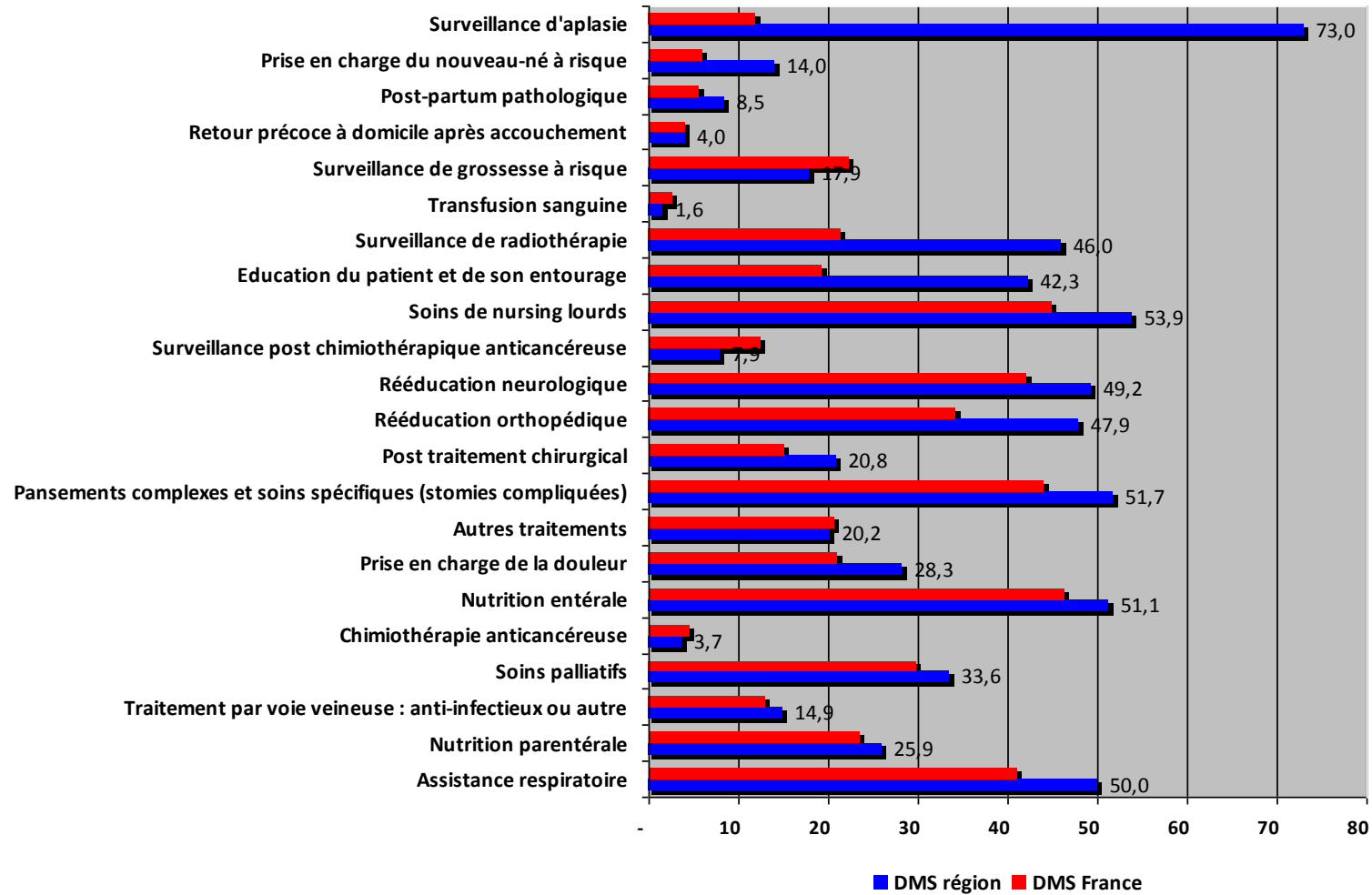
Pour ces pathologies, une problématique liée à des difficultés de prises en charges gériatriques ne peut expliquer ces durées moyennes de séjour puisque la moyenne d'âge des patients pris en charge est inférieure à 70 ans, sauf pour les soins de nursing lourds où elle est de 74 ans environ.

part des journées réalisées en HAD en 2010 - région et France

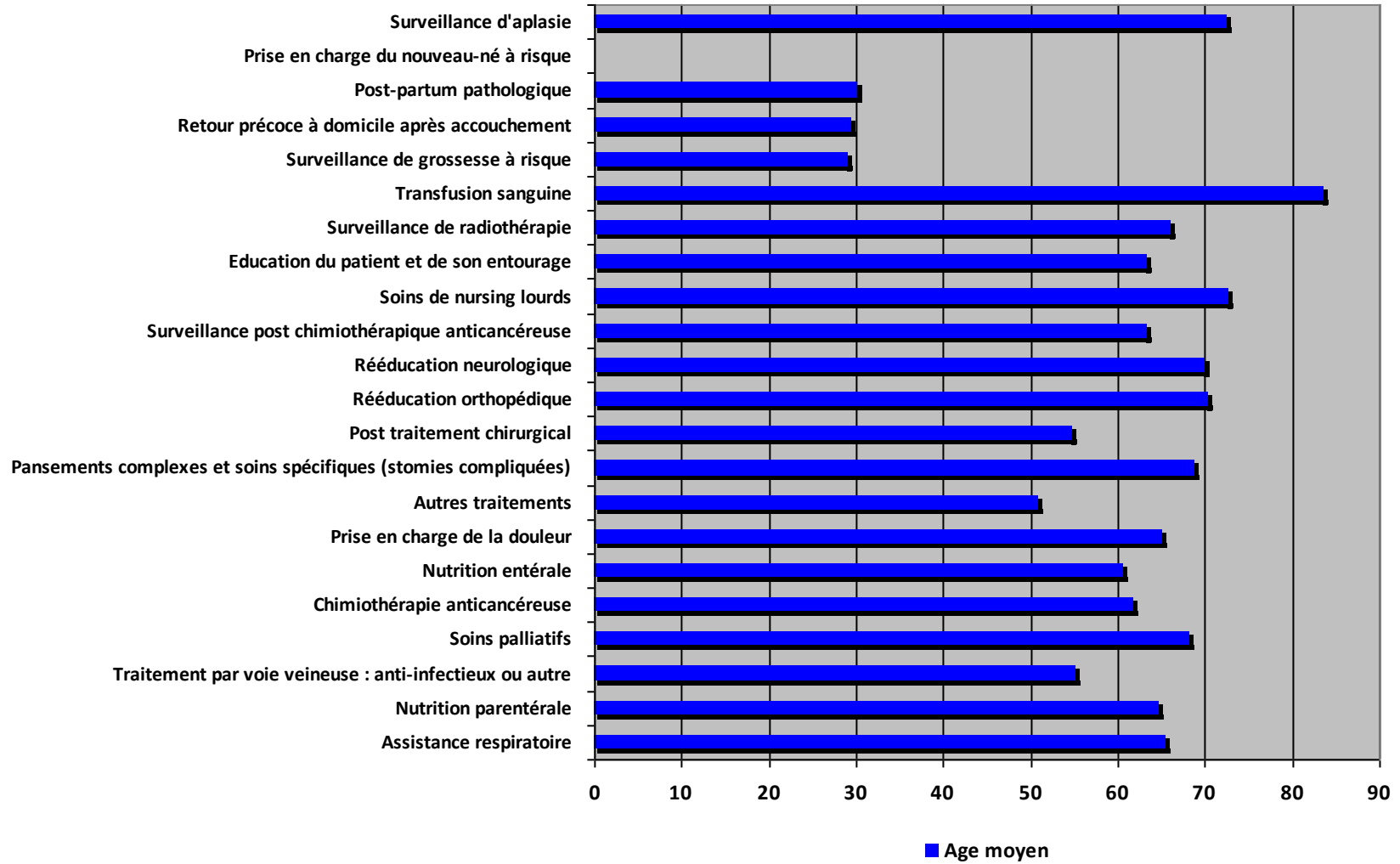




répartition de la DMS selon les modes de prise en charge en HAD - 2010 région et France



Age moyen en fonction des modes de prise en charge en HAD en 2010



1.3. Problématiques spécifiques soulevées par l'activité d'HAD polyvalente

1.3.1. HAD, continuité et permanence des soins

Rappel de la réglementation

- article D6124-309 du code de la santé publique

« Les établissements d'hospitalisation à domicile sont tenus d'assurer la permanence et la continuité des soins, y compris les dimanches et les jours fériés. Ils garantissent aux patients qu'ils prennent en charge leur transfert, en cas de nécessité, dans un établissement de santé accueillant en permanence des patients dans les disciplines de médecine et de chirurgie. Dans la cas où l'établissement d'hospitalisation à domicile ne relève pas d'un établissement comportant les disciplines susmentionnées, il est tenu de conclure une convention avec un autre établissement de santé doté de telles disciplines. »

- circulaire n°DHOS/03/2006/506 du 01/12/2006 relative à l'HAD

« Selon l'article D6124-309 du CSP, les structures d'HAD sont tenues d'assurer la permanence et la continuité des soins et fonctionnent 24h/24 et 7j/7 pour répondre à l'ensemble des besoins en soins des patients pris en charge. L'organisation de cette permanence doit être précisée dans le règlement intérieur de la structure...ni le SAMU, ni les structures d'urgence n'ont vocation à suppléer l'HAD pour la prise en charge de la permanence des soins. »

Cette obligation doit être incluse dans les CPOM.

Constat et préconisations du rapport « Hospitalisation à domicile » de l'IGAS (novembre 2010) :

Le rapport de l'IGAS de novembre 2010 rappelle la réglementation citée ci-dessus. Il constate néanmoins, pour les HAD, « des difficultés à assurer la permanence des soins ». Il rappelle ainsi que « certaines ARH ont eu une lecture stricte de la circulaire du 1^{er} septembre 2006 refusant toute intégration du SAMU et/ou de structure type SOS médecins dans le dispositif mis en place par l'HAD pour assurer la permanence des soins ; d'autres l'acceptant sous réserve que celles-ci fassent l'objet de convention formelle. De fait une ambiguïté existe quant à l'obligation pour l'HAD d'intervenir en urgence directement au domicile du patient. » Il constate que toutes les HAD rencontrées dans le cadre de l'élaboration du rapport ont mis en place au minimum une astreinte téléphonique paramédicale avec ou sans intervention possible au domicile du patient ; que certaines HAD ont mis en place une astreinte médicale de 1^{ère} ligne assurée par un médecin de l'HAD, que, pour d'autres, cette astreinte est de seconde ligne sur appel de l'infirmier d'astreinte ; que cette astreinte médicale a pour objectif le conseil, l'aide à la décision et à la régulation, mais qu'elle ne comporte que très exceptionnellement la possibilité d'intervention à domicile ; que plusieurs HAD, essentiellement celle rattachées à un établissement de santé, ont passé des conventions avec le SAMU – centre 15 en lui fournissant a minima la liste de leurs patients et parfois un dossier médical.

Sur la base de ce constat, l'IGAS préconise d' « encadrer et harmoniser la permanence des soins en l'adaptant au type de prise en charge ». Pour l'IGAS, cela signifie que :

« Les modalités concrètes de l'organisation mise en place par l'HAD pour assurer la permanence des soins doivent être fixées par les ARS dans le cadre des contrats d'objectifs et de moyens en fonction du contexte local. Il convient de tenir compte de la spécificité de certaines activités hautement spécialisées telles que la prise en charge des grands prématurés.

Un socle minimum commun doit être arrêté par le niveau national. Celui-ci doit consister en :

- une astreinte d'un infirmier salarié de l'HAD, dans la mesure du possible infirmier coordonnateur, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, astreinte téléphonique et intervention sur place si nécessaire ;
- une astreinte téléphonique d'un médecin salarié de l'HAD pour conseil, aide à la décision et à la régulation sur appel de l'infirmier d'astreinte ;
- convention avec le centre 15 qui doit disposer au moins de la liste nominative des patients pris en charge par l'HAD avec indication de leur(s) pathologie(s).

Au-delà de ce socle minimum, selon les possibilités et organisations locales, une implication plus importante peut être demandée par les ARS et mise en place par l'HAD telle qu'une astreinte téléphonique médicale de première ligne avec ou sans intervention au domicile du patient. »

Guide de l'Haute Autorité de Santé (HAS) pour la visite en établissement d'hospitalisation à domicile (octobre 2011) :

Dans la fiche thématique n°5 de son guide pour la visite en établissement d'HAD, consacrée à la permanence des soins et à la prise en charge des urgences, l'HAS rappelle que « L'HAD doit garantir la continuité des soins et assurer au patient 24h/24 :

- un accès téléphonique à un professionnel de l'HAD
- la visite d'un professionnel paramédical au domicile
- un avis médical
- un accès à une consultation médicale par tout médecin ou structure assurant la permanence médicale des soins.

En revanche, la prise en charge des soins non programmés et des urgences est coordonnée par l'HAD mais n'est pas effectuée directement par la structure. »

Elle rappelle par ailleurs la nécessité pour les établissements d'HAD de conclure des conventions avec des structures spécifiques pour la prise en charge des patients nécessitant une intervention médicalisée rapide (SOS médecins, SAMU...) et le rôle du médecin traitant.

L'enquête départementale menée en lien avec la régulation 62 C15/CRRAL sur 2 mois en 2011

Environ 300 patients sont pris en charge en hospitalisation à domicile par jour dans le Pas-de-Calais. Le médecin traitant, pivot de la prise en charge, assure la continuité des soins médicaux et la permanence des soins comme pour tout patient traité à domicile. Le médecin coordonnateur coordonne l'organisation du service d'HAD et la prise en charge sur la base d'un projet thérapeutique partagé avec le médecin traitant. Pendant la période de permanence des soins, les urgences et les événements non programmés relèvent de la responsabilité du médecin traitant ou de la régulation libérale (CRRAL62) si celui-ci n'est pas disponible, et du Centre 15 en cas de détresse vitale. Des dysfonctionnements sont apparus entre les deux structures lors des appels à la régulation, générés en partie par des malentendus quant aux missions de chacun.

Une enquête a par conséquent été menée, en 2011, dans le Pas-de-Calais, sur les appels à la régulation libérale et au centre 15 pour des patients en hospitalisation à domicile.

Celle-ci a révélé qu'un certain nombre d'appels ont été effectués par les familles directement aux différentes régulations sans que la structure HAD dont relevait le patient en ait été informée. D'autre part, plusieurs appels d'une même structure ont pu être enregistrés simultanément ou transférés d'une régulation à l'autre. Les appels à la régulation étaient effectués en dehors des horaires de la PDS ambulatoire pour 26% d'entre eux et 25% d'entre eux étaient adressés au SAMU C15.

1.3.2. Circuit des produits de santé

Deux types d'organisations :

Le circuit des produits de santé prescrits est organisé pour chaque patient après avis du médecin coordonnateur.

a/ Les HAD avec PUI (pharmacie à usage interne), pour lesquelles le pharmacien gérant de la PUI est destinataire de l'ensemble des prescriptions établies dans le cadre des soins à domicile dispensés aux patients par l'établissement de santé.

Il est possible :

- soit de recourir à la PUI
- soit à une pharmacie d'officine, depuis le décret n° 2010-1228 du 19 octobre 2010 et la circulaire DGOS / PF2/2011/290 du 15/7/2011, grâce à une convention conclue avec un pharmacien titulaire d'officine, et lorsque cela permet la simplification ou l'amélioration de l'organisation ou la qualité du service rendu au patient. La convention reprend alors les obligations respectives du titulaire de l'officine et de l'établissement HAD.

Les avantages de disposer d'une PUI résident dans la maîtrise qu'elle apporte :

- sur le circuit du médicament,
- sur la qualité pharmaceutique et l'analyse critique de l'ordonnance,
- en matière de coûts, de vigilances et de traçabilité.

Cependant, cette modalité est également source de difficultés :

- nécessité de récupérer l'information au domicile (ordonnance du médecin traitant), ce qui implique la mise en place de dispositifs de télécommunications (télécopie, informatique) au domicile du patient ;
- coûts de l'infrastructure que représente une PUI ;
- lourdeur de la gestion de l'approvisionnement depuis une PUI pour le développement d'une activité au-delà des zones urbaines.

Les HAD avec PUI de la région sont toutes adossées à des établissements de santé disposant de services d'hospitalisation complète ; 2/5 sont situées sur la métropole : HAD Synergie (GHICL), et Hopidom (CHRU) ; hors Métropole, on trouve les HAD du CH HAZEBROUCK, du Hainaut (AHNAC) et du Val de Sambre (polyclinique du Val de Sambre).

b/ Les HAD sans PUI, pour lesquelles les médicaments et produits de santé sont détenus et dispensés :

- soit sous la responsabilité du médecin coordonnateur
- soit sous la responsabilité d'un pharmacien d'officine qui a signé une convention avec l'HAD.

Bien que sans PUI, des HAD se sont attachées du temps pharmacien.

En fonction de la nature des médicaments et produits de santé, la structure HAD peut s'approvisionner auprès d'autres établissements (art R5126 -112, 113 et 114 du CSP) :

- La délivrance des *médicaments réservés à l'usage hospitalier* peut se faire directement auprès des entreprises pharmaceutiques sur commande du médecin coordonnateur ou du pharmacien d'officine ayant passé convention avec l'HAD ou par convention, auprès d'une pharmacie à usage intérieur
- La délivrance des *spécialités pharmaceutiques reconstituées (chimiothérapies)* ou préparations magistrales peut se faire auprès d'une PUI d'un établissement de santé autorisée à elle-même à sous-traiter.

Le choix de ne pas recourir à la mise en place d'une PUI est guidé d'une part par la taille « modeste » de la plupart des établissements d'HAD qui n'auraient sans doute pas la capacité d'absorber les coûts d'infrastructure d'une PUI et d'autre part par le souhait de conserver un lien fort avec les professionnels libéraux.

Par ailleurs, en pratique, les entreprises pharmaceutiques ne sont pas intéressées par le fait de livrer des stocks qui sont souvent très faibles et refusent souvent de délivrer des médicaments à un médecin coordonnateur.

Pour les 2 types de structures, la gestion à distance des informations est complexe :

- Pour les HAD avec PUI : récupération de l'information au domicile (ordonnance du médecin traitant) qui nécessite la mise en place de dispositifs de télécommunications (Fax, informatique) au domicile du patient ;
- Pour les HAD sans PUI : concentration de l'information sur support unique, difficultés quand le patient est pris en charge à la demande de prescripteurs hospitaliers pour soins aigus, mais également suivi au domicile par son médecin traitant pour sa ou ses pathologies chroniques.

Le développement d'une politique de qualité est opéré dans les 2 types de structures engagées dans les CBU (contrats de bon usage du médicament) et les démarches de certification :

-les HAD avec PUI répondent au CBUMPP des établissements de santé MCO

-les HAD sans PUI répondent au CBUMPP spécifique, dont les indicateurs ont été redéfinis et négociés en 2011 pour la période 2011-2015.

Les HAD sans PUI, réunies en COMEDIMS avec la participation de l'OMEDIT, ont travaillé à :

- la conception d'un support unique de prescription /administration,
- l'élaboration d'une convention-type entre elles mêmes et les professionnels libéraux,
- l'information et la sensibilisation des professionnels libéraux aux exigences de qualité qui s'imposent,
- des démarches communes d'audits de dossiers et d'EPP,
- des démarches d'assurance qualité des circuits (T° dirigée).

Au titre des CBU, les HAD bénéficient du remboursement à 100% des dépenses de molécules onéreuses ; celles-ci sont déclarées via le PMSI. Les dépenses déclarées étaient de : 980 397 € au titre de 2010 et 1 455 579 € au titre de 2011. L'évolution constatée s'explique par la tendance à la prise en charge, en HAD, de patients justiciables de traitements chroniques très coûteux, de produits de la réserve hospitalière (médicaments des déficits enzymatiques).

Enfin, il faut noter qu'à ce jour, la grande majorité des chimiothérapies injectables ne sont opérées que pour les seules HAD adossées aux ES publics (CHRU et CH Hazebrouck), l'obtention des chimiothérapies reconstituées nécessitant l'élaboration de convention de sous-traitance et la garantie du circuit T° dirigée, sur lequel des responsables qualité des HAD ont travaillé en concertation avec des pharmaciens hospitaliers.

1.3.3. Participation des HAD aux systèmes d'informations partagées

Les établissements et structures d'HAD ont longtemps été confrontés à l'inadaptation des systèmes d'information hospitaliers, compte tenu des spécificités de leurs activités et de leurs organisations. C'est la raison pour laquelle la FNEHAD et le GMSIH ont publié en 2009 un Livre Blanc sur l'HAD et les systèmes d'information, qui propose un schéma de développement très ambitieux.

Les établissements et structures d'HAD du Nord – Pas-de-Calais se trouvent dans une situation comparable à celle de leurs homologues dans d'autres régions : s'agissant de structures autonomes, elles peinent à dégager les ressources suffisantes pour développer un système d'information performant. Les HAD rattachées à un établissement de santé peuvent, quand à elles, bénéficier du SIH de l'établissement, mais il est en général peu ergonomique et peu approprié pour les activités d'HAD.

Les établissements et structures d'HAD du Nord – Pas-de-Calais n'ont pas pu engager de projets de système d'information dans le cadre du plan Hôpital 2012, et par suite, n'ont pas capté les aides qui pouvaient en découler.

Il apparaît désormais nécessaire d'intégrer trois aspects essentiels pour le développement des systèmes d'information en HAD :

a/ Le Dossier Médical Personnel

L'entrée en service du Dossier Médical Personnel en janvier 2011 (DMP v1) constitue un événement important. Même si le déploiement du DMP en Nord – Pas-de-Calais sera une opération de longue haleine, mobilisant de nombreux acteurs, il apparaît essentiel que les structures d'HAD y prennent toute leur place, qu'elles encouragent les patients qu'elles prennent en charge à disposer du DMP, et qu'elles saisissent l'opportunité du DMP pour renforcer la coordination de leurs professionnels, ainsi que la coordination et la continuité des soins entre l'HAD et d'autres acteurs de l'offre de soins (ambulatoire ou établissements de santé).

Un accompagnement spécifique des structures d'HAD autour du déploiement du DMP, par le GCS MATISS (maîtrise d'ouvrage régionale en systèmes d'information), sera un facteur favorable pour l'appropriation de ce dispositif par les professionnels.

b/ La Télémedecine

Depuis la Loi HPST (juillet 2009 – décret d'application octobre 2010), la télémedecine dispose d'un cadre juridique et organisationnel précis. De plus, elle bénéficie de l'engagement des pouvoirs publics pour son déploiement, matérialisé notamment par les programmes régionaux de télémedecine inclus dans les projets régionaux de santé, et par des ressources significatives.

Cinq priorités ont été définies pour le déploiement de la télémedecine, dont l'HAD.

La téléconsultation et la télésurveillance sont vraisemblablement les actes de télémedecine les plus utiles en situation d'hospitalisation à domicile.

Compte tenu des caractéristiques des projets de télémedecine (infrastructures, nature des équipements, ...), il apparaît nécessaire d'envisager leur développement dans une approche mutualisée, autour de quelques thématiques d'intérêt commun.

c/ Le Programme Hôpital Numérique

Le programme Hôpital Numérique peut permettre aux structures HAD de la région de bénéficier des ressources financières propres à favoriser le développement de leur SIH. Sa mise en œuvre est moins contraignante que le programme Hôpital 2012 (pas d'instruction nationale des projets avant inscription au plan) et les indicateurs de résultats définissent clairement les conditions à réaliser pour obtenir les financements (principe du financement à l'usage).

A partir d'une analyse de l'état du système d'information de chaque HAD de la région, il apparaît souhaitable de favoriser des projets mutualisés entre plusieurs structures ou établissements d'HAD, de nature à mobiliser les ressources et les compétences qui assureront le bon achèvement de ce type de projets.

1.4. Les différents modes de prise en charge

1.4.1. Rappel des caractéristiques de l'HAD polyvalente (circulaire n°DHOS/03/2006/506 du 01/12/2006 relative à l'HAD)

« une des caractéristiques fondamentale des HAD tient au fait qu'elle prend en charge des malades polyopathologiques ce qui rend incontournable son caractère généraliste ou polyvalent. L'existence de lits « dédiés » est un obstacle à la flexibilité recherchée des services d'HAD. Il ne doit donc pas y avoir d'HAD spécialisée. »

1.4.2. Soins palliatifs

Développer la coordination des professionnels : un enjeu national

Les soins palliatifs ont fait l'objet de plusieurs programmes nationaux. Le dernier, le programme de développement des soins palliatifs 2008-2012, est essentiellement axé sur :

- le développement de l'offre hospitalière à travers la reconnaissance des unités de soins palliatifs (USP) et des lits identifiés de soins palliatifs (LISP) ;
- le développement des soins palliatifs dans les EHPAD avec l'appui des équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP)
- la mise en œuvre d'une politique de formation pour l'ensemble des personnels intervenant dans les établissements de soins, dans les structures médico-sociales et au domicile
- l'organisation de l'accompagnement des proches.

Le programme national ne définit pas de mesure spécifique pour l'intervention des HAD en soins palliatifs.

En revanche, le bilan d'étape⁴⁶ réalisé à mi-parcours du programme reconnaît la place des HAD dans le développement des soins palliatifs à domicile. Ce mode d'hospitalisation constitue une réponse à une demande croissante de prise en charge à domicile. Elle comporte néanmoins des limites. Elle peut en effet générer de la fatigue et de l'angoisse chez les aidants, voire un épuisement rendant impossible le maintien à domicile. Certaines prises en charge justifient par ailleurs le recours à un plateau technique hospitalier.

Le bilan d'étape réaffirme également que la prise en charge des personnes en fin de vie doit constituer une préoccupation des acteurs de terrain. Le rapport met l'accent sur la nécessité pour les acteurs de santé du domicile d'organiser un parcours de soins coordonné pour garantir la transversalité et la pluridisciplinarité des prises en charge. Ceci pose la question des interfaces entre HAD, établissements hospitaliers, établissements d'hébergement pour personnes âgées et handicapées, SSIAD et professionnels libéraux.

Or, force est de constater que les différents circulaires sur l'organisation des soins palliatifs⁴⁷ et sur l'hospitalisation à domicile⁴⁸, manquent de lisibilité sur les missions dévolues aux différents acteurs du domicile. C'est ainsi que des missions de coordination et de formation sont à la fois confiées aux réseaux de soins palliatifs mais aussi aux HAD sans qu'il y ait une définition précise du rôle de chacun. Comme le souligne le référentiel des soins palliatifs spécifique

⁴⁶ Etat des lieux du développement des soins palliatifs en France en 2010 établi par le Pr Régis AUBRY

⁴⁷ Circulaire DHOS du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs

⁴⁸ Circulaire DHOS du 1^{er} décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile

aux HAD annexé à la circulaire de mars 2008, ceci est lié à l'impossibilité de définir une organisation type tant les organisations existantes sur le terrain sont diversifiées. La répartition de l'offre en soins palliatifs dans la région confirme cette diversité d'organisation : 1/3 des zones de proximité ne sont pas couvertes par un réseau de soins palliatifs ; l'investissement des EMSP dans les établissements médico-sociaux est variable d'une équipe à l'autre.

Une progression rapide et continue des soins palliatifs en HAD

Depuis plusieurs années, l'activité de soins palliatifs des HAD, en France, s'accroît de façon importante. Entre 2005 et 2008, le nombre de séjours et de journées a été multiplié par deux⁴⁹. Le développement des structures HAD pendant cette même période peut expliquer, en partie, ce constat.

A partir de 2008, le nombre d'HAD a progressé plus modestement. Néanmoins, une poursuite de l'augmentation de l'activité de soins palliatifs est encore observée entre 2008 et 2010 : + 43% du nombre de journées et + 45% du nombre de séjours⁵⁰. C'est ainsi qu'en 2010, les soins palliatifs représentent 26% des journées et 19% des séjours réalisés par l'ensemble des HAD.

La même évolution est observée dans la région et de façon plus marquée encore :

- Une hausse des prises en charge en soins palliatifs qui représentent, en 2010, le MPC le plus fréquent avec 40% des journées d'hospitalisation et 35% des séjours réalisés par les 15 HAD de la région ;
- Une concentration de l'activité de soins palliatifs sur plusieurs établissements : sur les 15 HAD, 4 présentent une activité en journées d'hospitalisation inférieure à la moyenne nationale ; à l'inverse, 3 HAD présentent une activité de soins palliatifs très élevée (de 53% à 65% des journées réalisées concernant des soins palliatifs) ; 8 HAD figurent parmi les 32 établissements qui concentrent 50% des journées réalisées en soins palliatifs sur le plan national⁵¹.

Ce constat suscite des interrogations :

- Le codage de l'activité est-il conforme aux règles de tarification à l'activité ?

Les résultats des contrôles exercés antérieurement tendent à montrer l'existence d'anomalies. Il ressort ainsi de l'étude régionale réalisée en 2008 un taux d'inadéquation de 22% au jour de la coupe. L'exercice de contrôle T2A effectué en 2010 montre que 2/3 des dossiers analysés présentent des anomalies.

- Comment expliquer le poids de l'activité de soins palliatifs des HAD dans notre région alors qu'elle figure parmi les régions les mieux dotées en lits de soins palliatifs ?

Le Nord - Pas-de-Calais dispose, à ce jour, de 22 USP, de 229 LISP répartis dans 50 établissements et de 22 EMSP. Elle se situe en 2^{ème} position derrière le Limousin en termes de densité en lits de soins palliatifs (USP + LISP). Le développement des soins palliatifs en HAD n'est donc pas lié à une offre hospitalière insuffisante. Par ailleurs, les HAD qui présentent l'activité en soins palliatifs la plus élevée sont implantées dans des zones disposant d'un panel d'équipements diversifié (USP, LISP, réseau et EMSP).

- L'accroissement de l'activité en soins palliatifs ne va-t-il pas à l'encontre du principe de polyvalence qui doit caractériser l'HAD ?

⁴⁹ Rapport sur l'HAD réalisé par l'IGAS et publié en décembre 2010

⁵⁰ Rapport d'activité de la FNEHAD 2010-2011

⁵¹ Rapport HAD 2010 réalisé par l'ATIH

La circulaire de décembre 2006 réaffirme le caractère polyvalent et généraliste de l'HAD. Si les structures peuvent développer des compétences ou des expertises particulières, elles ne peuvent se spécialiser. En conséquence, l'affichage d'une HAD généraliste devient difficile lorsque les 2/3 de son activité sont orientées vers les soins palliatifs.

1.4.3. Chimiothérapie

Les activités liées à la cancérologie rassemblent la chimiothérapie, la surveillance post chimiothérapique et la surveillance de radiothérapie. Elles sont, de façon générale peu développées en HAD.

Au niveau national elle représente, en 2010 :

- 1,9% des journées d'hospitalisation pour le mode de prise en charge 05-chimiothérapie ; l'activité est concentrée dans deux établissements qui totalisent la moitié des journées d'hospitalisation ; l'évolution depuis 2008 est marquée une baisse constante de ce mode de prise en charge ;
- 3,1% des journées d'hospitalisation pour le mode de prise en charge 13-surveillance post-chimiothérapique ; à l'inverse de la chimiothérapie, cette activité progresse régulièrement ;
- 0,1% des journées d'hospitalisation pour le mode de prise en charge 17-surveillance de radiothérapie ; cette activité est marginale.

Au niveau régional, les activités liées à la cancérologie sont encore plus réduites comme le montrent les données issues du PMSI 2010 : 0,54% des journées d'hospitalisation pour la chimiothérapie, 0,57% pour la surveillance post-chimiothérapique et 0,02% pour la surveillance de radiothérapie.

L'activité de cancérologie n'est développée que par un nombre très limité de structures :

- 5 HAD présentent une activité de chimiothérapie ; parmi celles-ci, 3 HAD sur la Métropole cumulent près de 97% de l'activité régionale
- 10 HAD ont une activité de surveillance post-chimiothérapique ; une seule totalise plus de la moitié des journées d'hospitalisation de la région.

Le faible développement de la cancérologie au sein des HAD est probablement lié à la mise en œuvre du dispositif d'autorisation des activités de traitement du cancer dans les établissements de santé. Le décret du 21 mars 2007 a ainsi introduit un régime d'autorisation pour les activités de chirurgie des cancers, de radiothérapie et de chimiothérapie qui n'existait pas antérieurement. La délivrance des autorisations est désormais conditionnée par la nécessité de respecter un seuil minimal d'activité et des critères de qualité de prise en charge. Ces dispositions ne peuvent concerner les HAD compte tenu de leur niveau d'exigence. Dans notre région, les premières autorisations en cancérologie ont été accordées en novembre 2009. Depuis cette date, la tendance est donc au recentrage de l'activité de chimiothérapie dans les établissements de santé autorisés qui doivent prendre en charge un minimum de 80 patients dont 50 en ambulatoire.

Le décret de mars 2007 prévoit la possibilité pour des établissements de santé de participer à la prise en charge de proximité de personnes atteintes de cancer en association avec un titulaire de l'autorisation en chimiothérapie. L'établissement dit « associé » applique les traitements de chimiothérapie prescrits par le titulaire de l'autorisation ou réalise le suivi de tels traitements. Les établissements associés doivent nécessairement passer une convention avec un ou plusieurs établissements autorisés reposant sur les recommandations définies par l'Institut National du Cancer (INCa). Il est prévu dans le dernier plan cancer 2009-2013 l'élaboration de référentiels spécifiques pour les structures d'HAD réalisant des chimiothérapies.

Jusqu'en 2012, les HAD de la région développaient une activité de chimiothérapie sans être reconnues spécifiquement établissement associé. Cette situation a récemment évolué avec la reconnaissance de l'HAD de Lens comme établissement associé au Centre hospitalier de Lens pour la réalisation de chimiothérapie en oncohématologie.

1.4.4. Douleur chronique

Ce mode de prise en charge comporte l'évaluation médico-soignante de la douleur, la mise en place de traitement, l'évaluation et les réajustements des thérapeutiques. Cette activité représente une part très faible de l'activité des HAD (0,32% des journées dans la région).

Certaines activités semblent directement tributaires de contraintes de codage de l'activité, à l'instar de l'activité de prise en charge de la douleur, dont l'activité diminue de près de un cinquième. Les professionnels citent également des difficultés liées au manque de surveillance la nuit notamment pour les SAP de morphiniques ou d'hypnovel.

1.4.5. Pansements complexes

En HAD, le mode de prise en charge « pansements complexes et soins spécifiques » (stomies compliquées) concerne les patients porteurs de plaies complexes et/ou multiples nécessitant une intervention de l'équipe soignante pluriquotidienne ou supérieure à 30 minutes en moyenne. Ils correspondent à des prises en charge d'escarres, brûlures, ulcères, soins d'amputations,....aussi appelés plaies chroniques.

En 2010, ils représentent en France, comme en région, la deuxième activité en volume des HAD : 20,6% des journées au niveau national, 19,43% en région. Cette activité est en constante augmentation depuis la mise en place des HAD. La FNEHAD relève : « plusieurs activités ont connu une augmentation soutenue du nombre de journées entre 2008 et 2010, avec notamment les pansements complexes (+41% des journées supplémentaires et +39% de séjours) »⁵².

La prévalence des escarres augmente avec l'âge avec un pic de fréquence entre 76 et 84 ans, mais 50 % des escarres surviennent après 80 ans. De plus les plaies chroniques augmentent avec le vieillissement de la population. Les facteurs de risque (dépendance – dénutrition) sont alors plus fréquents. Ces pathologies entraînent de nombreuses hospitalisations et ré-hospitalisations. La difficulté de prise en charge tient à son caractère pluridisciplinaire : dermatologie, spécialiste selon l'origine de la plaie (endocrinologue, cardiologue, etc...), gériatre, voire chirurgien vasculaire. En ville, les acteurs de santé (IDE, HAD, médecins coordonnateurs, réseaux), souvent démunis ou isolés, voire peu formés, se tournent facilement vers l'hospitalisation complète.

Des expériences de prises en charge en réseau ont été développées grâce à la télémédecine dans plusieurs régions : Normandie, Bretagne, Midi Pyrénées, Aquitaine...

En Normandie, il existe un centre pilote-expert au CHU de Caen et un centre expert par territoire de santé, reliés avec les acteurs de ville par télémédecine (dans différents cabinets d'IDEL, qui ont reçu une formation complémentaire à cette prise en charge).

En Aquitaine, le réseau a inclus des EHPAD pour réduire les déplacements des résidents vers l'hôpital, améliorer la formation des soignants de l'EHPAD, réduire les délais d'attente de consultations spécialisées, limiter les hospitalisations non programmées sur ces prises en charge. Ils ciblent les personnes âgées de plus de 75 ans avec plaies chroniques et polyopathie. Les téléconsultations se déroulent entre le CHU, l'EHPAD et l'HAD :

- Pour le centre expert participent : un gériatre expert, un IDE, une diététicienne et un ergothérapeute au besoin ;
- dans les EHPAD : le patient, l'IDE, le médecin coordonnateur, le médecin traitant et l'IDEL le cas échéant ;

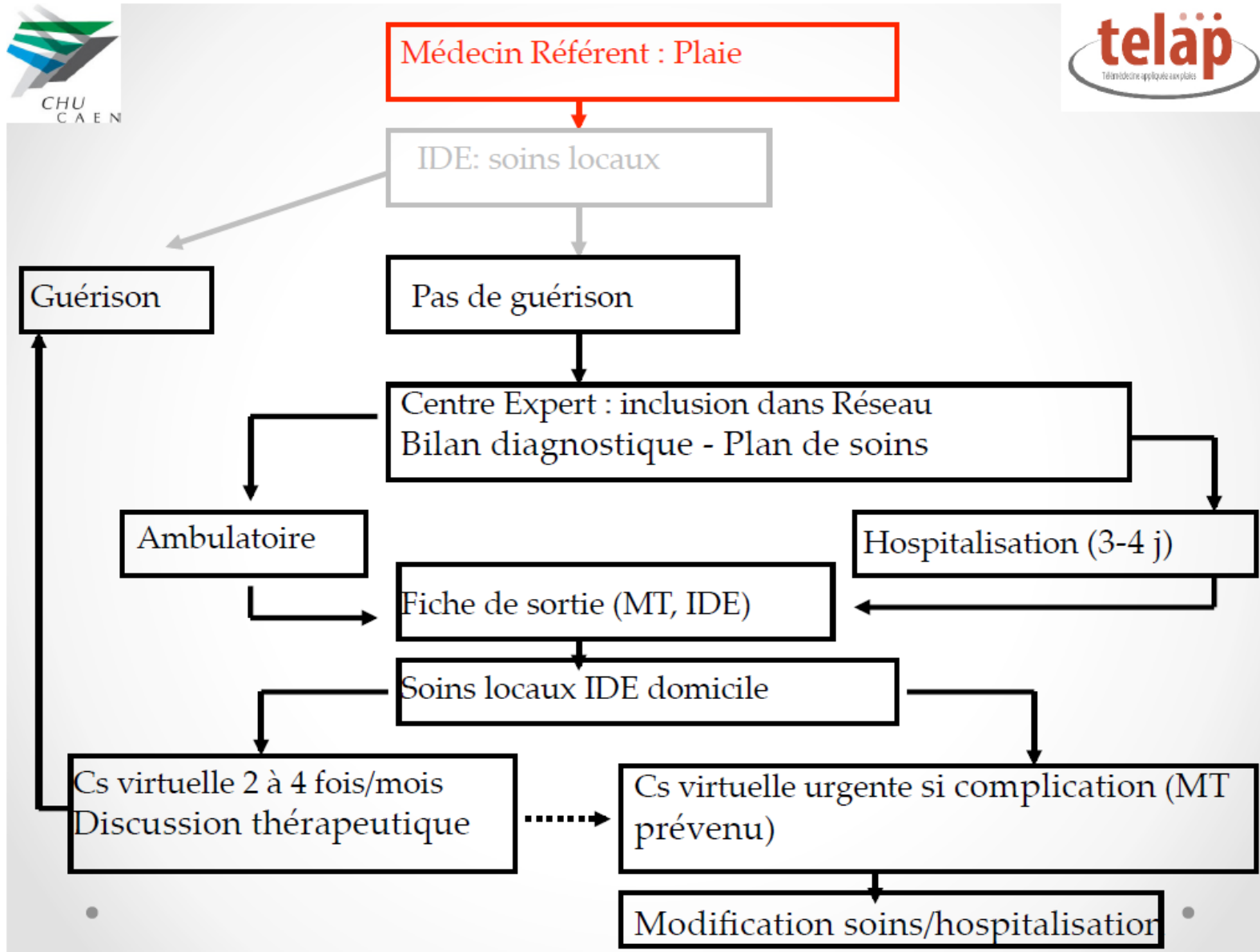
⁵² Rapport d'activité de la FNEHAD 2010-2011

- pour l'HAD : le patient, l'IDE, l'IDE coordonnatrice, le médecin traitant, le médecin coordonnateur selon les besoins ou désirs.

La téléconsultation a lieu 2 demi-journées par semaine avec une durée estimée à 1 heure. Les objectifs sont :

- réduire la DMS en médecine gériatrique ou autre service,
- éviter hospitalisations liées à la plaie chronique,
- améliorer la satisfaction du patient, du médecin et des soignants.

Dans la région, trois centres hospitaliers se positionnent pour l'organisation d'expérimentation de centres experts de zone de proximité : les CH de Roubaix, d'Arras et de Cambrai.



1.4.6. Périnatalité et pédiatrie

L'HAD vise à éviter ou raccourcir une hospitalisation tout en offrant à domicile, à la patiente et à son enfant, des conditions de qualité et de sécurité des soins équivalentes à celles dispensées en hospitalisation complète. La prise en charge doit respecter les recommandations de bonnes pratiques de l'HAS d'avril 2011 « Situations pathologiques pouvant relever de l'hospitalisation à domicile au cours de l'*ante* et du *post-partum* ». Elle s'adresse aux femmes et à leurs enfants, qui requièrent des soins complexes coordonnés et un suivi pouvant justifier une intervention pluri-professionnelle, prescrits lors d'une hospitalisation ou d'une consultation par un médecin libéral ou hospitalier, en fonction d'un projet thérapeutique initial. Le cadre d'intervention concerne notamment l'*ante*- et le *post-partum* « pathologique ». L'HAD en *post-partum* peut également être justifiée pour des nourrissons nécessitant une prise en charge spécifique.

Or le rapport IGAS 2010⁵³ constatait que la périnatalité représente près d'un quart des séjours en HAD dont :

- une part importante de prises en charges obstétricales qui ne nécessitent pas toujours une HAD (40% sont des retours précoces à domicile)
- une part faible de prises en charge de nouveau-nés (20% des séjours) sans qu'on puisse déterminer la part de celles qui font suite à une hospitalisation en néonatalogie
- une forte progression de ce MPC, +79% entre 2005 et 2008 avec des durées de séjour courtes (7,5 jours), mais ne représentant que 7,2% des journées.

Ce rapport concluait que l'activité obstétricale devait se limiter à la surveillance de grossesses à risque, la prise en charge de pathologies maternelles et le *post partum* pathologique, le *post partum* physiologique relevant d'autres types de prise en charge. Enfin il insistait sur la nécessité de développer la prise en charge pédiatrique, qu'il s'agisse de périnatalité ou d'enfants plus âgés présentant des pathologies graves ou chroniques.

Comparaison de la répartition de l'activité des HAD en région/ niveau national

Libellé MPC	Âge moyen NPdC /Fr	Nb séjours 2010 NPdC	% séjours total HAD NPdC/Fr	Nb journées 2010 NPdC	% journées/ total HAD NPdC/Fr
Surveillance de grossesse à risque	29,0 (30,6)	355	3,53% (2,85%)	6 340	2,13% (2,87 %)
Retour précoce à domicile après accouchement	29,5 (29,7)	500	4,97% (5,97)	2 001	0,67% (1,08%)
Post-partum pathologique	30,2 (30,0)	256	2,54% (8,78%)	2 174	0,73% (2,21%)
Prise en charge du nouveau-né à risque		263	2,61% (2,9%)	3 691	1,24% (0,78%)
TOTAL		1 374	13,65% (20,5%)	14 206	4,77% (6,94)

Source : PMSI HAD 2010

Chiffres nationaux : rapport d'activité FNEHAD 2010-2011

En 2010, en Nord - Pas-de-Calais, l'activité de périnatalité en HAD représente, d'une façon globale, 13,65% des séjours d'HAD. Ces séjours concernent :

- pour 36,4% : des retours précoces à domicile après accouchement,
- pour 18,6% : un suivi d'un *post-partum* pathologique
- pour 25,8% la surveillance d'une grossesse pathologique
- 19,1% des séjours sont justifiés par la prise en charge d'un nouveau-né à risque.

⁵³ Chiffres provenant du rapport FNEHAD

Sur les 15 structures HAD de la région, 4 prennent en charge de l'hospitalisation en périnatalité. :

Part des séjours par catégorie d'indication / nombre de séjours en HAD en 2010

	HAD Artois/Ternois	HAD Calais/St Omer	HAD métropole HOPIDOM	HAD Métropole ANAIS
Surveillance de grossesse à risque	9,9%	0,00%	18,20%	9%
Retour précoce à domicile après accouchement	23,0%	33,2%	0,0%	1,3%
Post partum-pathologique	0,3%	5,5%	13,2%	8,0%
Obstétrical:	33,2%	38,7%	31,4%	18,3%
Prise en charge du nouveau-né à risque :	0,0%	0,0%	9,9%	16,7%

Part des séjours par catégorie d'indication / nombre de séjours en périnatalité en 2010

	HAD Artois/Ternois	HAD Calais/St Omer	HAD métropole HOPIDOM	HAD Métropole ANAIS
Surveillance de grossesse à risque	30,0%	0,0%	44,0%	25,7%
Retour précoce à domicile après accouchement	69,0%	86,4%	0,0%	3,7%
Post partum-pathologique	1,0%	13,6%	32,0%	22,9%
Prise en charge du nouveau-né à risque	0,0%	0,0%	24,0%	47,7%
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

L'analyse de ces deux tableaux montre de grandes disparités dans les indications justifiant l'hospitalisation à domicile dans le domaine de la périnatalité.

Le rapport de l'IGAS de novembre 2010 sur l'HAD indique que : « *Même à durée de séjour égal, l'HAD peut se révéler coûteuse si elle se substitue non pas à une hospitalisation classique mais à des soins ambulatoires ou à une prestation médico-technique.* »

Dès 2009, la mission T2A notait, quant à elle, que le mode de prise en charge retour précoce à domicile après accouchement (RPDA) « *a peu de raisons d'être et qu'il faudra à un moment ou à un autre l'éliminer* ».

Lors de la journée sur l'hospitalisation à domicile de 2010, le Ministre de la santé a pu préciser qu'en matière de périnatalité, il était nécessaire de définir l'intervention des HAD par rapport aux professionnels libéraux.

De plus, les contrôles menés en 2009 ont décelé des inadéquations liées à la charge en soins.

En l'attente des recommandations de la HAS sur la « sortie de maternité » et des décisions du comité de pilotage sur l'HAD concernant l'obstétrique (et le RPDA), une action de mise sous observation des structures réalisant une activité notable de RPDA est par conséquent en cours. Cette démarche est à articuler avec la généralisation du programme de retour à domicile suite à un accouchement normal sans complication. En effet, ce programme propose aux mères ayant accouché sans complication d'être suivies chez elles par une sage-femme libérale de leur choix. Celle-ci assure le suivi clinique et accompagne

la mère et le nouveau-né dans leur relation mère-enfant. L'enjeu de ce programme est de mieux accompagner les jeunes mères après l'accouchement, tout en évitant le développement inapproprié de l'hospitalisation à domicile pour des grossesses non compliquées. Il est ainsi souhaitable de proposer le programme PRADO dans les établissements disposant d'une HAD en complément de l'action d'observation. La présente action propose donc une démarche progressive permettant aux structures d'HAD d'adapter progressivement leur activité et aux organisations alternatives de prise en charge des patientes après accouchement de se développer dans le territoire correspondant. L'évolution du champ de l'HAD dans le domaine de l'obstétrique est attendue.

Dans la région, certains établissements imposent l'HAD pour toute sortie précoce, même en cas de suivi organisé avec une sage-femme libérale. D'autres ont mis en place des organisations d'accompagnement des sorties précoces, soit en s'appuyant sur les sages-femmes libérales, soit, en cas d'impossibilité, sur des sages-femmes hospitalières. Les données présentées datant de 2010, des évolutions dans les modes de prise en charge ont pu intervenir. Il sera nécessaire de faire le point notamment à travers les données PMSI 2011 et l'enquête régionale prévue en 2013.

Concernant la prise en compte de la santé mentale en ante- et post-partum, le lien entre les HAD psychiatriques et les équipes de néonatalogie n'existe pas (voir les recommandations de la HAS « Situations pathologiques pouvant relever de l'hospitalisation à domicile au cours de l'ante et du post-partum » d'avril 2011).

Concernant la pédiatrie, il n'existe pas à ce jour de bilan régional permettant d'avoir une visibilité sur les besoins ou la prise en charge. L'étude régionale de 2013 sera l'occasion d'amorcer une réflexion sur le sujet, appuyée par la commission régionale de la naissance et de la petite enfance.

1.4.7. Transfusions

Les besoins

Ces dernières années ont été marquées par l'augmentation progressive des besoins (facteur âge, prise en charge élargie en onco-hématologie, maladies chroniques nécessitant un support transfusionnel...) Les transfusions sont de plus en plus nécessaires pour répondre à cette demande. Les patients sont de surcroît fragilisés par des déplacements plus ou moins longs jusqu'à un établissement de santé transfuseur.

Les principales indications de la transfusion sont :

- la myélodysplasie (patients âgés récurrents).
- l'anémie par carence martiale (saignement sur tumeur digestive)
- le surdosage AVK.
- l'anémie sur traitement par chimiothérapie.
- les transfusions palliatives...

La transfusion en HAD

Dans le cadre de l'hospitalisation à domicile, la transfusion sanguine est assurée directement, dans notre région, par l'équipe médico-soignante de l'HAD. Cette prise en charge comporte la prescription médicale, le rôle infirmier dans l'acte transfusionnel et la surveillance pour détecter et traiter d'éventuels effets indésirables receveurs et/ou dysfonctionnement.

La circulaire DGS/DHOS du 15/12/2003 précise que l'acte transfusionnel est réalisable à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment. C'est un acte thérapeutique délégué sous responsabilité médicale. Il faut une surveillance continue d'au moins 15mn puis adaptée.

Selon le décret des compétences infirmiers du 29/7/2004 : l'IDE « est habilité à accomplir sur prescription médicale écrite qualitative et quantitative, datée et signée, les actes et soins suivants, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment : injections et perfusions de produits d'origine humaine nécessitant, préalablement à leur réalisation, lorsque le produit l'exige, un contrôle d'identité et de compatibilité obligatoire effectué par l'infirmier ».

Les limites

Elles sont d'abord réglementaires :

- Les textes manquent de clarté et de précision.
- A l'heure de la gestion des risques, les professionnels peuvent avoir peur de s'impliquer dans une telle organisation (lourdeur de l'acte infirmier avec présence constante, médecin joignable et pouvant intervenir à tout moment)

Elles sont ensuite financières :

- Le coût réel de la transfusion est élevé pour les HAD (prix des produits élevés + coût de fonctionnement)
- Le codage des actes est très limité par les textes.

Le modèle économique actuel de la prise en charge de la transfusion en HAD pose problème, puisqu'il la menace par le déficit qu'il crée, du fait d'une tarification inférieure au coût réel de prise en charge (notamment parce que le coût des produits sanguins est inclus dans le forfait journalier de l'HAD).

Actuellement dans la région, seules deux HAD s'investissent dans ce mode de prise en charge : HOPIDOM et l'HAD de Flandre Lys. HOPIDOM élabore un protocole pour intervenir en EHPAD avec une collaboration étroite EHPAD/HAD. L'HAD de Flandre Lys a d'ores et déjà une expérience à domicile et en EHPAD, qu'elle a évaluée.

L'expérience de l'HAD de Flandre-Lys

Le service d'hospitalisation à domicile Flandres Lys est une HAD publique de 30 places couvrant une zone de 180 000 habitants. Il est géré par le CH d'Hazebrouck qui possède un dépôt urgence-relais.

L'étude effectuée est rétrospective du 1/1/2007 au 31/12/2009. Elle inclut 39 patients sur 3 années, ayant bénéficié de produits sanguins labiles, dont l'âge moyen est de 77 ans et dont 28% sont pris en charge en EHPAD. L'indice de Karnofsky était pour 33% à 40, 33% à 30 et 18% à 20. 56% des personnes était dans un stade palliatif. Les patients avaient tous été transfusés en structure classique avant leur inclusion en HAD. La distance HAD-domicile était proche pour 32% des patients situés à Hazebrouck (site de l'HAD), de 10 Kms pour 7% des patients, de 10 à 20 Kms pour 46% des patients, de plus de 20 Kms pour 15% des patients. 259 unités ont été transfusées (235 CGR et 24 CPA). Deux unités ont été détruites, 1 pour défaut de voie veineuse périphérique et 1 pour décès du patient avant la transfusion. Aucun effet indésirable receveur n'a été signalé.

- Organisation mise en place

Préalable indispensable : le médecin référent doit être disponible et auprès du patient dans les 20 mn ; si c'est impossible il y doit y avoir relai par le médecin traitant. La secrétaire prévient alors le médecin traitant de la transfusion prévue et trace l'appel (cela concerne les patients habitants au delà des 10 Kms)

La commande de poche : elle est effectuée par le médecin coordonnateur. Elle arrive au dépôt. C'est l'infirmière des urgences qui faxe la commande à l'EFS et la réceptionne. L'IDE de l'HAD retire la commande au dépôt, 2 culots maximum. Elle ramène la poche transfusée dans son unité pour exploration éventuelle en cas d'effet indésirable puis destruction dans le circuit DASRI.

La transfusion : pour tout patient insuffisant cardiaque ou arythmique une prescription de furosémide est effectuée. L'IDE prélève 2 tubes pour permettre l'analyse en cas d'effet indésirable (ils sont gardés dans l'unité). S'il y a problème au contrôle ultime pré transfusionnel, l'IDE fait appel au médecin coordonnateur ou son remplaçant.

La surveillance : les constantes sont prises avant la transfusion et à 5, 10,15, 30,60 minutes pendant la transfusion ensuite à 20 ,40 ,60 minutes. En cas d'effet indésirable transfusionnel il existe un protocole écrit. Le médecin coordonnateur sera prévenu ainsi que le correspondant d'hémovigilance. Une mallette d'urgence est à disposition de l'IDE et du médecin qui se rendra sur place

- Conclusions de l'expérience

Les avantages : plus de confort du patient, moins de transports inutiles, des économies de santé (une transfusion en HAD étant moins coûteuse que le transport et une journée en hospitalisation de jour) ; le vieillissement de la population entraîne par ailleurs de plus en plus de demandes auxquelles l'hôpital ne pourra répondre seul.

Les inconvénients : la rigueur est indispensable pour respecter les règles de bonne pratique transfusionnelle. En dehors de l'hôpital, le recours est plus difficile. L'IDE peut se sentir moins en sécurité. Transfuser est chronophage (4 h minimum). L'intérêt de la transfusion en HAD est uniquement dirigé vers le patient car l'activité ne rentabilise pas ce type de service.

1.4.8. HAD pour les personnes âgées au domicile personnel ou en EHPAD

« Les personnes très âgées ne représentent qu'une partie relativement faible de la patientèle des services d'hospitalisation à domicile. L'âge moyen des patients pris en charge en HAD augmente, passant de 61,7 ans en 2006 à 63,3 ans en 2008. Les personnes âgées de plus de 65 ans totalisent 4 séjours sur 10 et les seules personnes de 80 ans ou plus 14%...La littérature médico-administrative insiste beaucoup sur l'importance du nombre des personnes âgées et sur le nombre et la durée des séjours hospitaliers de celles-ci, faisant suite à un passage aux urgences. Elle postule un rôle des services d'hospitalisation à domicile soit comme évitement des urgences soit comme accélération de la prise en charge au décours d'hospitalisation.⁵⁴»

Les 3 critères d'admission en HAD s'appliquent aux sujets âgés :

- Soins ponctuels : pour des antibiotiques en perfusion intraveineuse, des pansements complexes d'escarres ou d'ulcères, une cure de chimiothérapie, une nutrition entérale.
- Soins continus : les patients en fin de vie nécessitent des soins infirmiers techniques importants comme le nursing ainsi que des décisions éthiques de fin de vie. 75% des français décèdent à l'hôpital alors que 75% souhaitent mourir à domicile. En HAD 75% des patients décèdent à domicile.
- Soins de réadaptation à domicile : les pathologies concernées sont fracture du col du fémur, AVC, insuffisance cardiaque décompensée. L'HAD, dans ces cas-là, est un relais de l'hôpital.

L'HAD ne se substitue pas au SSR. Sa spécificité est le savoir-faire d'organisation du retour à domicile et de coordination du suivi des patients.

La moyenne d'âge des prises en charge en HAD est d'environ 63 ans. Les personnes âgées poly pathologiques sont plutôt des personnes de 75 ans et plus:

- 83,6 ans pour les transfusions sanguines
- 72,7 ans pour les soins de nursing lourds
- 70,4 ans la rééducation orthopédique

⁵⁴ Rapport IGAS 2010

- 70 ans pour la rééducation neurologique

Elles sont peu représentées dans les prises en charge en HAD dans la région.

Par ailleurs, sur ces 4 modes de prises en charge, 3 sont limitées en financement. (Cf. paragraphes sur les transfusions sanguines et sur la rééducation)

En EHPAD

« L'HAD est bien un moyen de prise en charge personnalisée d'un malade. C'est à ce titre, pour une justification au cas, qu'elle peut intervenir dans une EHPAD. Elle ne peut, par ses seuls moyens, compenser la faiblesse de la permanence des soins en maison de retraite médicalisée. En particulier, elle ne saurait dispenser l'établissement de développer sa propre garde infirmière de nuit. Ainsi, malgré l'intérêt d'une hospitalisation à domicile pour les personnes âgées afin d'éviter les risques de désocialisation que peuvent engendrer une hospitalisation « classique », cette activité se développe moins que d'autres et l'intervention en EHPAD reste très faible.⁵⁵ »

⁵⁵ Rapport IGAS 2010

Les critères de prise en charge d'un patient par l'HAD en EHPAD sont au nombre de 14 et sont clairement définis :

Modes de prise en charge	Définition	conditions
Soins palliatifs	Accompagnement de fin de vie ou de phase terminale	Mobilisation importante de besoins relationnels techniques ou ajustement quotidien
Pansements complexes et soins médicaments spécifiques	Escarres, ulcères, stomies compliquées nécessitant des passages pluriquotidiens ou supérieur à 30mn	
Soins de nursing lourd	Prise en charge quotidienne au total supérieure à 2 heures par jour à raison d'au moins 2 passages chez des patients très dépendant (IK<50%)	Doit être associée au moins à une autre prise en charge par l'HAD
Nutrition entérale	Sonde nasogastrique, jéjunostomie, gastrostomie avec apport par l'HAD du matériel et des produits de nutrition	Doit être associée au moins à une autre prise en charge par l'HAD
Nutrition parentérale	Suivi médical et biologique de l'alimentation et mise en place des soins infirmiers	Doit être associée au moins à une autre prise en charge par l'HAD
Traitement intraveineux	Antibiothérapie ou traitement anti viral type protocole hospitalier nécessitant plusieurs passages infirmiers par jour	Pris en charge en HAD s'il nécessite la présence d'une infirmière de nuit non présente en EHPAD
Assistance respiratoire	mécanisée	Doit être associée au moins à une autre prise en charge par l'HAD
Chimiothérapie anticancéreuse	Prise en charge globale	Sauf chimiothérapie orale
Prise en charge de la douleur	Evaluation médico-soignante de la douleur et ses traitements	Seulement si utilisation d'une pompe PCA
Autres traitements)	Suivi médico-soignant spécifique pour des traitements exceptionnels ou peu fréquent (ex : Pleurix)	interventions exceptionnelles sur des pratiques documentées
Rééducation orthopédique	Implique une forte implication de l'équipe de kinésithérapeutes	Doit être associée au moins à une autre prise en charge par l'HAD
Rééducation neurologique	Implique une forte implication de l'équipe de kinésithérapeutes et un projet de rééducation spécifique	Doit être associée au moins à une autre prise en charge par l'HAD
Transfusion sanguine	Prise en charge globale	
Surveillance d'aplasie	Surveillance médico-soignante de l'aplasie sur le plan biologique, clinique et gestion des effets secondaires	

Dans la région, les prises en charge en EHPAD⁵⁶ restent ponctuelles. L'ensemble des EHPAD n'a d'ailleurs pas signé de convention avec une HAD⁵⁷. Sur les 366 EHPAD de la région, un peu plus de la moitié ont signé une convention (au nombre de 194, soit 53%), 38 ont une convention en cours de signature et 4 une convention en construction (cf. tableau ci-dessous).

Le Comité thématique « vieillissement », constitué afin d'assurer la prise en compte des thématiques et des objectifs transversaux concernant les personnes âgées dans les 3 schémas régionaux et réunissant des experts régionaux et personnalités qualifiées, s'est réuni le 4 janvier 2012. Il a permis de mener une réflexion sur les difficultés d'intervention de l'HAD en EHPAD dans la région, l'objectif étant de proposer des axes de travail pour l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients.

⇒ *Problématiques soulevées :*

- difficulté pour les HAD de se coordonner correctement avec les équipes EHPAD
- Méconnaissance, par les équipes en EHPAD, du rôle des HAD
- Difficulté, pour le personnel de l'EHPAD, à voir intervenir des soignants externes
- Crainte des EHPAD pour le continuum des prises en charge la nuit
- Problème de compétence spécialisée au sein des HAD (absence de couverture de certains besoins comme les pansements complexes)
- Insuffisance de prescriptions des libéraux pour les indications postopératoires (problème de formation à cette prescription ?)

Activité des HAD régionales en 2010 en EHPAD (source PMSI)

HAD	Total des HAD	Activité HAD en EHPAD	Poids relatif EHPAD/Total HAD
établissements concernés	15	13	86,67%
jours	297851	6606	2,22%
séjours	10067	208	2,07%

⁵⁶ Décret n°2007-241 du 22 février 2007, relatif à l'intervention des structures d'hospitalisation à domicile (HAD) dans les établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et l'arrêté du 24 mars 2009 fixe les conditions de prise en charge pour l'admission en HAD d'un ou plusieurs résidents d'EHPAD

⁵⁷ Décret n° 2007-660 du 30 avril 2007, relatif aux conditions techniques de fonctionnement des structures d'hospitalisation à domicile dans les EHPAD et la circulaire n°DHOS/O3/DGAS/2C/2007/365 du 05 octobre 2007, relative aux modalités d'intervention des structures d'HAD dans les EHPAD a un modèle de convention annexé.

Bilan des conventions EHPAD/HAD en 2012

Territoire de santé	Zone de proximité ARS	Nombre d'EHPAD	Convention HAD /EHPAD			
			Convention signée	%	Convention en cours	Convention en construction
Artois-Douais	Arrageois	24	1	4,2%	5	0
Artois-Douais	Béthune Bruay	30	17	56,7%	10	0
Artois-Douais	Douais	22	14	63,6%	1	0
Artois-Douais	Lens Hénin	22	12	54,5%	9	0
Artois-Douais		98	44	44,9%	25	0
Hainaut - Cambresis	Cambresis	20	14	70,0%	0	0
Hainaut - Cambresis	Sambre Avesnois	24	9	37,5%	0	0
Hainaut - Cambrésis	Valenciennois	40	24	60,0%	0	0
Hainaut - Cambrésis		84	47	56,0%	0	0
Littoral	Audomarois	8	2	25,0%	0	0
Littoral	Boulonnais	16	9	56,3%	0	0
Littoral	Calais	7	1	14,3%	4	0
Littoral	Dunkerquois	18	14	77,8%	0	0
Littoral	Montreuillois	13	10	76,9%	0	0
Littoral		62	36	58,1%	4	0
Métropole - Flandre intérieure	Flandre intérieure	25	23	92,0%	0	0
Métropole - Flandre intérieure	Lille	57	25	43,9%	6	0
Métropole - Flandre intérieure	Roubaix Tourcoing	40	19	47,5%	3	4
Métropole - Flandre intérieure		122	67	54,9%	9	4
Région		366	194	53,0%	38	4

Au domicile personnel

Le rapport de l'IGAS de 2010 souligne :

- « Les prises en charge gérontologiques, quant à elles, se développent difficilement faute d'inscription de l'HAD dans les filières gériatriques et dans le comportement des prescripteurs ».
- « Avec les SSIAD les relais se révèlent difficiles à mettre en œuvre, à cause principalement des incohérences du système de tarification (patients trop lourds pour les SSIAD et trop légers pour les HAD). »

Le constat effectué dans la région suite à l'enquête réalisée en 2008 par la DRSM concorde avec celui de l'IGAS : l'enquête avait en effet révélé que 22,3% des prises en charge étaient inadéquates et que, parmi celles-ci, 50% auraient du l'être par un SSIAD.

Des autorisations de places de SSIAD ont été données en 2012 sur 5 territoires à 2 associations d'HAD. Elles devraient permettre d'améliorer les liens entre HAD et SSIAD, à mieux sérier les indications, les transferts de patients, sans pour autant créer de filière avec exclusivité.

Reste à noter qu'à domicile, les prises en charge sont limitées en cas de problèmes sociaux ou de logements sans confort.

1.4.9. Activité de rééducation et l'intervention de l'HAD en établissements d'hébergement Handicap

La problématique de l'accès aux soins des personnes en situation de handicap

Dans la région, le nombre moyen de déficiences (3,7 en 2008) est supérieur de 0,3 points à la moyenne française. Il est d'autant plus marqué dans le Pas-de-Calais où le vieillissement est plus important.⁵⁸

En termes d'accès aux soins, les besoins des personnes handicapées sont de plusieurs ordres :

- des besoins non spécifiques au handicap (soins bucco-dentaires, ophtalmologie, gynécologie,...).

Le rapport de la commission d'audition publique de la Haute Autorité de santé, relatif à l'accès aux soins des personnes en situation de handicap, s'est intéressé uniquement à l'accès aux soins non directement liés à la nature du handicap, soins courants, dits encore soins primaires. Plusieurs types de difficultés d'accès aux soins des personnes handicapées ont été identifiés par la HAS en 2008⁵⁹ :

- la difficulté d'accès aux simples soins de base relevant de la gynécologie, l'ophtalmologie, de l'orthodontie...,
- la difficulté d'accès aux traitements des complications dues aux lésions elles-mêmes,
- une mauvaise prise en compte de la douleur,
- la limitation de l'accès aux innovations thérapeutiques.

Différentes causes ont été avancées pour expliquer ces inégalités et dysfonctionnements :

- l'absence de sensibilisation et de formation des professionnels de santé aux besoins spécifiques des personnes en perte d'autonomie,
- les réticences des personnes en perte d'autonomie à l'accès aux soins,

⁵⁸ « Le handicap à travers ses multiples approches » INSEE pages de profil n°73, juin 2010.

⁵⁹ « Accès aux soins des personnes en situation de handicap », audition publique HAS 2008.

- l'inaccessibilité physique des structures aux personnes en perte d'autonomie,
- le manque de coordination entre les centres de consultations spécialisées et les équipes pluridisciplinaires chargées de la compensation,
- le manque d'accès à un diagnostic précoce.

- des besoins spécifiques aux pathologies à l'origine du handicap, qui varient en fonction du retentissement de la pathologie considérée sur les différents systèmes et qui entrent dans le cadre de la rééducation-réadaptation-réinsertion.

Ces besoins spécifiques sont souvent complexes et nécessitent l'intervention de nombreuses spécialités, ce qui requiert une coordination des acteurs.

En outre, les personnes handicapées ont des besoins majorés lors du passage de l'enfance à l'âge adulte et souffrent, comme la population générale, de pathologies liées au vieillissement. Elles ont donc des besoins liés au vieillissement.

Globalement, les personnes handicapées et leurs familles, comme les acteurs eux-mêmes, mettent en avant des difficultés de continuité et de cohérence dans les prises en charge et dans les coordinations.

Quelle place peut prendre l'HAD dans la réponse à ces besoins ?

Le rapport de l'IGAS de 2010 le souligne : « *l'HAD peut constituer une alternative ou un complément des soins de suite et de réadaptation. Sept % des séjours en relèvent, dont un quart pour des pathologies neurologiques.* »

D'une façon générale, l'HAD peut être demandée quand la prise en charge conventionnelle est estimée insuffisante pour assurer les soins et la sécurité de la personne handicapée. Il s'agit alors de soins médicaux et/ou paramédicaux quotidiens, complexes et/ou multiples nécessitant une coordination médicale.

L'HAD peut faciliter le retour à domicile ou éviter l'hospitalisation de patients atteints de handicap sévère, en particulier en cas de risque élevé de complications (blessés médullaires...) ou d'atteinte dégénérative (sclérose latérale amyotrophique...). En collaboration avec les services de soins de suite et de réadaptation spécialisés (SSR) dont c'est la mission, l'éducation thérapeutique, la rééducation-réadaptation et la prise en charge psycho-sociale sont des modes de prise en charge que l'HAD devrait systématiquement pouvoir apporter.

La Loi « Hôpital, patients, santé et territoires » du 21 juillet 2009 a renforcé la place de l'HAD au sein du système de santé en élargissant son champ d'action à toutes les modalités d'accueil. Le domicile peut s'entendre du « lieu de résidence » ou d'un établissement avec hébergement.

Afin de préciser les conditions réglementaires de cette extension de l'intervention de l'HAD aux structures médico-sociales pour personnes handicapées (à l'instar de l'extension aux EHPAD), une expérimentation a été lancée dans trois régions : Rhône Alpes, Ile-de-France et Nord - Pas-de-Calais. Cette possibilité d'intervention peut représenter une véritable avancée pour les personnes handicapées.

En relais ou en alternative à l'HAD, d'autres types d'accompagnements auprès des personnes handicapées peuvent être mobilisés. L'ouverture récente des SSIAD vers les personnes de moins de 60 ans, ou atteintes de maladie chronique, SSIAD pouvant être dotés de culture et de moyens de réadaptation (ergothérapeute, psychologue..), sont notamment une modalité appréciable pour la reprise du cours de la vie dans le cadre d'une affection invalidante.

Quelle expérience en termes de réadaptation en HAD ?

Il apparaît donc que l'hospitalisation à domicile de personnes atteintes de handicap peut être nécessaire durant une période donnée. Mais les indications sont mal explicitées par la liste des 25 modes de prises en charge en HAD. En particulier, la limite entre hospitalisation à domicile et maintien à domicile conventionnel est difficile à appréhender.

Dans notre région, l'évolution du service « Synergie Métropole lilloise » (soins coordonnés hôpital-ville de réadaptation lourde à domicile, équipe mobile en lien avec les acteurs de ville) vers un service d'hospitalisation à domicile à orientation réadaptation a été voulue par l'ARH Nord - Pas-de-Calais et inscrite dans les orientations générales du volet SSR du schéma régional d'organisation sanitaire révisé en octobre 2009. Visant à prendre en compte spécifiquement les besoins des personnes relevant d'un processus de rééducation réadaptation, en relais ou à la place d'un service hospitalier, ce service, tout comme d'autres existant en France⁶⁰, se heurte néanmoins à des difficultés de financement liées aux conditions tarifaires des HAD en ce qui concerne spécifiquement les motifs de prise en charge « rééducation », ainsi qu'aux critères administratifs d'admission en HAD.

Dans la nouvelle version du guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés spécifique à l'HAD, en vigueur depuis le 1^{er} mars 2010, les possibilités de codage des séjours pour des patients nécessitant une prise en charge de rééducation-réadaptation en HAD sont très limitées. Seuls deux modes de prise en charge principaux sont possibles : MP11 - rééducation orthopédique et MP12 - rééducation neurologique.

Les évolutions opérées sur le nouveau guide soulèvent quatre problématiques majeures :

- la définition du mode de prise en charge « rééducation » qui privilégie l'intervention des kinésithérapeutes et ignore d'autres professionnels de rééducation et/ou réadaptation souvent nécessaires, tels que l'ergothérapeute ou l'orthophoniste,
- des associations de codage inopérantes qui ne permettent pas l'association avec l'éducation thérapeutique,
- une prise en compte de la dépendance inadaptée,
- et une tarification GHT insuffisante.

Les activités de rééducation, relativement mal décrites, ont connu un fort déclin entre 2009 et 2010, tant en séjours qu'en journées, après un très fort développement en 2009.

Intérêt de l'HAD pour les personnes en situation de handicap

Compte tenu de la pertinence de la prise en charge sur le lieu de vie de la personne handicapée ou présentant une affection invalidante (absence de rupture dans l'accompagnement, évaluation des capacités de la personne en situation de vie réelle ou « écologique », réadaptation et lutte contre le handicap vécu par mise en situation concrète, soutien des proches, ajustements sanitaires et sociaux en phase aiguë ou subaiguë avant éventuel relais médico-social ...), et de la problématique de l'accès aux soins des personnes handicapées, abordée dans la première partie de ce document (bilan et contexte), l'hospitalisation à domicile apparaît fondamentale pour elles.

⁶⁰ Il existe plusieurs HAD de réadaptation en région parisienne. A titre d'exemple, l'unité de HAD de médecine physique et réadaptation (MPR) de l'Hôpital Simone VEIL à Eaubonne Montmorency, a pour mission de proposer une alternative à l'hospitalisation à des patients souhaitant poursuivre les soins à domicile et nécessitant une rééducation pluridisciplinaire en vue d'un gain fonctionnel.

Toute personne en situation de handicap doit donc pouvoir en bénéficier si nécessaire, qu'elle soit à son domicile ou hébergée au sein d'un établissement social ou médico-social, et cela pour les trois catégories de soins qui en relèvent :

- les soins ponctuels ;
- les soins continus ;
- les soins de réadaptation fonctionnelle, tout particulièrement dans le cadre d'une sortie d'hôpital (notion de « sas sanitaire et social »).

Limites

Cependant, certaines limites ont été identifiées :

- d'une part pour les personnes vivant en établissement médico social (EMS) : jusqu'à ce jour, il n'y avait pas de texte réglementaire permettant l'intervention de l'HAD en EMS pour personnes handicapées, comme cela est par contre possible en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).
- d'autre part pour les interventions de soins de suite et de réadaptation dans le cadre de l'HAD.

L'HAD est une alternative aussi bien à l'hospitalisation en service de médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO), qu'à l'hospitalisation en soins de suite et de réadaptation (SSR). Or, le mode de tarification actuel de l'HAD ne permet pas de répondre au mieux aux besoins des patients relevant de soins de réadaptation.

Par ailleurs, l'intervention à domicile des équipes de SSR spécialisés n'est pas possible actuellement compte tenu de l'absence de moyens ou de possibilité financière (MIGAC)⁶¹. Or, leur mission d'expertise et de recours figure explicitement dans le code de santé publique :

- article R. 6123-125 : « *L'établissement de santé autorisé au titre de l'article R. 6123-120 assure auprès d'autres établissements de santé et auprès des établissements et services médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles un rôle d'expertise ou de recours.* »
- article R. 6123-126 : « *L'établissement de santé autorisé à exercer l'activité de soins de suite et de réadaptation organise, au moyen de conventions, les coopérations avec les établissements, services ou personnes mentionnés au code de la santé publique ou au code de l'action sociale et des familles que nécessitent :*
1° *La mise en œuvre de sa mission de préparation et d'accompagnement à la réinsertion prévue au 3° de l'article R. 6123-119, notamment l'admission en établissement ou en service médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ;*
2° *La coordination de la prise en charge et du suivi des patients.* »

⁶¹ Un compartiment relatif au financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, ou MIGAC, est envisagé dans le cadre du projet de réforme de la tarification en SSR.

1.4.10. HAD en psychiatrie

L'HAD en psychiatrie fait partie de la palette de soins proposée pour le secteur de psychiatrie générale ou l'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile dans le cadre du futur programme régional psychiatrie et santé mentale.

L'hospitalisation à domicile est un dispositif classé dans les alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie. Elle a pour rôle d'apporter au patient, à son domicile, des soins coordonnés d'une particulière intensité, associés s'il y a lieu à des prestations d'entretien, pour une période limitée qui peut être, en fonction de l'évolution de l'état de santé, révisable.

Elle permet, tout particulièrement en psychiatrie générale, de préparer, raccourcir, prendre le relais, éviter et remplacer une hospitalisation à temps complet ; elle peut contribuer à la réinsertion de patients pris en charge au long cours en hospitalisation complète. Elle peut également constituer une étape dans la prise en charge de patient, avant la mise en place d'un suivi ambulatoire moins intense (consultation au CMP, visite à domicile, hospitalisation de jour, autres)

En assurant l'intervention de professionnels de santé et d'acteurs sociaux à domicile, l'HAD favorise, particulièrement en psychiatrie infanto-juvénile, l'accès aux soins adaptés des patients et des familles qui ne recourent pas aux structures de prise en charge traditionnelles.

La structure d'HAD intervient sur une zone géographique définie correspondant à un ou plusieurs secteurs de psychiatrie générale ou infanto-juvénile.

Population concernée

Les soins réalisés en HAD se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité, la fréquence des actes et le passage du psychiatre. L'HAD concerne aussi bien des malades déjà suivis par le secteur de psychiatrie que des patients ayant pour la première fois recours à des soins psychiatriques. Les malades pris en charge nécessitent des soins complexes, formalisés dans un projet thérapeutique comportant des aspects cliniques et psychosociaux, c'est-à-dire :

- une coordination des soins ;
- une évaluation médicale au moins hebdomadaire ;
- des prises en charges quotidiennes voire pluriquotidiennes en psychiatrie générale, et au moins trois fois par semaine en psychiatrie infanto-juvénile, réalisées par une équipe identifiée pour chaque patient.

L'HAD concerne certains patients, quel que soit l'âge, pourvu que le patient et/ou la famille soient capables de s'engager contractuellement dans un projet de soin. Les interventions ont lieu au domicile du patient, au substitut du domicile (établissement médico-social, famille d'accueil, appartement associatif, institution de l'aide sociale à l'enfance.....) ou dans un lieu tiers.

Objectifs de l'HAD de psychiatrie

L'objectif de l'HAD est d'apporter des soins individualisés coordonnés d'une particulière intensité au domicile du patient, d'assurer le maintien ou le développement de l'autonomie du patient, son insertion ou sa réinsertion sociale. Elle permet d'améliorer l'alliance thérapeutique, l'observance du traitement, de mettre en place un soutien adapté à la famille et à l'entourage du patient.

L'HAD en psychiatrie se situe dans une palette de prises en charge psychiatrique ambulatoire, en lien avec le réseau de prévention éducatif, social et médico-social.

L'admission en HAD est prononcée sur prescription du médecin psychiatre référent et/ou du médecin traitant ⁶²après accord du médecin coordonnateur du service d'HAD. Le médecin coordonnateur est nécessairement un médecin psychiatre.

La création d'HAD en psychiatrie

Selon les dispositions de la circulaire N°DHOS/O/2004/44 du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile, les projets d'HAD en psychiatrie peuvent être organisés :

- soit dans le cadre d'une structure dédiée (par exemple comme une unité fonctionnelle)
- soit être conçus comme une modalité thérapeutique supplémentaire de l'activité de secteur sans individualisation d'une structure spécifique.

La création d'activités ou structures d'HAD fait, en vertu de l'art. 6122-1 du Code de la Santé publique, l'objet d'une autorisation par le Directeur général de l'ARS après avis de la Commission Spécialisée de l'Organisation des Soins.

Cependant, l'article D.6121-7 du Code de la Santé publique et l'arrêté du 8 juin 2005 relatif aux objectifs quantifiés de l'offre de soins ne prévoient ni objectifs en implantation ni d'objectifs en volumes pour ce type d'alternative.

Sur le plan de l'allocation de moyens, les projets d'HAD doivent être intégrés dans les projets des établissements avec délibération du Conseil de surveillance. L'allocation de moyens nouveaux et/ou les redéploiements sont négociés sur la dotation annuelle de financement, soit dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens que l'établissement conclut avec l'ARS, soit par avenant à ce contrat.

L'HAD en psychiatrie fait partie de la palette de soins proposée pour le secteur de psychiatrie générale ou l'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile dans le cadre du futur programme régional psychiatrie et santé mentale.

L'HAD psychiatrie dans la région

Les autorisations :

METROPOLE	Territoire concerné	Etablissement porteur	site	Capacité autorisée	Date d'autorisation
HAD	secteurs de psychiatrie de l'EPSM	EPSM Lille métropole Armentières	Armentières	50 psy générale 15 psy infanto-juvénile	2010

⁶² Dans le domaine de la psychiatrie infanto-juvénile, le médecin traitant peut être un pédiatre ou un médecin généraliste

Dans la région d'autres établissements ont individualisé des fonctionnements de type HAD :

- sur le secteur 59110 du CH de Denain (25 places)
- sur le secteur 62101 du CH de Calais (15 places)
- sur le secteur 62104 de l'EPSM Val de Lys (10 places)

Etant donné la spécificité de l'HAD en psychiatrie, les objectifs la concernant sont traités dans le volet psychiatrie du SROS et le programme régional de santé mentale, et non dans le présent volet consacré à l'HAD.

2. ORIENTATIONS DU SROS-PRS

- continuité et permanence des soins
 - Dresser un état des lieux des dispositions actuellement prises par les services et établissements d'HAD pour assurer la continuité et la permanence des soins.
 - Comme initié en 2011 puis inscrit dans le cahier des charges de la PDSA, réactiver le groupe de travail HAD/CRRAL/Centre 15 qui avait été mis en place dans le Pas-de-Calais ; étendre la réflexion à la région en intégrant à ce groupe les acteurs du département du Nord.

- autres liens avec la médecine de ville
 - Etablir et faire appliquer des conventions de partenariat avec les infirmiers et kinésithérapeutes libéraux ; pour les services d'HAD gérés par des établissements de santé, établir des conventions de partenariat avec les médecins de ville ; achever le déploiement de la convention régionale type avec les pharmaciens d'officine.

Il s'agit, dans le respect du libre choix du patient quant aux professionnels libéraux et à l'officine de pharmacie, de mieux encadrer les relations entre ces professionnels et les HAD, de manière à ce que ceux-ci intègrent la démarche qualité et de traçabilité qui incombe aux HAD en tant qu'établissements de santé.

- circuit des produits de santé
 - Gérer de manière partagée et maîtrisée les informations du dossier patient relatives au circuit des produits de santé.
 - Atteindre les cibles en termes d'indicateurs de qualité relatifs à la « prise en charge médicamenteuse ».
 - Elaborer des cartographies des risques de la prise en charge médicamenteuse, notamment dans le cadre des interfaces et la mise en place des actions correctives.
 - Sensibiliser les professionnels et intervenants aux risques d'erreurs médicamenteuses, à leurs déclarations et aux analyses pluridisciplinaires et retours d'expériences.
- systèmes d'informations partagées
 - Engager les établissements et services d'HAD dans le déploiement du Dossier Médical Personnel (DMP) en lien avec les projets territoriaux relatifs au DMP ; l'objectif à échéance de 2016 est double :
 - ✓ Faire en sorte que toutes les HAD de la région aient une capacité d'accès au DMP ;

✓ Faire en sorte que 5 à 10% des séjours en HAD utilisent le DMP (récupération des synthèses médicales « amont » ou alimentation du DMP durant le séjour).

- Saisir l'opportunité du programme Hôpital Numérique pour améliorer le système d'information des établissements et services d'HAD :

- ✓ Etablir un état des lieux de l'informatisation des HAD régionales, leur maturité, leurs points forts et principales priorités ;
- ✓ Encourager et accompagner les structures HAD pour entrer dans le dispositif Hôpital Numérique ;
- ✓ Rechercher une approche mutualisée entre plusieurs HAD pour mener leur projet Hôpital Numérique ;
- ✓ Encourager les structures HAD à recourir à une assistance à maîtrise d'ouvrage pour leur projet Hôpital Numérique.

- Développer la télémédecine et les systèmes d'information déportés au lit du patient comme outil de surveillance et de suivi :

- ✓ Sensibiliser les professionnels de l'HAD à la télémédecine ;
- ✓ Identifier les priorités médicales et organisationnelles pour l'usage de la télémédecine en HAD.

• contractualisation

- Elaborer un contrat d'objectif spécifique pour chaque HAD autonome ; élaborer une fiche action spécifique pour les services d'HAD gérés par un établissement de santé.

Les CPOM et leurs avenants seront l'occasion de préciser l'organisation de la continuité et de la permanence des soins, les axes d'amélioration de la qualité des prises en charge, les différentes coordinations et coopérations nécessaires.

• polyvalence des HAD

Conserver le caractère polyvalent des HAD en :

- réduisant les inadéquations de prise en charge ;
- réservant l'activité de soins palliatifs et le codage de celle-ci aux prises en charge adéquates, réellement palliatives, et menées en lien avec les autres partenaires spécialisés du territoire.

• soins palliatifs

L'implication des HAD dans la prise en charge des soins palliatifs doit être poursuivie en veillant à :

- Renforcer la qualité des prises en charge par la mise en œuvre des mesures suivantes :

- ✓ Amélioration de la coordination des intervenants en soins palliatifs au domicile des patients sur la base d'un guide de recommandations à élaborer ; celui-ci s'appuiera sur les référentiels réglementaires ;
- ✓ Développement de la formation des personnels des HAD aux soins palliatifs : actions de sensibilisation à inscrire dans les plans de formation ;
- ✓ Respect du référentiel d'organisation des HAD annexé à la circulaire du 25 mars 2008 sur les soins palliatifs.

- Réserver l'activité de soins palliatifs aux prises en charge adéquates :

Dans ce cadre, il est rappelé que les prises en charge en soins palliatifs doivent être menées pour les situations adéquates, dans le respect du choix du patient, et en lien avec l'ensemble des professionnels de ce champ implantés sur le même territoire, les HAD ayant en effet une vocation polyvalente.

Une amélioration du codage des prises en charge s'impose par ailleurs. La nouvelle coupe menée par l'ARS en 2013 sera l'occasion, notamment, de vérifier ce point.

- Evaluer l'organisation et le fonctionnement des HAD par la mise en œuvre des mesures suivantes :
 - ✓ Mise en place d'indicateurs de suivi ;
 - ✓ Suivi de ces indicateurs dans le cadre de la revue annuelle des CPOM des établissements.
- chimiothérapie
 - Développer la chimiothérapie sous réserve de la reconnaissance des HAD comme établissements associés ;
 - Respecter les recommandations élaborées par l'INCa⁶³ pour les établissements associés sur les modalités de prise en charge et de préparation des chimiothérapies :
 - ✓ Déclinaison des modalités de prise en charge et de préparation des chimiothérapies par voie de convention avec un ou plusieurs établissements autorisés pour la pratique de la chimiothérapie ;
 - ✓ Pour les HAD intégrés à un ETS, nécessité de formaliser les modalités de prise en charge et de préparation des chimiothérapies dans un projet médical spécifique ;

Nécessité de respecter le futur référentiel national annoncé dans le plan cancer 2009-2013.

- pansements complexes
 - Améliorer la réalisation des pansements complexes par :
 - La reconnaissance d'au moins un centre expert hospitalier multidisciplinaire par territoire de santé ;
 - La coopération de l'HAD avec le centre-expert et les autres acteurs de santé ;
 - La formation des professionnels impliqués dont ceux de l'HAD.
- périnatalité et pédiatrie
 - Périnatalité :
 - ✓ Reconnaître une activité de périnatalité dans une HAD polyvalente par territoire de santé (situations pathologiques en l'ante et du post-partum et en néonatalogie), en lien avec chaque maternité de niveau III du territoire concerné ;
 - ✓ Recentrer l'activité de périnatalité autour des « recommandations de bonnes pratiques » ;
 - ✓ Intégrer l'activité de périnatalité de l'HAD dans le réseau professionnel existant (sages-femmes libérales, sages-femmes de PMI, médecins généralistes...).
 - Pédiatrie :
 - ✓ Réaliser une analyse des besoins dans le domaine de la prise en charge pédiatrique ;
 - ✓ Evaluer la prise en charge pédiatrique actuelle au sein des HAD polyvalentes de la région.
- transfusions

⁶³ Recommandations relatives aux relations entre les établissements autorisés pour la pratique de la chimiothérapie et les établissements dits « associés »

- Développer progressivement les transfusions sanguines pour les personnes âgées, dans un cadre suivi régionalement. L'objectif à terme est que la transfusion sanguine d'un patient puisse être réalisée dans tout type de domicile. Les maisons de retraite de centre hospitalier (MRCH) pourraient être un cadre privilégié pour développer, dans un premier temps, la transfusion en HAD. La rédaction d'un protocole écrit, la définition d'un profil de patient, ainsi que la formation des professionnels de santé impliqués sont les préalables requis pour la mise en place de la transfusion en HAD, afin de garantir la sécurité transfusionnelle au travers du respect des bonnes pratiques transfusionnelles. Pour ce faire l'ARS mettra en place une réflexion spécifique sur le sujet avec les établissements.

- prise en charge des personnes âgées au domicile personnel ou en EHPAD
 - Rédiger une convention-type régionale avec les SSIAD (prévue dans le volet « soins aux personnes âgées » du SROS et dans le SROMS) ; la diffuser (organisation d'une journée régionale de sensibilisation à destination des SSIAD et des HAD) ; en évaluer la portée.
 - Favoriser l'intervention des HAD dans les EHPAD dans le respect de la réglementation en vigueur (organisation de journées régionales de sensibilisation à destination des HAD et des EHPAD) ; inciter les HAD à signer des conventions avec les EHPAD ; évaluer la portée de ces actions grâce à l'analyse de l'activité des services et établissements d'HAD, au nombre de conventions signées, au suivi de la mise en œuvre de celles-ci.
 - Sensibiliser les médecins coordonnateurs d'EHPAD à l'intérêt de l'intervention de l'HAD.
 - Développer les prises en charge gériatriques en HAD : *« L'HAD est l'un des partenaires naturels de la filière dans la mesure où il peut offrir un relais adéquat à l'hospitalisation à temps plein pour des personnes âgées à leur domicile ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes sur la base d'indications protocolisées. (circulaire gériatrique 2007). »*

- activité de rééducation et l'intervention de l'HAD en établissements d'hébergement pour personnes handicapées
 - Concernant la place de l'HAD pour les personnes en situation de handicap ou porteuses d'une affection invalidante :
 - ✓ Engager une réflexion globale sur les modalités concrètes d'amélioration de l'accès aux soins des personnes handicapées à domicile ou dans chaque filière territoriale de soins en articulation avec l'HAD, les SSIAD, les SAMSAH....

 - ✓ Permettre aux personnes handicapées vivant en établissement médico-social (EMS) de bénéficier de l'intervention d'un établissement ou service d'HAD. La parution au JORF le 8 septembre 2012 de deux décrets permet désormais l'intervention des HAD dans les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement⁶⁴. Il conviendra d'organiser le suivi et l'évaluation de leur mise en œuvre.
 - ✓ Organiser l'intervention des établissements et services d'HAD en fonction de l'âge, des pathologies ou du type de handicap

 - Concernant plus particulièrement les soins de rééducation et de réadaptation fonctionnelles en HAD, il convient de favoriser et de développer les liens entre HAD et structures d'hospitalisation SSR dans le cadre des parcours de soins en :
 - ✓ intégrant les structures HAD dans l'outil « Trajectoire »⁶⁵, mais aussi dans chacune des coordinations territoriales de SSR au fur et à mesure de leur mise en place ;

⁶⁴ Décret 2012-1030 du 6 septembre 2012 relatif à l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile dans les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement
Décret 2012-1031 du 6 septembre 2012 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements d'hospitalisation à domicile intervenant dans les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement

⁶⁵ « Trajectoire » est une application informatique qui, à partir d'un annuaire des structures SSR de la région, vise à l'orientation optimale de la personne en fonction de ses besoins.

- ✓ définissant pour chaque HAD un ou des services SSR d'appui, avec lesquels seront formalisées des conventions de partenariat. Celles-ci viseront d'abord à améliorer la connaissance mutuelle entre acteurs, l'élaboration de procédures pour des consultations ou des échanges d'avis ;
- ✓ étudiant les modalités d'intervention d'équipes de médecine physique et de réadaptation (MPR) à partir des établissements de SSR spécialisés du territoire de l'HAD. Une expérimentation régionale entre structures volontaires, à l'image de la collaboration existant entre l'HAD de l'AP-HP et l'Hôpital de Saint Maurice dans le Val de Marne, ferait l'objet d'un suivi et d'une évaluation, tant au plan médical qu'au plan économique ;
- ✓ parallèlement, les limites du modèle de financement de l'HAD en termes de soins de réadaptation doivent inciter à faire évoluer le modèle, notamment en ce qui concerne :
 - les critères d'accès à l'HAD, du fait notamment des incompatibilités de certains codages entre eux ;
 - la valorisation des forfaits de séjour et de soins, ou groupes homogènes de tarif (GHT) afin de permettre réellement la réalisation de soins pluridisciplinaires de rééducation et de réadaptation à domicile ;
 - la valeur des tranches de durée de prise en charge, trop rapidement dégressives en matière de soins de réadaptation.

3. DECLINAISON EN IMPLANTATIONS

Maintien du nombre d'implantations actuelles. Toutes les zones de proximité sont en effet couvertes.

Territoires	implantations actuelles	Implantations cibles
Artois	4	4
Hainaut	3	3
Littoral	3	3
Métropole	5	5
REGION	15	15

ANNEXE 1 du volet « HAD » : SYNTHÈSE DES RESULTATS DE L'EVALUATION DES STRUCTURES D'HOSPITALISATION A DOMICILE DE LA REGION NORD PAS DE CALAIS (DRSM Nord Picardie)

Année 2008

Méthodologie de l'évaluation

Les structures d'Hospitalisation à Domicile sont des structures sanitaires, à ce titre chaque HAD a signé un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens avec l'ARH. Elles ont toutes une orientation stratégique commune à savoir :

- « contribuer à l'évaluation régionale des structures d'Hospitalisation à Domicile existantes ».

Cette orientation stratégique a été souhaitée par l'ARH car il était important, de faire le point sur les réponses apportées par les structures existantes :

- en termes de réponses aux besoins de la population,
- de respect des missions de l'HAD telles que définies dans les différentes circulaires,

L'évaluation régionale comprend trois volets :

- l'évaluation administrative,
- les données PMSI 2007,
- l'évaluation médicale.

1. L'évaluation administrative

L'évaluation administrative a été réalisée sous la forme d'un questionnaire rempli au sein du service HAD par les représentants de la CRAM. Cette évaluation s'est déroulée en Août et Septembre 2008 et avait pour objectif de vérifier :

- le respect des recommandations du cahier des charges HAD arrêté par la COMEX en 2004 (existence et composition du comité de coordination, projet médical, conventions de partenariats garantissant la continuité des soins),
- l'organisation de la structure HAD (locaux, ressources humaines),
- les conditions techniques de fonctionnement de l'HAD (modalités de prise en charge du patient, continuité des soins, système de communication à distance, conditions de transfert),

Enfin, les modalités d'évaluation et le contenu du règlement intérieur ont été également abordés dans ce questionnaire.

2. Les données PMSI 2007

Ces données sont issues des tableaux PMSI de la Plate forme E PMSI de l'ATIH. Elles ont été remaniées pour obtenir une base de données régionale sur l'activité des 13 structures HAD ouvertes au 31 décembre 2007.

Ces données portaient notamment sur :

- le nombre de RAPSS produits,
- la production du nombre de journées et de séjours,
- la production des séjours par tranche d'âge,
- l'âge moyen et médian des patients,
- la production du nombre de journées par indice de Karnofsky,
- le nombre de séquences,
- la production du nombre de journées par mode de prise en charge principal,
- la ventilation du nombre de journées produites en « Soins Palliatifs » par mode de prise en charge associé,

- la ventilation du nombre de journées produites en « pansements complexes » par mode de prise en charge associé,
- la production du nombre de séjours par mode de prise en charge principal,
- la durée moyenne de séjour par mode de prise en charge principal,
- la ventilation des modes d'entrée et de sortie des patients,
- la répartition des Groupes Homogènes de Tarifs (GHT)

Un certains nombres de ratios ont été établis et peuvent être comparés entre HAD, entre territoire de santé et enfin la région par rapport à certaines références nationales obtenues.

3. L'évaluation médicale :

L'évaluation médicale a été réalisée sous la forme d'une étude (coupe transversale) de la population prise en charge un jour donné (le 4 juin 2008) dans les structures HAD de la région, par les médecins conseils du service médical régional.

L'objectif était d'avoir une photographie à la fois quantitative et qualitative de la population prise en charge en HAD dans la région.

Les médecins conseils du régime général ont réalisé cette étude en se rendant dans chaque structure pour y recueillir les éléments des dossiers médicaux, des dossiers de soins et des cahiers de transmissions paramédicales de chaque patient présent le 4 juin 2008.

Le but de l'étude était de :

- recueillir des informations permettant d'évaluer l'état du patient à l'entrée en HAD et au jour de la coupe,
- répertorier les soins réalisés afin d'évaluer l'ensemble de la prise en charge délivrée par la structure HAD,
- à partir de ces éléments, se prononcer sur l'adéquation du patient à l'entrée,
- se prononcer également sur l'adéquation du patient le jour de la coupe.
- repérer les dysfonctionnements et les difficultés de la structure HAD dans la prise en charge et le parcours du patient.

Des éléments ont également été recueillis concernant les modalités d'entrée et la provenance des patients, la lourdeur de la prise en charge et les difficultés éventuelles éprouvées par la structure pour la sortie du patient.

Une grille par établissement reprenait les éléments d'activité quantitatifs et qualitatifs des deux années précédentes. (Méthodologie de l'évaluation médicale jointe en annexe).

Les Résultats

1. L'évaluation administrative

L'évaluation administrative des HAD réalisée en Aout et Septembre 2008 a permis de constater que les 13 structures ayant fonctionné en 2008 sur la Région Nord Pas de Calais respectaient globalement les recommandations du Cahier des Charges arrêté par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation en 2004. L'organisation des soins et les conditions techniques de fonctionnement sont également respectées par les structures HAD de la Région. Néanmoins, quelques ajustements restent à formaliser notamment des conventions de partenariat avec les SSIAD.

2. Les données PMSI

- Synthèse de l'analyse

L'analyse des données PMSI a porté sur 13 structures HAD ouvertes au 31 décembre 2007. Durant l'année 2007, 11 d'entre elles ont eu un fonctionnement complet, les deux autres n'ont eu qu'un fonctionnement partiel. Les constats sont les suivants.

- Près de 18000 RAPSS ont été transmis par l'ensemble des 13 HAD de la Région soit une progression de 63% par rapport à l'année 2006. Cette progression s'explique par la montée en charge de structures créées en 2006.
- Sur l'ensemble de la région on constate une occupation moyenne de l'ordre de 88% avec une dispersion allant de 7 à 160% du taux d'occupation.
- 90% des séjours réalisés par chaque HAD s'effectuent sur sa zone de proximité. Néanmoins, trois HAD se distinguent avec un recrutement important sur les zones de proximité voisines.
- La région a produit en 2007 plus de 205000 journées en HAD représentant 8,4% des journées nationales soit une moyenne de 15800 journées par HAD (11279 au niveau national). Cette production a progressé de 68% par rapport à 2006. La part la plus importante revient au territoire de l'Artois qui produit 40% des journées de la région pour une population représentant 28% de la population régionale.
- Tout mode de prise en charge confondu, la durée moyenne de séjour régionale en HAD est de 52 jours.
- 3931 patients ont été accueillis en 2007 dans les structures HAD de la région représentant un taux de recours de 0,10%. Ce taux diffère selon les territoires, l'Artois présentant le taux de recours le plus élevé à 0,13%.
- 302 patients en moyenne ont été pris en charge par HAD dans la région, représentant une prise en charge de 44 patients par jour. Pour les structures de l'Artois la moyenne est de 57 patients, pour la Métropole, elle est de 62 patients.
- La moyenne d'âge des patients pris en charge en HAD est de 65 ans, quelque soit le sexe. Sur le territoire Métropole, l'âge moyen est de 60 ans. On retrouve les patients les plus âgés sur le territoire de l'Artois avec une moyenne de 67 ans.
- 85% des journées produites dans la région concernent des patients dont l'IK est compris entre 30 et 50%.
- 6430 séjours ont été produits, soit environ 500 séjours en moyenne par HAD. Les territoires Artois et Métropole enregistrent respectivement 37% et 38% des séjours régionaux.
- 63,4% de la totalité des séjours concernent des patients de plus de 60 ans. C'est dans le territoire de la Métropole que l'on retrouve le plus fort pourcentage de patients âgés de moins de 60 ans. Par ailleurs, 174 séjours ont été recensés sur la région pour des patients âgés de moins de 18 ans.
- En 2007, on a enregistré une moyenne de 1,6 séjour par patient variant de 1,33 séjour à 2,38 séjours.
- Il a été recensé 9735 séquences sur la région en 2007. La part la plus importante de ces séquences est générée par le territoire de l'Artois (46%). Régionalement, le nombre moyen de séquences par séjour est de 1,5 et le nombre moyen de séquences par patient est de 2,48. La comparaison avec les durées de séquences nationales met en évidence un pourcentage moindre au niveau régional pour les durées de séquences les plus courtes.
- 47% des MPC concernent les « Soins Palliatifs » et les « Pansements complexes ». Ces MPC représentent 56% des prises en charge sur l'Artois, 62% sur le Hainaut, 48% sur le Littoral et la Métropole.
- 59% des journées régionales concernent les MPC « Soins Palliatifs » et Pansements Complexes » (Niveau national : 41%). La région se distingue par un pourcentage de journées consacrées au mode de prise en charge « Soins Palliatifs » de 37% contre 23% au niveau national.
- Le premier mode de prise en charge associée au MPC Principal « Soins Palliatifs » est la « prise en charge de la douleur » représentant 9,2% de l'ensemble des journées réalisées. Cette prise en charge associée représente au niveau national 6,2.
- Le premier mode de prise en charge associées du MPC Principal « Pansements complexes » est « Les soins de nursing lourds » représentant 6,8% de l'ensemble des journées réalisées. Cette prise en charge associée représente au niveau national 3,5%.

- En 2007, 5386 entrées en HAD ont été enregistrées au niveau régional. Le principal mode d'entrée en HAD se fait par « Transfert du Court Séjour » soit 65% des entrées, viennent ensuite les entrées provenant du domicile avec 29%.
- En 2007, 5331 sorties HAD ont été enregistrées au niveau régional. Le principal mode de sortie HAD se fait par retour au « Domicile » soit 38% des sorties, puis par « Transfert en court séjour » pour 36%. Il faut noter également en 2007 20% de décès en HAD.
- Pour la Région, on enregistre une valorisation brute totale de 46 442 589 € pour l'ensemble des HAD.
- Le coût moyen brut régional par jour est de 226 € versus 200 € au niveau national.
- Le coût moyen brut régional par séjour est de 7223 € pour 4692 € au niveau national.
- Le coût moyen brut régional par patient est de 11814 euros.

3. L'évaluation médicale

➤ Synthèse

L'étude médicale réalisée en juin 2008 par les médecins conseils a porté sur 13 des 15 structures autorisées dans la région Nord Pas de Calais. Elle a consisté à analyser la prise en charge des patients présents un jour donné dans les structures et a permis de faire les constats suivants :

- 745 patients étaient présents le jour de la coupe dans les 13 HAD étudiées, soit un taux d'occupation régional de 118,2 % calculé par rapport aux 630 places autorisées et installées.
- L'âge moyen des patients est de 67,6 ans, la répartition par sexe est de 51,6% pour les hommes et 49,4% pour les femmes. Une structure HAD se distingue des autres par un âge moyen à 53,3 ans du fait d'une activité spécifique de prise en charge en périnatalité.
- Le lieu de résidence lors de la prise en charge est à 94% le domicile personnel et seulement pour moins de 1% un établissement pour personnes âgées.
- La durée moyenne de présence en HAD était de 79,5 jours au jour de la coupe. Des différences importantes sont observées d'une structure à l'autre (de 16 à 125 jours).
- Le mode d'entrée le plus fréquent est le transfert d'un service de court séjour MCO et le médecin prescripteur est le plus souvent un praticien exerçant dans un établissement public ou PSPH.
- Les pathologies principalement prises en charge sont les tumeurs malignes (36%), les maladies du système nerveux (10%) les maladies du système circulatoire (9%), et les ulcères ou escarres (7%).
- Les modes de prises en charge les plus fréquents sont les soins palliatifs (34%) et les pansements complexes (18%).
- L'indice de Karnofsky évalué à l'entrée est compris entre 30 et 50% et évolue peu au cours du séjour.
- Le nombre de séquences de soins retrouvées depuis l'entrée est en moyenne de 2,2 par séjour avec des différences importante constatées d'une structure à l'autre (de 1,1 à 4,2).
- Les professionnels intervenant auprès des patients sont en majorité les IDE (96% des séjours), puis les aides soignantes (62% des séjours), les assistantes sociales (56%), les masseurs kinésithérapeutes (36%), les psychologues (28%), les diététiciennes (21%), les ergothérapeutes (17%). Des différences importantes sont notées d'une HAD à l'autre. Les sages femmes n'interviennent que dans la seule structure offrant une prise en charge en périnatalité.
- En moyenne, on compte 3 intervenants différents par patient, ce qui correspond bien à la pluridisciplinarité requise pour justifier une prise en charge en HAD. Le nombre moyen d'intervenant par séjour varie de 2 à près de 5 selon les HAD.
- Le contenu des soins infirmiers a été étudié ainsi que leur fréquence. Le nombre moyen d'actes différents effectués par l'IDE est de 2,3 (variation de 1,8 à 4,4 selon les structures). Le nombre moyen de passages au domicile du patient est de 11,7 fois par semaine (variation de 6 à 14 selon les structures).

- Les actes de masso-kinésithérapie ont été également étudiés. On constate la difficulté éprouvée par les responsables des HAD pour recueillir et connaître la prise en charge réellement effectuée sur les patients par les kinésithérapeutes de ville. Ce manque de traçabilité n'a pas rendu possible une étude plus approfondie de ces actes.
- Enfin, sur ces 745 patients pris en charge en HAD, 32 ont été jugés inadéquats à l'entrée dans la structure soit 4% des patients et 166 le jour de la coupe soit 22% des patients.
- La structure la plus adaptée en cas d'inadéquation était le plus souvent un SSIAD (60% à l'entrée et 50% au jour de la coupe) puis le secteur libéral (40% à l'entrée et 43% au jour de la coupe).
- Les responsables des HAD ont fait état des difficultés de sorties de leurs patients en SSIAD soit par manque de place soit par refus de prise en charge de patients estimés trop lourds.

Conclusions générales de l'évaluation

L'évaluation des structures d'hospitalisation à domicile de la région Nord Pas de Calais réalisée en 2008 a comporté trois volets :

- une analyse administrative des conditions techniques de fonctionnement et de la mise en place des différentes instances réglementaires,
- une étude de l'activité 2007 à partir des données du PMSI,
- une évaluation médicale réalisée sur les patients présents un jour donné, le 4 juin 2008 et sur la prise en charge effectuée depuis leur entrée en HAD.

L'ensemble des éléments recueillis et leur analyse permettent de faire les constats suivants :

- Actuellement, on compte 15 structures d'hospitalisation à domicile autorisées pour une totalité de 671 places. Ces structures sont réparties sur l'ensemble de la région et toutes les zones de proximité sont couvertes.

Ceci signifie que toute personne qui le souhaite et dont l'état de santé le justifie, peut bénéficier dans notre région d'une hospitalisation à domicile.

- Les conditions techniques de fonctionnement sont globalement respectées en termes de prise en charge des patients et de continuité des soins. Les différentes instances (CLIN, CLUD, COMEDIMS, CRUQ, Commission des antibiotiques) n'étaient pas été totalement mises en place mais devraient l'être en 2009.
- De 2006 à 2007, l'activité des HAD a progressé de 63%, le taux d'occupation moyen est de 88% en 2007. En 2008, le taux d'occupation instantané évalué lors de l'étude médicale est de 118%. La montée en charge se poursuit donc avec cependant de fortes disparités d'une structure à l'autre (de 33% pour l'HAD de Flandre Maritime à 267% pour l'HAD Artois-Ternois). C'est le bassin de vie de l'Artois qui produit la part la plus importante de l'activité avec 40% de l'activité régionale alors que la population du bassin de vie ne représente que 28% de la population régionale.
- 90% des séjours des HAD sont réalisés sur leur zone de proximité, ce qui implique que les zones géographiques attribuées lors des autorisations sont globalement respectées.
- La durée moyenne de séjour était de 52 jours en 2007. Elle est passée à 79 jours de présence au jour de l'étude en 2008. Ceci est dû à la prise en charge de plus en plus fréquente de patients au long cours (30% des patients ont plus de 3 mois de présence, 2 patients étaient pris en charge depuis plus de 2 ans).
- En moyenne, 302 patients ont été pris en charge par HAD durant l'année 2007, ce qui représente 44 patients pris en charge par HAD chaque jour. Pour les structures de l'Artois, la moyenne est de 57 patients; elle est de 62 patients pour la Métropole.

Les structures HAD de la région Nord Pas de Calais respectent globalement les conditions techniques de fonctionnement en termes de prise en charge et de continuité des soins.

Leur activité a fortement progressé en 2007 et 2008 grâce à la montée en charge des structures récentes mais aussi par un développement de l'activité au sein des HAD plus anciennes.

Les durées de séjours ont tendance à augmenter (de 52 à 79 jours) avec des prises en charge plus fréquentes de patients au long cours. On notera que c'est dans le bassin de vie de l'Artois que l'activité est la plus développée proportionnellement à la population générale.

- L'âge moyen des patients était de 65 ans en 2007 et de 67 ans en 2008. On note d'autre part qu'en 2007 et 2008, une seule HAD (Septentrion) effectuait des prises en charge en périnatalité. Depuis d'autres HAD se sont organisées pour assurer cette prise en charge spécifique sans qu'ait été vérifiée la conformité au cahier des charges figurant dans la circulaire de 2004.
- Le mode d'entrée le plus fréquent est le transfert d'un service hospitalier de court séjour (2/3 des cas en 2007) alors que 1/3 des patients viennent du domicile. Lors de l'analyse réalisée en 2008, cette proportion est passée à 81 % de transferts MCO et 18% venant du domicile. Les sorties se font, à part égale vers le domicile et par transfert en MCO. Ceci paraît bien positionner l'HAD en tant qu'alternative entre l'hospitalisation et le retour du patient à domicile. On constate que l'évolution semble se faire vers une augmentation des prises en charge en sortie d'hospitalisation. On notera en 2007 un taux de sortie pour décès de 20%.
- Les modes de prises en charge sont majoritairement constitués en 2007 par les soins palliatifs, ce qui constitue une spécificité régionale (37% dans le Nord Pas de Calais pour 23% au niveau national). Le second mode de prise en charge le plus fréquent est constitué par les pansements complexes. Les mêmes constats ont été faits lors de l'évaluation médicale de 2008 avec 34% de soins palliatifs et 18% de pansements complexes. Ceci est à mettre en parallèle avec les diagnostics déclarés des pathologies prises en charge constitués à 36% par les tumeurs malignes. Les autres pathologies sont les maladies du système nerveux (10%), les maladies du système circulatoire (9%) et les ulcères ou escarres (7%).

Le profil du patient pris en charge actuellement dans les structures HAD de la région est donc un patient de plus de 65 ans, venant d'un service d'hospitalisation de court séjour souffrant d'une pathologie néoplasique ou d'une affection neurologique ou vasculaire lourde et bénéficiant d'une prise en charge en soins palliatifs et /ou de pansements complexes. Il reste en moyenne 2 mois et demi au sein de la structure HAD.

- Les professionnels de santé intervenant auprès des patients sont pour 96% des séjours, des IDE associées dans 62% des cas aux aides soignantes, assistantes sociales (56%), masseurs kinésithérapeutes (36%), psychologues (28%), diététiciennes (21%) ergothérapeutes (17%). Des différences importantes sont notées d'une structure à l'autre. Les sages femmes n'interviennent que dans la seule structure offrant une prise en charge en périnatalité (HAD Septentrion). Le nombre moyen de passages au domicile du patient par semaine est de 11,7 avec une variation de 6 à 14 selon les structures. Les IDE effectuent en moyenne 2,3 actes différents lors de leurs interventions avec une variation de 1,8 à 4,4 selon les structures.

On peut donc conclure que globalement les 13 structures d'hospitalisation à domicile fonctionnant en 2008 offrent une prise en charge correspondant au caractère pluridisciplinaire, à la densité et à la complexité des soins tels que définis dans la circulaire du 20 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile.

Des différences nettes existent cependant entre les structures étudiées en ce qui concerne le contenu des soins, l'implication des différents intervenants et l'intensité de la prise en charge.

- Les médecins conseils ont constaté un nombre conséquent d'inadéquations, le jour de l'évaluation, de plus de 20% soit 1 malade sur 5. La plupart des patients inadéquats relevaient d'un service de soins infirmiers à domicile ou d'une prise en charge par le secteur libéral. Pour expliquer cet état de fait, les responsables des structures HAD ont fait part de leurs difficultés pour assurer la sortie des patients ne relevant plus d'une prise en charge en hospitalisation à domicile, en particulier en cas de relais nécessaire par un SSIAD ou par les infirmiers libéraux.

Les relations avec ces acteurs de terrains doivent être développées par le biais de conventions de partenariat permettant d'assurer une meilleure fluidité du dispositif de soins et d'éviter que ces inadéquations, outre le coût excessif qu'elles engendrent, limitent les possibilités de prise en charge pour d'autres patients qui le justifieraient.

- Les médecins conseils ont également relevé de nombreuses anomalies de codage dans le cadre de la tarification T2A (diagnostics incorrects, modes de prises en charge ne correspondant pas à la prise en charge réellement effectuée ou ne respectant pas les consignes de codage, changements de séquence abusifs ou insuffisants, cotation aléatoire de l'indice de Karnofsky). Les dossiers de soins et les dossiers médicaux étaient souvent insuffisants, ne reprenant pas les éléments réglementaires figurant au code de santé publique ni certaines informations justifiant les modalités de prise en charge et la trace de chacune des interventions dont le patient a bénéficié.

Un réel effort de formation doit être accompli dans ces domaines à destination des médecins coordinateurs et du personnel des structures HAD afin que le codage PMSI soit plus fiable et plus rigoureux. La qualité du dossier médical doit être améliorée et la traçabilité des interventions effectuées dans le cadre de la prise en charge du patient doit être assurée de façon exhaustive.

ANNEXE 2 du volet « HAD » : OFFRE HOSPITALIERE

Hospitalisation à Domicile au 31 décembre 2009 en Nord-Pas-de-Calais

Territoire de Santé (Source ARS)	Population 2008 (Source INSEE)	Etablissement de Santé HAD (Source ARS)	Activité exprimée en nombre de journées/2009 (Source epmsi ATIH)	journées pour 100000 habitants (Source FNEHAD)	patients pris en charge par jour en moyenne (Source FNEHAD)	patient par jour pour 100000 habitants (Source FNEHAD)
ARTOIS - DOUAISIS	1 153 748		101 365	8 785	278	24
ZP Arras	244 511	HAD des pays de l'Artois et du Ternois	30 617	12 521	84	34
ZP Béthune-Bruay	292 122	HAD du Béthunois	16 130	5 521	44	15
ZP Douai	247 626	HAD du Douaisis	20 013	8 082	55	22
ZP Lens-Hénin	369 489	Santé Services Lens HAD	34 605	9 366	95	26
HAINAUT - CAMBRESIS	742 790		42 063	5 663	115	15
ZP Cambrai	159 562	HAD du Cambrasis	18 620	11 669	51	32
ZP Sambre Avesnois	234 131	HAD du Val de Sambre	12 398	5 295	34	14
ZP Valenciennes	349 097	HAD du Hainaut	11 045	3 164	30	9
LITTORAL	808 490		45 688	5 651	125	15
ZP Audomarois	118 253	HAD de Calais St Omer	17 463	6 281	48	17
ZP Calais	159 778					
ZP Boulonnais	162 766	HAD du Littoral	17 273	6 272	47	17
ZP Montreuillois	112 612					
ZP Dunkerquois	255 081	HAD de Flandre Maritime	10 952	4 293	30	12
METROPOLE	1 319 462		90 803	6 881	249	19
ZP Flandre intérieure	179 287	HAD de Flandre intérieure	9 478	5 286	26	14
ZP Lille	718 605	Hopidom	7 617	7 133	21	20
		HAD Synergie	4 861		13	
ZP Roubaix-Tourcoing	421 570	HAD Anais	18 761		51	
		SANTELYS HAD	50 086		138	
Région Nord Pas de Calais	4 024 490	15	279 919	6 955	767	19
France Métropolitaine DOM TOM	63 961 956					

Hospitalisation à Domicile au 31 décembre 2010 en Nord-Pas-de-Calais

Territoire de Santé (Source ARS)	Population 2008 (Source INSEE)	Etablissement de Santé HAD (Source ARS)	Activité exprimée en nombre de journées/2010 (Source epsi ATIH)	journées pour 100000 habitants (Source FNEHAD)	patients pris en charge par jour en moyenne (Source FNEHAD)	patient par jour pour 100000 habitants (Source FNEHAD)
ARTOIS - DOUAISIS	1 153 748		95 961	8 317	263	23
ZP Arras	244 511	HAD des pays de l'Artois et du Ternois	19 419	7 942	53	22
ZP Béthune-Bruay	292 122	HAD du Béthunois	17 588	6 020	48	16
ZP Douai	247 626	HAD du Douaisis	22 194	8 962	61	25
ZP Lens-Hénin	369 489	Santé Services Lens HAD	36 760	9 949	101	27
HAINAUT - CAMBRESIS	742 790		42 392	5 707	116	16
ZP Cambrai	159 562	HAD du Cambrasis	18 185	11 397	50	31
ZP Sambre Avesnois	234 131	HAD du Val de Sambre	12 447	5 316	34	14
ZP Valenciennes	349 097	HAD du Hainaut	11 760	3 368	32	9
LITTORAL	808 490		63 862	7 899	175	22
ZP Audomarois	118 253	HAD de Calais St Omer	20 861	7 503	57	20
ZP Calais	159 778					
ZP Boulonnais	162 766	HAD du Littoral	25 791	9 365	71	26
ZP Montreuillois	112 612					
ZP Dunkerquois	255 081	HAD de Flandre Maritime	17 210	6 747	47	18
METROPOLE	1 319 462		95 636	7 248	262	20
ZP Flandre intérieure	179 287	HAD de Flandre intérieure	9 743	5 434	27	15
ZP Lille	718 605	Hopidom	13 904	7 533	38	21
ZP Roubaix-Tourcoing	421 570	HAD Synergie	5 499		15	
		HAD Anais	19 167		52	
		SANTELYS HAD	47 323		130	
Région Nord Pas de Calais	4 024 490	15	297 851	7 401	816	20
France Métropolitaine DOM TOM	63 961 956	293	3 629 777	5 674	9 944	15

Hospitalisation à Domicile au 31 décembre 2011 en Nord-Pas-de-Calais

Territoire de Santé (Source ARS)	Population 2008 (Source INSEE)	Etablissement de Santé HAD (Source ARS)	Activité exprimée en nombre de journées/2011 (Source epmsi ATIH)	journées pour 100000 habitants (Source FNEHAD)	patients pris en charge par jour en moyenne (Source FNEHAD)	patient par jour pour 100000 habitants (Source FNEHAD)
ARTOIS - DOUAISIS	1 153 748		87 989	7 626	241	21
ZP Arras	244 511	HAD des pays de l'Artois et du Ternois	14 116	5 773	39	16
ZP Béthune-Bruay	292 122	HAD du Béthunois	16 064	5 199	44	15
ZP Douai	247 626	HAD du Douaisis	21 280	8 594	58	23
ZP Lens-Hénin	369 489	Santé Services Lens HAD	36 529	9 886	100	27
HAINAUT - CAMBRESIS	742 790		43 846	5 903	120	16
ZP Cambrai	159 562	HAD du Cambrais	19 397	12 156	53	33
ZP Sambre Avesnois	234 131	HAD du Val de Sambre	12 781	5 459	35	15
ZP Valenciennes	349 097	HAD du Hainaut	11 668	3 342	32	9
LITTORAL	808 490		72 131	8 922	198	24
ZP Audomarois	118 253	HAD de Calais St Omer	22 576	8 120	62	22
ZP Calais	159 778					
ZP Boulonnais	162 766	HAD du Littoral	31 552	11 458	86	31
ZP Montreuillois	112 612					
ZP Dunkerquois	255 081	HAD de Flandre Maritime	18 003	7 058	50	19
METROPOLE	1 319 462		95 554	7 242	262	20
ZP Flandre intérieure	179 287	HAD de Flandre intérieure	10 280	5 734	28	15,5
ZP Lille	718 605	Hopidom	15 289	7 479	42	20,5
ZP Roubaix-Tourcoing	421 570	HAD Synergie	6 192		17	
		HAD Anais	14 883		41	
		SANTELYS HAD	48 910		134	
Région Nord Pas de Calais	4 024 490	15	299 520	7 442	821	20,4
France Métropolitaine DOM TOM	63 961 956					

ANNEXE 3 du volet « HAD » : ANALYSE DU MODE DE PRISE EN CHARGE EN HOSPITALISATION A DOMICILE DANS LA REGION NORD-PAS-DE-CALAIS

Année 2010 (données PMSI)

Mode de Prise en charge principal (MPP)	TERRITOIRE ARTOIS DOUAISIS		TERRITOIRE HAINAUT CAMBRESIS		TERRITOIRE LITTORAL		TERRITOIRE METROPOLE		REGION NORD PAS DE CALAIS	
	Journées	%	Journées	%	Journées	%	Journées	%	Journées	%
01- Assistance Respiratoire	1108	1,15	2177	5,14	2983	4,67	1438	1,50	7706	2,59
02- Nutrition Parentérale	973	1,01	583	1,38	630	0,99	1595	1,67	3781	1,27
03- Traitement Intraveineux	3159	3,29	2373	5,60	1699	2,66	5384	5,63	12615	4,24
04- Soins Palliatifs	40812	42,53	22323	52,66	27833	43,58	27621	28,88	118589	39,81
05 -Chimiothérapie Anticancéreuse	12	0,01	57	0,13	0	0,00	1553	1,62	1622	0,54
06- Nutrition entérale	9131	9,52	1971	4,65	6684	10,47	6764	7,07	24550	8,24
07- Prise en Charge de la douleur	88	0,09	53	0,13	241	0,38	581	0,61	963	0,32
08- Autres Traitements	2055	2,14	750	1,77	2774	4,34	5603	5,86	11182	3,75
09- Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	22732	23,69	8679	20,47	10298	16,13	16178	16,92	57887	19,43
10- Post-traitement Chirurgical	2941	3,06	576	1,36	2191	3,43	5625	5,88	11333	3,80
11- Rééducation Orthopédique	979	1,02	11	0,03	1508	2,36	2385	2,49	4883	1,64
12- Rééducation Neurologique	269	0,28	58	0,14	391	0,61	3123	3,27	3841	1,29
13- Surveillance Post chimiothérapie Anticancéreuse	674	0,70	299	0,71	209	0,33	517	0,54	1699	0,57
14- Soins de Nursing Lourds	8207	8,55	2418	5,70	4320	6,76	5145	5,38	20090	6,74
15- Education du patient et/ou de son entourage	400	0,42	18	0,04	438	0,69	1848	1,93	2704	0,91
17- Surveillance de Radiothérapie	0	0,00	46	0,11	0	0,00	0	0,00	46	0,02
18- Transfusion Sanguine	0	0,00	0	0,00	0	0,00	8	0,01	8	0,00
19- Surveillance de grossesse à risque	1759	1,83	0	0,00	0	0,00	4581	4,79	6340	2,13
20- Retour Précoce à domicile après Accouchement	511	0,53	0	0,00	1432	2,24	58	0,06	2001	0,67
21- Postpartum Pathologique	8	0,01	0	0,00	231	0,36	1935	2,02	2174	0,73
22- Prise en charge du nouveau-né à risque	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3691	3,86	3691	1,24
24- Surveillance d'Aplasie	143	0,15	0	0,00	0	0,00	3	0,00	146	0,05
TOTAUX	95961	100,00	42392	100,00	63862	100,00	95636	100	297851	100,00

ANNEXE 4 du volet « HAD » : LES TRANSFUSIONS SANGUINES A DOMICILE : UNE ALTERNATIVE A L'HOSPITALISATION POUR LES PATIENTS AGES FRAGILES QUI SOUFFRENT D'ANEMIE CHRONIQUE

P Boulanger (1); T Comont (2); T Challan-Belval (3); MF Thiercelin (4); S Ollier (3); C Récher (5); D Adoue (2); O Beyne-Rauzy (2);
Congrès de médecine interne – juin 2011

La prise en charges d'anémies chroniques par transfusions sanguines reste une situation fréquente chez les sujets âgés fragiles. Les principales étiologies sont les hémopathies malignes au premier rang desquelles les myélodysplasies. Les transfusions sanguines sont habituellement réalisées à l'hôpital ce qui oblige les patients à effectuer des séjours itératifs source de stress et déstabilisants pour les sujets âgés fragiles. Des alternatives se développent à travers les structures d'hospitalisation à domicile (HAD) qui permettent grâce au rôle central du médecin référent du patient d'assurer les transfusions sanguines à domicile (1,2). Nous rapportons notre expérience de transfusions à domicile effectuées depuis 3 ans.

Patients et Méthodes

Depuis 2009 notre hôpital a développé une structure d'hospitalisation à domicile permettant de prendre en charge les transfusions sanguines et certaines chimiothérapies à domicile. Plus de 220 culots globulaires ont été transfusés à domicile. Les indications, effets indésirables, coûts et faisabilité ont été évalués en comparaison avec les transfusions réalisées en hospitalisation de jour sur la même période.

Résultats

116 transfusions ont été réalisées chez 25 patients, d'âge moyen 78,6 ans. 16/25 patients (64%) présentaient une myélodysplasie ou une leucémie aiguë myéloïde. Il n'a pas été observé d'effet indésirable grave. Dans 10 cas la transfusion à domicile n'a pas été possible en raison de l'indisponibilité de l'HAD ou du médecin référent. Aucun patient n'a refusé cette modalité de transfusion. L'évaluation économique est en faveur du soin à domicile.

Conclusion

La transfusion à domicile est une modalité de prise en charge sûre qui convient particulièrement aux sujets âgés fragiles. Le choix d'un traitement à domicile est une préférence fréquemment exprimée par les patients et qui améliore leur qualité de vie en particulier pour les sujets pour lesquels le maintien à domicile est une priorité. La valorisation de cet acte à domicile reste incontournable pour permettre aux structures d'HAD de poursuivre cette modalité si attrayante pour le patient.

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

1. CONTEXTE LEGISLATIF ET REGLEMENTAIRE

1.1. Textes

Le traitement de l'insuffisance rénale chronique est une activité de soins soumise à autorisation au sens de l'article L.6122-1 du CSP. Les objectifs quantifiés de l'offre de soins sont exprimés (Art. D.6121-7 CSP) par territoire de santé, en nombre d'implantations et peuvent également être exprimés par territoire en temps maximum d'accès à un établissement exerçant l'activité de soins en question.

Les conditions d'implantation des activités de traitement de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) par épuration extra rénale (EER) sont régies par les articles R.6123-54 à R.6123-68 du CSP. Elles concernent :

- L'hémodialyse en centre (HD en centre ou CL)

Le centre d'hémodialyse prend principalement en charge des patients traités par hémodialyse périodique, dont l'état de santé nécessite au cours de la séance la présence permanente d'un médecin

- L'hémodialyse en unité de dialyse médicalisée (UDM)

L'unité de dialyse médicalisée accueille des patients qui nécessitent une présence médicale non continue pendant la séance de traitement ou qui ne peuvent ou ne souhaitent pas être pris en charge à domicile ou en unité d'autodialyse.

- L'hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée (AutoD)

L'autodialyse dite simple est offerte à des patients formés à l'hémodialyse, en mesure d'assurer eux-mêmes tous les gestes nécessaires à leur traitement. L'autodialyse assistée est offerte à des patients formés à l'hémodialyse, mais qui requièrent l'assistance d'un infirmier ou d'une infirmière pour certains gestes.

- La dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale (DP)

L'hémodialyse à domicile est offerte à un patient, formé à l'hémodialyse, en mesure d'assurer couramment tous les gestes nécessaires à son traitement, en présence d'une personne de son entourage, qui peut lui prêter assistance. La dialyse péritonéale est réalisée à domicile ou dans le lieu où le patient réside, même temporairement. Pour l'application de cette disposition, le service de soins de longue durée ou la maison de retraite est regardé comme un lieu de résidence du patient.

Les conditions techniques de fonctionnement sont régies par les articles D.6124-64 à D.6124-90 du CSP.

Deux dispositions récentes visent à favoriser des soins de proximité :

Le décret 2012-202 du 10 février 2012 modifie les conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé qui exercent l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extra rénale. Le développement des unités de dialyse médicalisées (UDM) fonctionnant par télé-médecine permet de proposer, en complément des autres modalités de dialyse, une offre d'hémodialyse intermédiaire entre le centre et l'autodialyse, et d'organiser ainsi une offre de soins plus diversifiée.

La sécurité des soins impose certaines exigences :

- Elaboration et mise en œuvre de protocoles permettant d'assurer la continuité des soins en cas d'urgence vitale ou non,
- Conclusion de convention entre l'UDM et le SMUR lorsque l'UDM ne se situe pas dans un établissement de soins disposant de compétences médicales de réanimation et d'urgence ;
- L'organisation de la consultation mensuelle si possible sur site dans la suite de la séance de dialyse

Le décret 2011-1602 du 21 novembre 2011 permet la prise en charge sur l'enveloppe des soins de ville des actes de dialyse péritonéale réalisés par des infirmiers libéraux intervenant en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, en excluant ces frais du périmètre du forfait de soins des EHPAD.

1.2. Programme de gestion du risque sur l'insuffisance rénale chronique

Le programme national de gestion du risque est transcrit dans l'instruction n° DGOS/R3/DSS/ MCGR/2012/52 du 27 janvier 2012 relative au programme de gestion du risque sur l'insuffisance rénale chronique terminale (GDR-IRCT).

Deux objectifs majeurs :

1. Conforter et renforcer la greffe rénale pour atteindre un taux national approchant les 49% en 2018 (45,7% en 2013 et 47,5% en 2016) de patients vivants avec un greffon fonctionnel rapporté à la population des patients atteints d'IRCT,
2. Développer les prises en charge hors centre des nouveaux patients pour une meilleure accessibilité et proximité des soins de dialyse. L'objectif est, en effet, de contribuer à modifier les pratiques professionnelles d'orientation des nouveaux malades afin de rééquilibrer l'offre et d'atteindre, au niveau national, un taux de patients incidents hors centre de 40% en 2016 et 45% en 2018 (versus 28% en 2010). Compte tenu des besoins des patients, si le nombre incident de patients admis en centre diminue, deux modalités de prise en charge seront appelées à se renforcer principalement: la dialyse péritonéale (DP) et l'unité de dialyse médicalisée (UDM), fonctionnant, en particulier, par télé-médecine.

La prise en charge en dialyse de proximité constitue une des orientations majeures du guide SROS-PRS : l'objectif est de proposer une offre de dialyse plus accessible pour le patient, tout en réduisant les coûts de transports.

Dans ce contexte, l'instruction ministérielle du 27 janvier 2012 propose des repères régionaux pour l'élaboration de projets d'offre de greffe et de dialyse, sous la forme de taux de progression différenciés, qui tiennent compte des situations régionales observées en 2009-2010 :

PROPOSITION : PART DE LA GREFFE DANS LE TOTAL DES TRAITEMENTS DE L'IRCT

		OBSERVES		PROPOSITIONS		
		2009	2010	2013	2016	2018
France	Dialysé	35 767	38 632	42 214	46 129	49 938
26 régions	Porteur de greffon	27 865	30 197	35 462	41 686	46 456
	Part de la greffe	43,8%	43,9%	45,7%	47,5%	48,7%
Nord Pas de Calais	Dialysé	2919	3018	3298	3604	3823
	Porteur de greffon	1413	1446	1722	2051	2305
	Part de la greffe	36,2%	32,4%	34,3%	36,3%	37,6%

PROPOSITION : PART DE LA DIALYSE A J90 DU DEMARRAGE

		OBSERVES		PROPOSITIONS		
		2009	2010	2013	2016	2018
France	CL (HD en centre)	6 033	6 264	6 200	5 965	5 669
	% CL	70%	72%	67%	61%	55%
	UDM	551	574	844	1 235	1 595
	% UDM	6%	7%	9%	13%	16%
	AutoD	920	895	961	1 028	1 076
	% AutoD	11%	10%	10%	10%	11%
	DP	1 077	1 008	1 271	1 615	1 901
	% DP	13%	12%	14%	16%	19%
Nord Pas de Calais	CL (HD en centre)	500	506	500	480	456
	% CL	71%	73%	68%	61%	56%
	UDM	27	26	40	60	80
	% UDM	4%	4%	6%	8%	10%
	AutoD	74	75	82	90	95
	% AutoD	11%	11%	11%	12%	12%
	DP	100	83	110	147	178
	% DP	14%	12%	15%	19%	22%

- Dans les deux occurrences, les propositions s'expriment en nombre de patients et non de séances. En *matière de greffes*, l'indicateur renvoie aux *cas prévalents d'IRCT*.
- En *matière de dialyse*, pour chaque modalité d'épuration extra rénale, l'indicateur s'exprime en *cas incidents*, à *J90 du démarrage*.

2. CHIFFRES CLES DE LA PRISE EN CHARGE DE L'IRCT

L'IRC constitue une préoccupation grave :

- Individuelle : en raison du facteur de risque qu'elle représente et des contraintes qu'elle entraîne,
- Collective : en raison de sa prévalence en hausse (plus 4% par an), et du coût financier et social engendré à son stade ultime par son traitement répétitif par rein artificiel.

2.1. Données Réseau Epidémiologique et Information en Néphrologie (REIN) 2010

2.1.1. Données nationales (23 régions)

Incidence (nouveaux cas ou flux)

En 2010, 9 439 nouveaux cas résidants dans 23 régions sont recensés soit un taux d'incidence de 149 par million d'habitants (pmh), répartis en :

- 8 123 dialysés
- 316 bénéficiaires de greffe préemptive (greffe d'emblée) soit 3,2%

La hausse annuelle de l'incidence globale de l'IRCT est estimée à 1.5%.

Elle caractérise les pays industrialisés. Même si en matière d'étiologie les données épidémiologiques restent incertaines, plusieurs phénomènes sont identifiés :

- Réduction des causes de mortalité plus précoce
- Allongement corollaire de la durée de vie
- Fréquence accrue du diabète sucré
- Néphrotoxicité de métaux lourds et de solvants (risque professionnel)
- Néphrotoxicité de nombreux médicaments

Prévalence (cas déjà enregistrés ou stock)

En 2010, le nombre de cas d'IRCT pris en charge est de 67 270 soit un taux de prévalence de 1 060 pmh se répartissant en :

- 34 850 en hémodialyse, 549 pmh
- 2 579 en dialyse péritonéale, 41 pmh
- 29 841 greffés, 470 pmh

Les sujets concernés sont donc en nombre relativement restreint mais le poids économique de l'épuration extra rénale ou EER (2% des dépenses de santé) tout autant que le handicap prolongé vécu par les sujets en dialyse, sont considérables.

2.1.2. Données Nord Pas de Calais

Incidence

699 cas soit 172 pmh, répartis en :

- 685 dialysés
- 14 bénéficiaires de greffe préemptive soit 2%

Prévalence

4 464 cas soit un taux de 1 097 pmh, répartis en :

- 2 806 en hémodialyse, 690 pmh
- 210 en dialyse péritonéale, 52 pmh
- 1 446 greffés, 355 pmh

Au plan médical, la population incidente est plutôt plus jeune que dans l'ensemble des autres régions (âge médian 70,3 ans vs 70,8 ans), mais également plutôt en moins bonne santé :

- Poids du diabète : 49,6% des cas
- Poids des maladies cardio-vasculaires : 64,3%,
- Fréquence de l'obésité : 39,4% d'IMC ≥ 30 ,
- Fréquence de l'hémodialyse en urgence : 35.6%

INCIDENCE

Tableau 3-2. Incidence 2010 des traitements de l'insuffisance rénale terminale par région
(par million d'habitants)
2010 incidence of treated ESRD, by region (counts, crude and standardized rates per million
population)

	n	Taux brut	Taux standardisé	Intervalle de confiance à 95% du taux standardisé	Indice comparatif d'incidence	Intervalle de confiance à 95% de l'indice comparatif d'incidence
Alsace	319	170	183	[163- 203]	1,23	[1,10- 1,38]
Aquitaine	447	140	125	[114- 137]	0,84	[0,77- 0,93]
Auvergne	180	134	115	[98- 132]	0,77	[0,67- 0,90]
Basse Normandie	173	118	109	[93- 125]	0,73	[0,63- 0,85]
Bourgogne	254	155	136	[119- 153]	0,91	[0,81- 1,04]
Bretagne	383	121	113	[102- 124]	0,76	[0,69- 0,84]
Centre	432	170	156	[141- 170]	1,05	[0,95- 1,15]
Champagne-Ardenne	210	158	155	[134- 176]	1,04	[0,91- 1,19]
Corse	42	147	128	[89- 167]	0,86	[0,64- 1,17]
Franche-Comté	169	145	141	[120- 163]	0,95	[0,82- 1,11]
Haute Normandie	279	153	158	[140- 177]	1,07	[0,95- 1,20]
Ile de France	1 645	141	165	[157- 173]	1,11	[1,06- 1,16]
La Réunion	217	258	306	[340- 453]	2,67	[2,31- 3,07]
Languedoc Roussillon	436	164	147	[133- 180]	0,89	[0,80- 1,08]
Limousin	112	153	124	[101- 147]	0,83	[0,69- 1,01]
Lorraine	442	189	188	[170- 205]	1,26	[1,15- 1,39]
Midi-Pyrénées	445	155	140	[127- 153]	0,94	[0,86- 1,04]
Nord-Pas de Calais	699	172	196	[181- 210]	1,32	[1,22- 1,42]
Pays de Loire	387	109	107	[96- 118]	0,72	[0,65- 0,80]
Picardie	309	162	173	[153- 192]	1,16	[1,04- 1,30]
Poitou-Charentes	229	131	112	[97- 127]	0,75	[0,66- 0,86]
Provence-Alpes-Côte d Azur	814	165	149	[138- 159]	1,00	[0,93- 1,07]
Rhône-Alpes	816	132	136	[127- 145]	0,92	[0,85- 0,98]
Total 23 régions	9 439	149	149	[146- 152]		

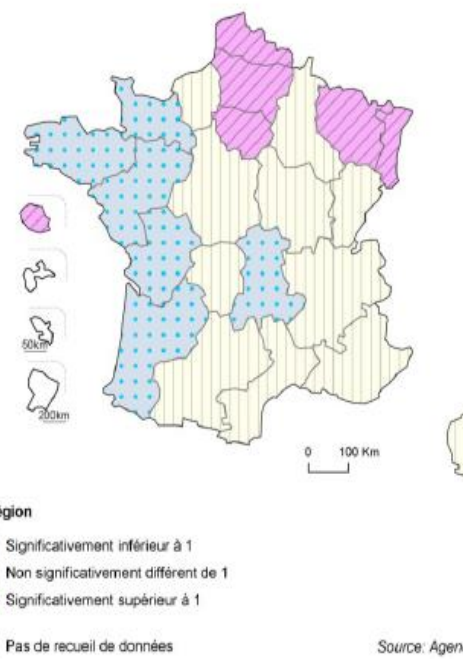


Figure 3-1. Variations régionales de l'indice comparatif d'incidence de l'insuffisance rénale terminale traitée en 2010

PREVALENCE

Tableau 4-1. Prévalence globale de l'insuffisance rénale terminale traitée par dialyse ou greffe au 31/12/2010 par région (par million d'habitants)

Total prevalence of treated ESRD on December 31, 2010, by region
(counts, crude and standardized rates per million population)

	n	Taux brut	Taux standardisé	Intervalle de confiance à 95% du taux standardisé	Indice Comparatif de prévalence	Intervalle de confiance à 95% de l'indice comparatif
Alsace	2 047	1 089	1 128	[1 078- 1 177]	1,07	[1,02- 1,12]
Aquitaine	3 472	1 084	993	[960- 1 028]	0,94	[0,91- 0,97]
Auvergne	1 275	950	845	[798- 892]	0,80	[0,75- 0,85]
Basse Normandie	1 386	932	885	[838- 932]	0,84	[0,79- 0,89]
Bourgogne	1 605	981	888	[844- 931]	0,84	[0,80- 0,88]
Bretagne	2 828	893	851	[820- 883]	0,81	[0,77- 0,84]
Centre	2 773	1 089	1 017	[979- 1 055]	0,96	[0,93- 1,00]
Champagne-Ardenne	1 258	947	930	[879- 981]	0,88	[0,83- 0,93]
Corse	284	993	888	[784- 992]	0,84	[0,74- 0,96]
Franche-Comté	1 117	959	937	[882- 992]	0,89	[0,83- 0,94]
Haute Normandie	1 828	999	1 020	[973- 1 067]	0,96	[0,92- 1,01]
Ile de France	13 013	1 114	1 247	[1 225- 1 268]	1,18	[1,16- 1,20]
La Réunion	1 584	1 844	2 745	[2 600- 2 890]	2,80	[2,46- 2,75]
Languedoc Roussillon	3 126	1 167	1 082	[1 044- 1 120]	1,02	[0,99- 1,06]
Limousin	767	1 049	894	[830- 958]	0,85	[0,78- 0,91]
Lorraine	2 624	1 122	1 106	[1 064- 1 148]	1,05	[1,01- 1,09]
Midi-Pyrénées	3 002	1 044	989	[934- 1 004]	0,92	[0,88- 0,95]
Nord-Pas de Calais	4 484	1 097	1 206	[1 170- 1 242]	1,14	[1,11- 1,18]
Pays de Loire	3 281	925	913	[882- 944]	0,86	[0,83- 0,89]
Picardie	1 849	971	1 004	[958- 1 050]	0,95	[0,91- 1,00]
Poitou-Charentes	1 640	935	841	[800- 882]	0,80	[0,76- 0,84]
Provence-Alpes-Côte d'Azur	5 719	1 153	1 075	[1 047- 1 103]	1,02	[0,99- 1,04]
Rhône-Alpes	6 388	1 024	1 048	[1 022- 1 073]	0,99	[0,97- 1,02]
Total 23 régions	67 270	1 080	1 057	[1 049- 1 065]		

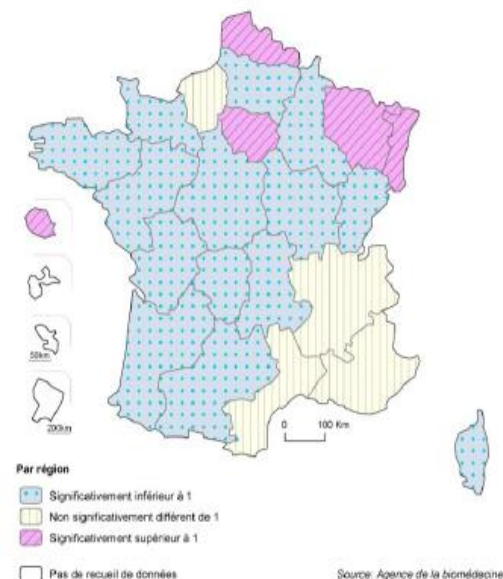


Figure 4-1. Variations régionales de l'indice comparatif de prévalence globale de l'insuffisance rénale terminale traitée par dialyse ou greffe au 31/12/2010

2.2. Données Agence de la Biomédecine (Fiche régionale 2010, Rapport d'activité prélèvement et greffe 2011)

Les chiffres clés concernant l'activité de greffe dans la Région sont les suivants :

- En attente au 1^{er} janvier 2010 sur liste d'attente : 319 patients
- Nouveaux inscrits : 201
- Greffés : 109 (26,9 pmh)
- Soit un taux d'accès à la greffe de 21% (France 25%)
- Poids des donneurs vivants : 7% (France 10%)
- Médiane d'attente avant greffe : 15,2 mois
- % des greffons prélevés en dehors de la région parmi ceux greffés dans la région : 39%
- % des greffons greffés en dehors de la région parmi ceux prélevés dans la région : 60%
- Durée moyenne d'ischémie froide (hors donneur vivant, décès par arrêt cardiaque et greffe combinée) : 18,5 heures (France 17,5).

Deux évolutions récentes sont notables :

Concernant les greffes proprement dites, en 2011, 134 patients furent greffés (32,6 pmh) soit un accroissement de 32% par rapport à 2010. cette augmentation devrait se poursuivre compte tenu des moyens accrus mis à disposition du CHRU de Lille au profit de cette activité. le chiffre de 155 greffes annuelles est envisageable, soit un ratio de 37,8 pmh.

Concernant l'activité de recensement et de prélèvement des sujets en état de mort encéphalique (SME) l'activité 2011 s'est renforcée dans ses deux composantes :

Prélèvements sur sujets en état de mort encéphalique				
		2009	2010	2011
Sujets recensés	Nombre	216	190	226
	Pmh	53,2	46,9	55,7
Sujets prélevés	Nombre	96	85	119
	Pmh	23,7	21	29,3
Prélevés / Recensés %		44,5	44,7	52,7

Les ratios nationaux, 48,7 pmh en recensement 24,1 en prélèvement, ont été dépassés en 2011.

Plus précisément, le recensement a augmenté pour huit établissements sur quinze, mais les plus gros contributeurs restent le CHRU de Lille, le CH de Lens et le CH de Valenciennes.

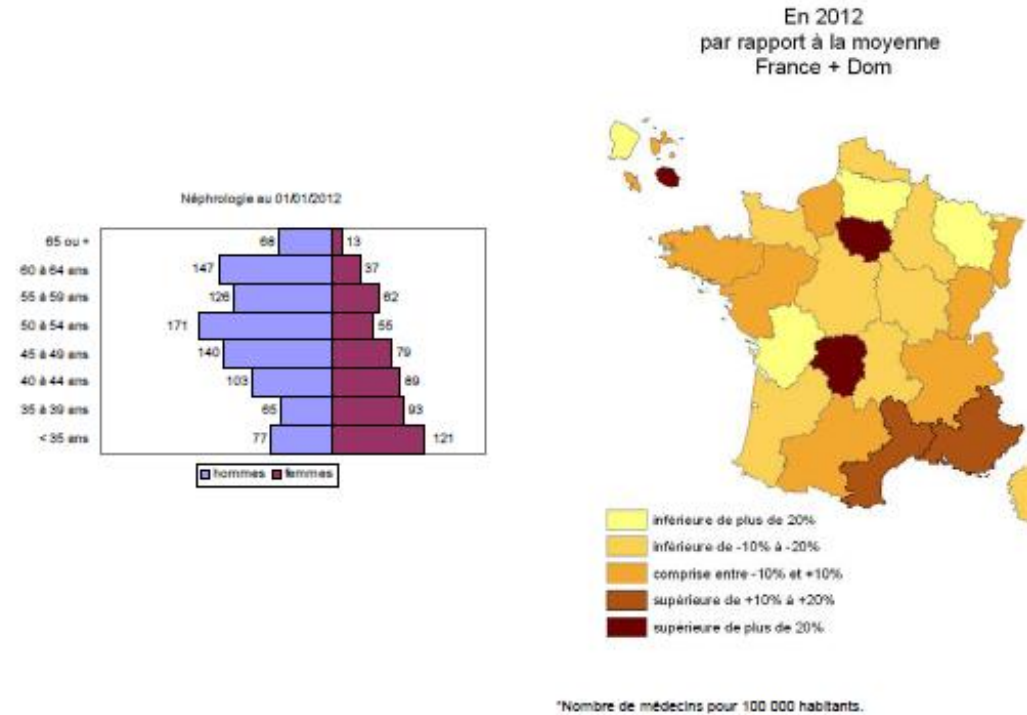
**Evolution de l'activité de recensement et de prélèvement par site de décès
des sujets en état de mort encéphalique (SME)**

Région : Nord-Pas de Calais

Site de décès des SME	2006		2007		2008		2009		2010		2011	
	Rec	Prl	Rec	Prl	Rec	Prl	Rec	Prl	Rec	Prl	Rec	Prl
ARMENTIERES - CH	4	0	9	5	6	4	9	4	4	3	2	1
ARRAS - CH	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0	0	0
BETHUNE - CH	1	0	0	0	2	0	2	0	3	0	2	0
BOULOGNE-SUR-MER - CH	8	5	9	5	9	4	15	8	6	3	10	4
CALAIS - CH	1	0	0	0	10	3	3	1	5	4	4	4
CAMBRAI - CH	6	2	5	1	1	0	1	1	5	2	7	1
DOUAI - CH	6	4	3	2	5	3	6	0	12	5	13	7
DUNKERQUE - CH	3	1	3	2	4	4	13	4	13	8	6	3
LENS - CH	25	10	19	7	31	14	35	21	28	10	28	19
LILLE - CHRU	128	65	117	60	128	74	108	52	73	36	105	61
LOMME - CH	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0
MAUBEUGE - CH	7	3	9	1	5	4	4	2	10	3	13	5
ROUBAIX - CH	0	0	0	0	1	0	2	2	5	1	6	3
TOURCOING - CH	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3	0
VALENCIENNES - CH	24	5	25	5	21	10	13	1	23	10	27	11
Total	212	95	199	88	224	120	216	96	190	85	226	119

Rec : Nombre de SME recensés
Prl : Nombre de SME prélevés

2.3. Quelques éléments de démographie médicale (source CNOM 2010)



Sources : ASIP-Santé RPPS, traitements DREES.

Commentaire

La région compte 101 néphrologues, 84 séniors et 17 internes. Le sex ratio H-F est égal à 1,27. 69% des professionnels exercent en secteur public. La région est en sous densité par rapport à la moyenne France. La pyramide des âges est relativement favorable surtout pour ce qui concerne les femmes.

Conclusion :

- Sur-incidence régionale significative : 172 pmh vs 149 en moyenne pour le groupe des 23 régions partenaires de REIN, avec des patients plutôt plus jeunes mais souffrant plus lourdement de co-morbidités
- Sur-prévalence : 1 097 pmh vs 1 060,
- Recours à la greffe encore insuffisant : 360 pmh vs 509
- Des signes 2011 encourageants, avec une augmentation de l'activité recensement-prélèvement SME et un accroissement que l'on peut penser durable du nombre de greffes. Ces tendances sont de nature à améliorer le taux d'accès à la greffe (21% en 2009).
- En regard une sous densité de spécialistes

3. LE SROS III 2006-2011

3.1. Nouveau contexte réglementaire

- Création des UDM, unités différentes des centres lourds en ce que la présence médicale y est non continue,
- Suppression des autorisations des générateurs, les objectifs quantifiés s'exprimant désormais en nombre d'implantations et en nombre de patients.

3.2. Constat initial ayant présidé au SROS III

- Avec 2302 personnes atteintes d'IRCT traitées en 2003 par dialyse, la région Nord – Pas-de-Calais enregistre un taux de prévalence brut de 575,9 par million d'habitants. Le taux de prévalence standardisée est le plus élevé de France métropolitaine : 663,0 par millions d'habitants (France métropolitaine : 498,2 pmh),
- L'incidence régionale brute peut être estimée à 171,1 par million d'habitants Bien qu'il ne s'agisse pas là d'un taux d'incidence standardisé, il convient de rappeler l'objectif n°80 de la récente loi relative à la politique de santé publique : stabiliser l'incidence de l'IRC terminale d'ici à 2008 (actuellement 112 par million d'habitants pour la France entière),
- Avec 1 100 patients, le Nord Pas-de-Calais a le taux de porteurs de greffon fonctionnel le plus bas de toutes les régions françaises : 266,0 par million d'habitants contre 339,2 pour la France entière,
- L'offre de soins régionale apparaît globalement satisfaisante mais des améliorations et des adaptations apparaissent nécessaires :
 - La région, comme d'autres régions françaises, n'a pas développé de structures correspondantes aux UDM introduites par les nouveaux décrets
 - Les différentes modalités de traitement sont encore inégalement proposées selon les territoires
 - La coopération entre les structures au sein d'un même territoire pour une prise en charge coordonnée des patients est insuffisamment développée et formalisée

- La prise en charge doit s'adapter d'une part à l'évolution des caractéristiques des patients et, d'autre part, à l'augmentation régulière de l'incidence et de la prévalence. Ces adaptations sont rendues d'autant plus nécessaires que la démographie régionale des professionnels de santé (et en particulier des spécialistes) est dans une situation de déficit inquiétant et que la néphrologie n'y échappe pas
- Une prévention de l'IRC nettement insuffisante : de trop nombreux malades sont encore confiés aux néphrologues à un stade très avancé de leur insuffisance rénale, à tel point que leur première dialyse doit souvent être réalisée en urgence. D'autre part, des améliorations notables doivent encore être faites dans le suivi et la prévention des complications d'affections comme le diabète ou certaines maladies cardio-vasculaires qui peuvent conduire à l'insuffisance rénale chronique.

3.3. Objectifs généraux du SROS III

- Diminuer l'incidence de l'insuffisance rénale chronique par la prévention tertiaire du diabète et des affections cardio-vasculaires :
 - Développer les réseaux
 - Intégrer la prévention notamment au programme régional de santé cardio-vasculaire.
- Organiser la prise en charge de proximité par territoire :
 - Offrir sur chaque territoire les quatre modalités d'EER
 - Favoriser les coopérations inter établissements
 - Développer la DP
- Garantir la sécurité et la qualité des soins :
 - Veiller au respect des conditions techniques de fonctionnement
 - Prévoir les conséquences des évolutions démographiques des néphrologues et infirmiers spécialisés
- Augmenter le nombre de greffes rénales
- Favoriser le recueil d'informations et leur traitement afin de suivre l'évolution de la prise en charge et la mise en œuvre de la révision du SROS
- Mieux intégrer les usagers d'une part dans leur prise en charge et d'autre part dans la mise en œuvre et le suivi du SROS

3.4. Objectifs quantifiés

3.4.1. Les implantations

Le tableau ci-dessous récapitule les autorisations en vigueur et les objectifs d'implantations (hors prises en charge des enfants) figurant dans l'annexe 4 du SROS III (septembre 2008).

Territoire (ZP ou regroupement de ZP)	centre		unités autodialyse		UDM		domicile	
	existant	objectif	existant	objectif	existant	objectif	existant	objectif
LITTORAL								
Dunkerquois	1	1	2	2	1	1	1	1
Calais St Omer	2	2	3	3	2	1 à 2 (ZP St Omer)	2	2
Bouonnais Berck-Montreuil	2	2	2	2 à 3 (Sud Est de la ZP Berck Montreuil)	1	1 à 2 (ZP Berck-Montreuil)	1	1 à 2 (ZP Berck-Montreuil)
ARTOIS								
Béthune-Bruay	1	1	2	2	1	1	1	1
Lens-Hénin	2	2	3	3	2	2	1	1
Artois-Ternois	1	1	2	2	1	1 (ZP Arras)	1	1
Douais	1	1	2	3	1	1	1	1
HAINAUT								
Valenciennois	2	2	3	3	1	1 à 2	2	2
Sambre-avesnois	3	3	4	4	2	2	2	2
Cambrasis	1	1	3	3	1	1	1	1
METROPOLE								
Lille Flandre-Lys Roubaix-Tourcoing	4	4	12	10 à 13 (1 au Sud, 1 en Flandre Lys)	6	5 à 6 (hors Lille et sa proximité)	2	2 à 3

3.4.2. Les volumes

La révision s'appuie sur les chiffres du registre NEPHRONOR (nombre de patients prévalents selon leur lieu de résidence) au 31/12/2005.

On comptait à cette date 2 545 patients prévalents traités dans la région Nord Pas de Calais par épuration extrarénale toutes techniques confondues (centre, autodialyse, hémodialyse à domicile, dialyse péritonéale). Aucune unité de dialyse médicalisée n'était en fonctionnement à cette date.

source	enquête 2003				registre néphronor			OGOS 2009		
	2003	rappe OGOS SRCS 2004 (calcul pour fin 2008)		projection 2009 des OGOS fixées en 2004		31/12/2005	projection 2009 des chiffres 2005			
	enquête régionale (patients domiciliés)	mini	maxi	mini	maxi	nombre de patients registre néphronor (domiciliés)*	mini	maxi	mini	maxi
dunkerque	154	174	205	179	217	191	211	240	211	240
calais saint omer	137	155	182	159	193	134	148	169	159	193
boulogne	148	167	197	172	209	175	193	220	193	220
béthune	121	137	161	140	171	137	151	172	151	172
lens	208	235	277	241	293	227	251	296	251	293
douai	140	158	186	162	197	169	187	213	187	213
valenciennes	305	345	406	354	430	313	345	394	354	430
maubeuge	152	172	202	176	214	165	182	208	182	214
cambrai	104	118	139	121	147	109	120	137	121	147
arras	132	149	176	153	186	130	143	164	153	186
métropole	701	763	896	813	989	757	836	952	836	989
région	2902	2573	3029	2670	3247	2507	2767	3153	2797	3297

* 38 patients sont à ajouter (domicile non renseigné...)

3.5 Bilan des OQOS

Territoires de santé (ZP)	Implantations							
	Centre d'hémodialyse		Unité de dialyse médicalisée		Unité d'autodialyse		Dialyse à domicile	
	Existant	Rappel objectif du SROS III	Existant	Rappel objectif du SROS III	Existant	Rappel objectif du SROS III	Existant	Rappel objectif du SROS III
ARTOIS								
Béthune-Bruay	1	1	1	1	2	2	1	1
Lens-Henin	2	2	2	2	3	3	1	1
Arrageois-Ternois	1	1	1	1	2	2	1	1
Douaisis	1	1	1	1	3	3	1	1
HAINAUT								
Valenciennois	2	2	1	1	3	3	2	2
Sambre-Avesnois	3	3	2	2	4	4	2	2
Cambrasis	1	1	1	1	3	3	1	1
LITTORAL								
Dunkerquois	1	1	1	1	2	2	1	1
Calais St-Omer	2	2	2	1 à 2 (ZP St Omer)	3	3	2	2
Boulonnais Berck-Montreuil	2	2	2 ⁽¹⁾	1 à 2 (ZP Berck- Montreuil)	2	2 à 3 (Sud Est de la ZP Berck Montreuil)	1	1 à 2 (ZP Berck- Montreuil)
METROPOLE								
Lille Flandre intérieure Roubaix-Tourcoing	4	4	4	5 à 6	12 ⁽²⁾	10 à 13	3	2 à 3

Commentaires : Les objectifs sont largement atteints.

(1) : le 14 janvier 2013, Santelys association a été autorisée à créer une UDM à Berck sur Mer (autorisation délivrée sur la base des objectifs du SROS III)

(2) : 13 implantations initialement, puis regroupement de l'unité de Linselles et de celle de la rue Tonton à Tourcoing sur un même site, rue Flocons à Tourcoing.

4. BILAN DU SROS III - ETAT DES LIEUX 2012

4.1. Greffes

4.1.1. Inscriptions

Le tableau ci dessous comptabilise les nouveaux inscrits sur liste, par centre, en 2011. Par Lille, entendre région Nord Pas-de-Calais.

ACTIVITE PAR CENTRE

CENTRE	Inscrits 2011 à Lille	Inscrits après dialyse	Inscrits avant dialyse
Arras	2	2	0
Béthune	25	18	7
Bois	8	8	0
Boulogne	8	6	2
Cambrai	1	1	0
Douai	3	3	0
Dunkerque	10	8	2
Helfaut	1	1	0
Huriez	36	19	17
Louvière	8	6	2
Maubeuge	6	6	0
Mouscron	2	1	1
Pont Allant	9	8	1
Roubaix	12	8	4
Rouvroy	8	8	0
Valenciennes	15	7	8
Vauban	1	1	0
Total	155	111	44

DELAIS PAR CENTRE

Est mesuré le délai entre première dialyse et inscription sur la liste.

Au 10/04/2012, la région compte 449 patients inscrits,

dont

- 130 patients ayant déjà été greffés
- 61 patients non dialysés à ce jour
- 18 patients inscrits avant d'être dialysés

Restent 240 patients inscrits pour une première greffe et dialysés avant inscription.

Les patients ayant déjà été inscrits et sortis pour complication ou refus puis réinscrits sont comptabilisés dans les 240. Le délai est calculé entre la première dialyse et la dernière inscription.

Ces cas peuvent être sources de valeurs extrêmes et donc tirer les moyennes vers le haut. La médiane est dans ce contexte un meilleur indicateur.

CENTRE	Effectif	Moyenne	Médiane	Ecart type
Arras	5	12	13	3,16
Béthune	26	19,23	12	18,53
Bois	10	39,6	24	42,67
Boulogne	12	18,75	12,5	17,23
Cambrai	2	111,5	111,5	103,94
Douai	12	29	18	29,15
Dunkerque	19	32,32	24	23,63
Helfaut	3	15,67	10	12,5
Huriez	27	48,11	24	59,33
Louvière	22	16,86	12	15,24
Maubeuge	10	33,8	22,5	31,87
Mouscron	5	29,4	10	45,69
Pont Allant	13	17,62	17	12,95
Roubaix	26	36,38	20	44,76
Rouvroy	21	28,57	15	34,03
Valenciennes	25	13,76	9	14,61
Vauban	2	56	56	63,64
Total	240	28,33	22	35,51

4.1.2. Réalisation des greffes

134 greffes en 2011.

12% de greffes préemptives, 7% de donneurs vivants.

CENTRE	Greffe préemptive		Non Préemptive		Total
	Donneur vivant	Donneur DCD	Donneur vivant	Donneur DCD	
Béthune		1		10	11
Bois			2	14	16
Boulogne		2	2	11	15
Cambrai				5	5
Douai		1		1	2
Dunkerque				3	3
Helfaut				2	2
Huriez	2	6		16	24
Louvière				12	12
Maubeuge				1	1
Mouscron				2	2
Pont Allant				5	5
Roubaix	1			6	7
Rouvroy		2		8	10
Valenciennes		1	1	15	17
Vauban			1	1	2
Total	3	13	6	112	134
	16		118		

NOTE RELATIVE A LA REORGANISATION DE L'ACTIVITE CHIRURGICALE NON PROGRAMMEE

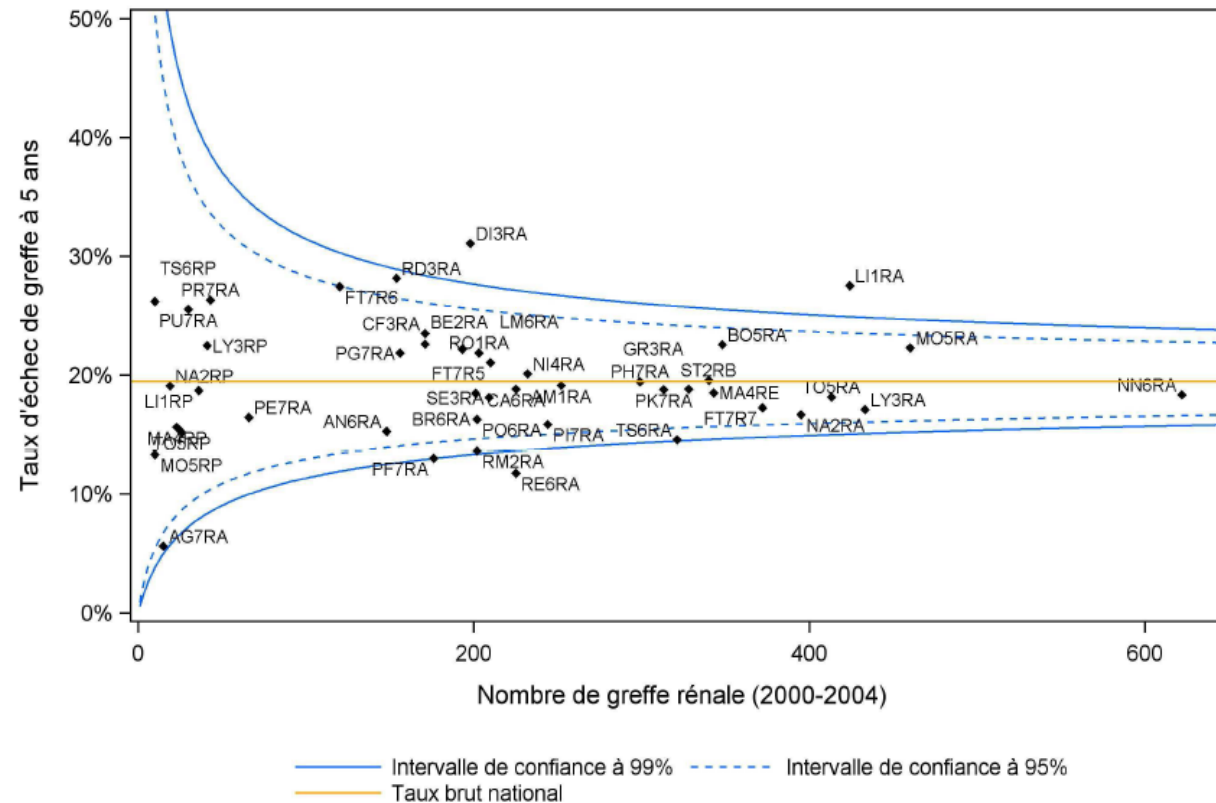
En 2011, sur 52 refus de greffons rénaux proposés par l'Agence de la Biomédecine, 30 étaient imputables à un ensemble « Logistique hôpital-équipe indisponible ». La création au CHRU de Lille d'une salle d'opération dédiée aux interventions non programmées parmi lesquelles la greffe rénale est prioritaire hormis urgence vitale, a radicalement modifié la donne, moyennant l'assurance d'un accueil post opératoire dès J1 en néphrologie. Depuis début 2012, deux greffons seulement furent refusés.

L'objectif de 150 à 155 greffes par an est envisageable, ce qui place la Région dans l'épure « GDR ».

Année	Effectif total du NPDC	dont donneurs vivants	suivis dans NPDC	suivis hors région
2004	1050	31	824	226
2005	1134	41	877	257
2006	1225	55	936	289
2007	1293	63	1000	293
2008	1371	77	1077	294
2009	1412	81	1122	290
2010	1445	92	1157	288
2011	1530	100	1229	301
2012				
2013				
2014				
2015				
2016				
2017				
2018	2198			

4.1.3. Devenir des greffes

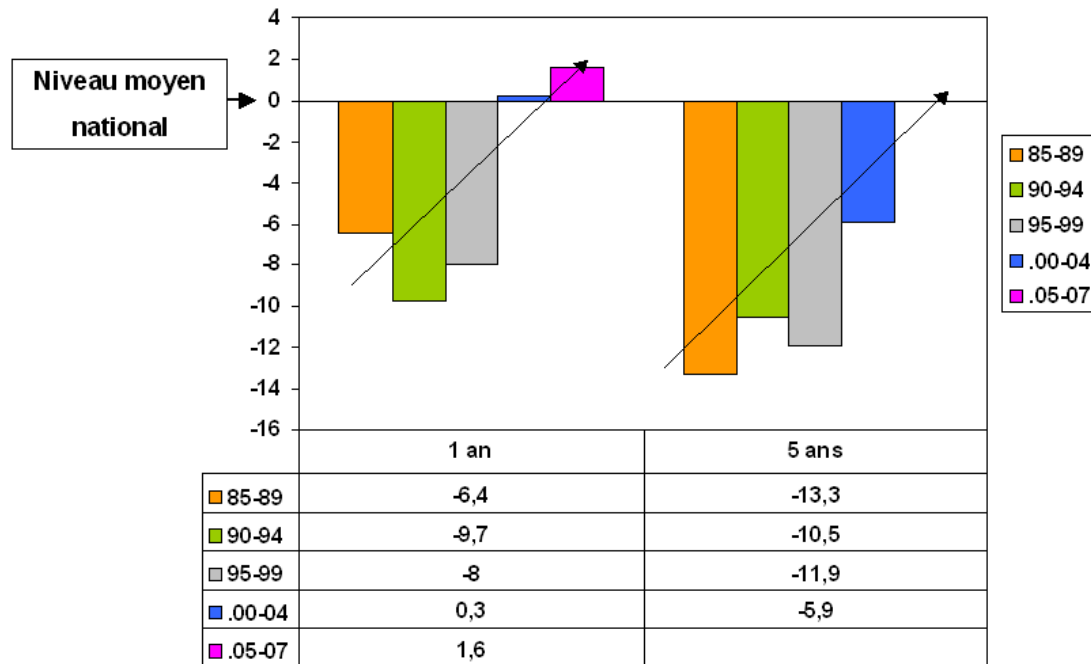
Figure R1 - Test statistique d'écart à la moyenne nationale : méthode du « funnel plot »
 Greffes effectuées entre le 01/01/2000 et le 31/12/2004



NB : le CHRU de Lille est figuré par le point LI1RA

Sur la période 2000-2004, le CHRU de Lille a eu une activité quantitative soutenue, supérieure à 400 greffes, avec cependant un taux d'échec à 5 ans de 30% pour un taux brut national de 20%. La différence est statistiquement significative.

**Évolution des écarts à 1 an et à 5 ans entre les résultats lillois
comparés aux résultats moyens nationaux,
Au sein de différentes périodes considérées**



Chaque colonne représente une cohorte de patients ; en légende la période de suivi. Les taux d'échec, jugés par rapport au niveau moyen national diminuent de façon spectaculaire à 1 an, et de façon régulière à 5 ans.

Poursuivre dans cette voie suppose une mobilisation des équipes (qualité du suivi, qualité des greffons), le développement de l'éducation thérapeutique du patient (en amont de la greffe et au delà), voire le développement de nouvelles approches de surveillance (télémédecine, alertes biologiques).

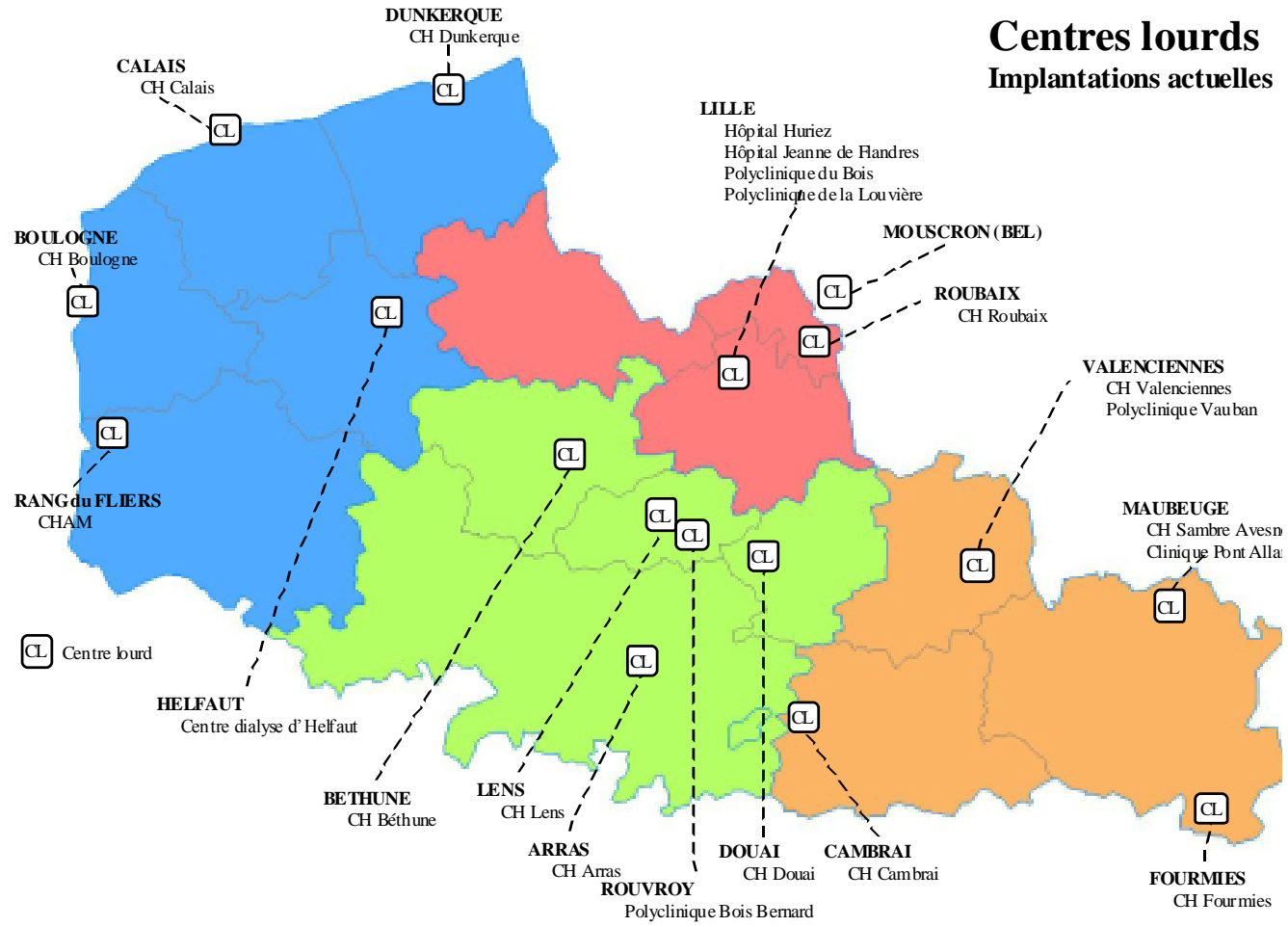
4.2. Epuration extra rénale

4.2.1. Offre territoriale

L'offre de dialyse est cartographiée dans ses différentes modalités par territoire de santé.

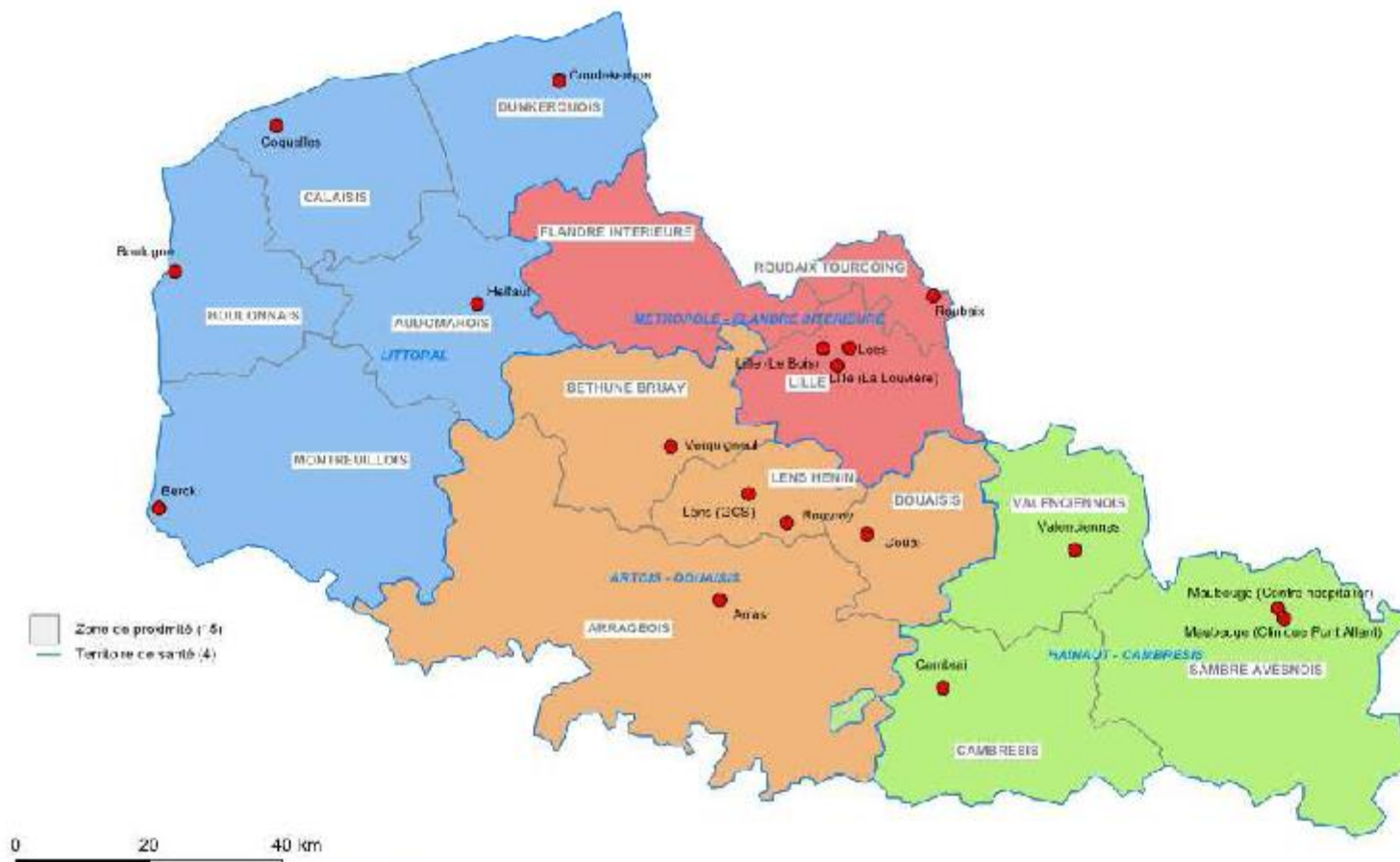
Les cartes rendent compte d'un maillage territorial réel (temps médian d'accès 15 minutes) avec cependant trois zones claires :

- Sud Arrageois
- Ternois
- Flandre intérieure





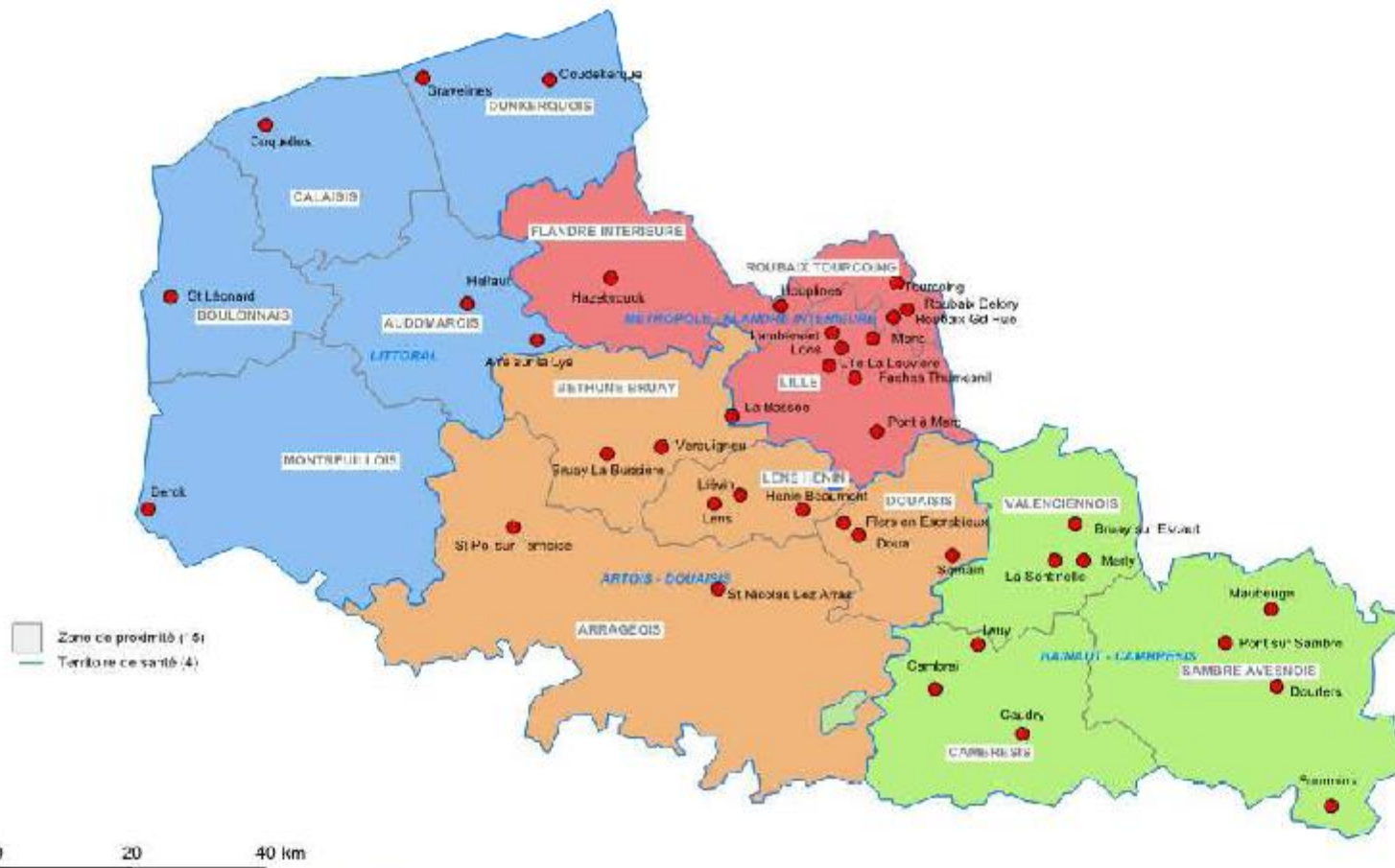
Carte des unités de dialyse médicalisée



Source : ARS Nord - Pas-de-Calais - DSEE /Etudes - 2013



Carte des centres d'auto-dialyse



Source : ARS Nord - Pas-de-Calais - DSEE /Etudes - 2013

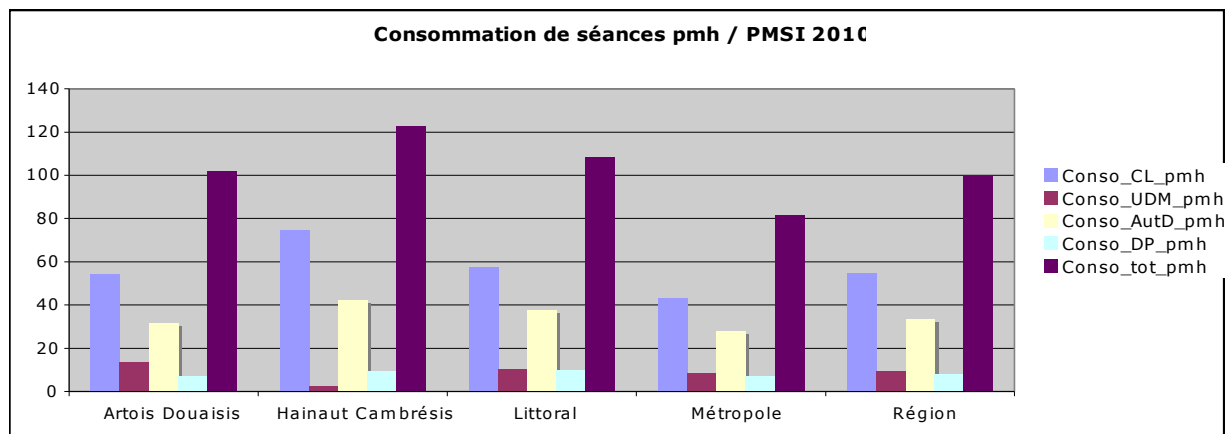
L'analyse de la matrice consommation production issue des données PMSI 2010 confirme que l'Artois Douaisis est le seul territoire dont le ratio production / consommation est inférieur à 1 : les fuites sont chiffrées à 7 162 séances soit approximativement 46 patients sur la base de 156 séances par patient et par an pour les CL, et à 477 séances soit 3 patients pour les UDM.

La compensation se fait quasiment à part égale par des prises en charge sur le Hainaut Cambrésis (CH de Valenciennes, CH de Cambrai) et sur la Métropole (Polyclinique du Bois, CHRU) pour les CL et sur la Métropole (Le Bois et CHRU) pour les UDM.

Pour ce qui concerne le territoire Métropole Flandres Intérieure, les fuites concernent des soins en CL et se font logiquement vers l'Artois à hauteur de 1 274 séances, soit 8 patients, majoritairement au profit du CH de Béthune, et vers le littoral, 1 623 séances, majoritairement vers la Clinique Néphrologique de l'Audomarois.

4.2.2. Consommation

L'analyse des taux de consommation pour mille habitants (pmh) par territoire montre des valeurs hétérogènes comme il apparaît sur le graphique ci dessous :



Premier constat : le niveau de consommation, toutes modalités confondues (Conso_tot_pmh), varie de 80 pour le territoire Métropole à plus de 120 pour le Hainaut Cambrésis. Le second territoire le plus consommateur est le Littoral.

Ces données sont cohérentes avec les données de prévalence « ALD30 » concernant le Diabète et les néphropathies chroniques :

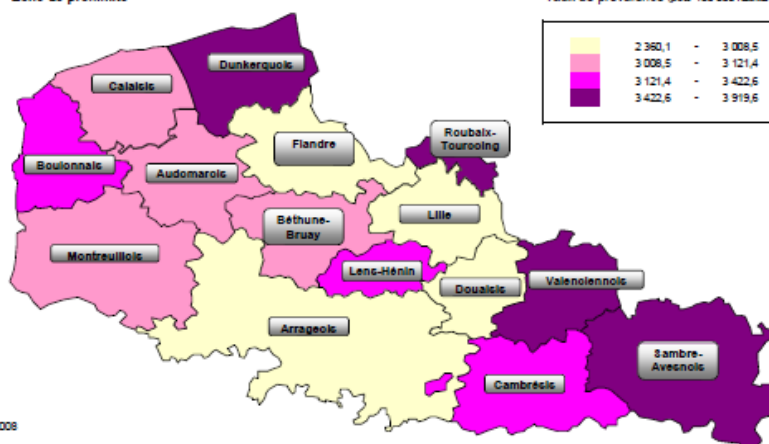


08B - Diabète sucré non insulino-dépendant

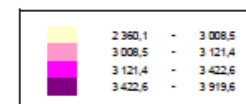
	Nb de cas	Taux de prévalence	Age moyen
Région	126 054	3132,2	65
Territoires de santé			
Artois-Douaisis	35 725	3096,4	63
Hainaut-Cambrésis	26 654	3588,4	65
Littoral	26 404	3265,8	66
Métropole-Flandre Intérieure	37 267	2824,4	65
Zones de proximité			
Arrageois	7 068	2890,7	65
Audomarais	3 654	3090,0	65
Béthune-Bruay	8 862	3033,7	63
Bouonnais	5 304	3259,7	66
Calaisis	4 970	3110,6	66
Cambrésis	5 188	3251,4	66
Douaisis	7 269	2935,5	64
Dunkerquois	9 078	3558,9	66
Flandre Intérieure	5 346	2981,8	66
Lens-Hénin	12 526	3390,1	62
Lille	16 960	2360,1	65
Montreuillois	3 398	3017,4	67
Roubaix-Tourcoing	14 961	3548,9	65
Sambre-Avesnois	9 177	3919,6	65
Valennois	12 289	3520,2	64

Source : Ars Nord-Pas-de-Calais / DSE / Etudes - Base ALD 2010 MSA RG RSI; INSEE - RP2008

Zone de proximité



Taux de prévalence (pour 100 000 habitants)

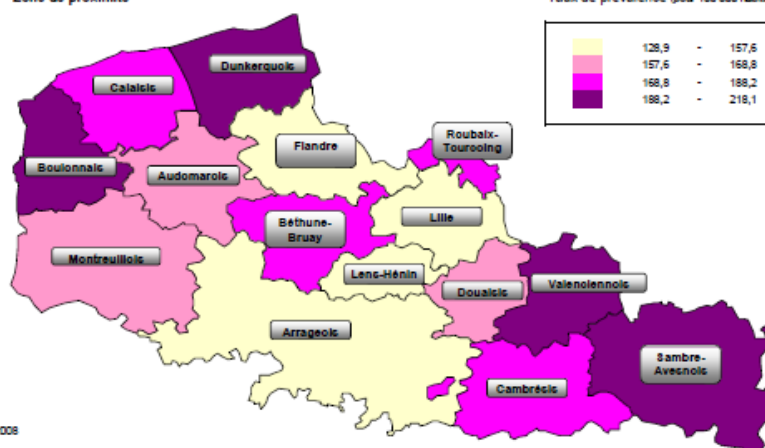


19 - Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif

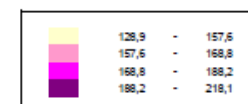
	Nb de cas	Taux de prévalence	Age moyen
Région	6 694	166,3	58
Territoires de santé			
Artois-Douaisis	1 827	158,4	55
Hainaut-Cambrésis	1 445	194,5	61
Littoral	1 513	187,1	59
Métropole-Flandre Intérieure	1 909	144,7	59
Zones de proximité			
Arrageois	380	155,4	58
Audomarais	192	162,4	56
Béthune-Bruay	510	174,6	56
Bouonnais	355	219,1	62
Calaisis	294	184,0	58
Cambrésis	281	175,1	63
Douaisis	408	164,8	56
Dunkerquois	488	191,3	58
Flandre Intérieure	251	145,6	61
Lens-Hénin	529	143,2	52
Lille	926	128,9	60
Montreuillois	184	163,4	62
Roubaix-Tourcoing	722	171,3	57
Sambre-Avesnois	461	196,9	60
Valennois	703	201,4	61

Source : Ars Nord-Pas-de-Calais / DSE / Etudes - Base ALD 2010 MSA RG RSI; INSEE - RP2008

Zone de proximité



Taux de prévalence (pour 100 000 habitants)



Second constat : les variations de taux de recours aux différentes modalités d'EER d'un territoire à l'autre sont importantes.

Cette hétérogénéité géographique ne peut s'expliquer uniquement par les caractéristiques de la population et des raisons médicales comme l'âge et le poids des comorbidités. De nombreux éléments peuvent infléchir l'orientation : la disponibilité des méthodes, les habitudes des écoles, le choix des malades voire des considérations plus matérielles et l'historique de l'organisation de l'offre de soins.

4.3. Prévention de l'IRC

En 2010, 39% des patients commencent l'hémodialyse dans un contexte d'urgence, versus 34% en moyenne pour les 23 régions participant à l'enregistrement REIN 2010. Ce haut niveau d'adressage tardif pose question compte tenu de la fréquence des comorbidités connues (et en principe prises en charge) lors du démarrage de la suppléance : 49,6% des patients sont diabétiques, 64,3% présentent au moins une pathologie cardio-vasculaire et 16% une insuffisance respiratoire. Enfin 39% sont obèses.

Des recommandations existent en matière de dépistage et de prise en charge de l'IRC : HAS (2004, 2012), ABM (2010) et l'enjeu est de faire prendre conscience par les soignants que l'insuffisance rénale est un risque pour bon nombre de leurs patients. Le rôle du médecin traitant est là comme ailleurs essentiel : il lui appartient de dépister et de confirmer le diagnostic de maladie rénale.

Le suivi, le dépistage des complications, le dépistage et la prise en charge de facteurs aggravants potentiellement réversibles sont affaires de binôme médecin traitant-néphrologue.

4.4. Qualité des pratiques

D'une façon générale, les soins de néphrologie ne font pas l'objet de plaintes non plus que de signalements auprès de l'Agence.

L'hétérogénéité territoriale des pratiques en matière de techniques de suppléance a été évoquée. L'explication n'est pas simple. L'instruction GDR-IRCT de décembre 2011 fixe un cadre concerté d'harmonisation avec des repères différenciés jusque 2018.

En matière d'hémodialyse, REIN 2010 fournit des indicateurs qualitatifs satisfaisants pour la Région :

- Nombre moyen et médian de séances par semaine : 3
- Durée moyenne et médiane de chaque séance : 248,2 minutes et 240 respectivement
- 86% de patients avec un Kt/V >1.2

En matière de greffes rénales, les indicateurs sont plus mitigés :

Sont favorables :

- L'augmentation de l'activité de recensement-prélèvement
- L'augmentation du nombre de greffes
- L'augmentation des greffes préemptives (14 en 2010, 10 en 2009)

Sont moins favorables :

- Le taux d'accès à la greffe des moins de 60 ans

Tableau 8-6. Taux d'incidence cumulée d'accès à la greffe rénale pour les nouveaux patients en IRCT, de moins de 60 ans, selon la région
Cumulative Incidence of kidney transplantation over time for patients under 60, by region

	Effectif	Taux d'accès à la greffe											
		à M0		à M12		à M24		à M36		à M48		à M60	
		%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Alsace	280	5,4	[3,2- 8,4]	14,8	[10,7- 19,5]	23,3	[17,7- 29,4]	37,6	[26,2- 49,1]	-	-	-	-
Aquitaine	296	8,4	[5,7- 11,7]	27,6	[22,3- 33,1]	45,2	[37,8- 52,4]	56,4	[46,3- 65,3]	-	-	-	-
Auvergne	407	4,0	[2,4- 6,2]	13,0	[9,0- 16,5]	30,6	[25,0- 35,3]	43,4	[38,0- 48,6]	49,4	[43,8- 54,8]	53,8	[47,9- 59,3]
Basse Normandie	300	11,2	[8,2- 14,9]	26,7	[22,0- 31,7]	45,1	[39,3- 50,7]	51,0	[44,9- 56,8]	58,9	[52,2- 54,8]	61,0	[53,9- 67,2]
Bourgogne	339	3,4	[1,9- 5,7]	21,9	[17,5- 26,6]	40,7	[35,0- 46,4]	51,5	[45,1- 57,5]	53,6	[47,0- 54,8]	57,3	[49,9- 63,9]
Bretagne	774	7,4	[5,8- 9,3]	35,5	[32,1- 38,8]	53,0	[49,3- 56,6]	62,3	[58,5- 65,8]	67,6	[63,8- 54,8]	70,7	[66,8- 74,3]
Champagne-Ardenne	477	4,8	[3,2- 6,9]	15,1	[12,1- 18,5]	32,9	[28,5- 37,3]	44,7	[39,8- 49,5]	49,6	[44,5- 54,8]	51,7	[46,5- 56,7]
Corse	44	0,0	-	10,4	[3,3- 22,2]	29,4	[15,9- 44,2]	43,0	[26,1- 58,8]	49,9	[29,6- 54,8]	-	-
Franche-Comté	42	8,7	[2,8- 18,9]	37,5	[17,3- 57,9]	-	-	-	-	-	-	-	-
Haute Normandie	334	6,7	[4,4- 9,6]	18,4	[14,4- 22,8]	35,9	[30,3- 41,6]	42,5	[36,3- 48,6]	45,3	[38,2- 54,8]	48,4	[39,4- 56,7]
La Réunion	280	2,1	[0,9- 4,3]	5,9	[3,3- 9,5]	9,0	[5,5- 13,6]	10,4	[6,2- 15,7]	-	-	-	-
Languedoc Roussillon	843	7,0	[5,4- 8,7]	14,8	[12,5- 17,2]	30,1	[26,9- 33,3]	43,4	[39,8- 47,0]	50,6	[46,8- 54,8]	56,2	[52,0- 60,1]
Limousin	253	8,0	[5,2- 11,6]	24,6	[19,5- 30,0]	47,6	[41,1- 53,8]	56,7	[49,9- 62,8]	62,5	[55,5- 54,8]	68,7	[61,5- 74,8]
Mid-Pyrénées	522	8,1	[6,0- 10,5]	20,3	[16,9- 23,8]	36,5	[32,1- 40,9]	48,2	[43,2- 53,0]	62,0	[56,3- 54,8]	70,4	[64,0- 75,8]
Nord-Pas de Calais	1 383	3,4	[2,6- 4,5]	12,1	[10,4- 13,9]	27,9	[25,4- 30,4]	37,3	[34,4- 40,2]	42,0	[38,9- 54,8]	43,8	[40,6- 46,9]
Pays de Loire	310	24,0	[20,0- 28,3]	39,6	[34,5- 44,5]	51,8	[45,6- 57,7]	55,6	[48,4- 62,2]	-	-	-	-
Picardie	278	3,5	[1,8- 6,1]	12,6	[8,8- 17,0]	35,1	[28,5- 41,9]	41,5	[34,1- 48,8]	43,0	[35,2- 54,8]	-	-
Poitou-Charentes	196	14,0	[9,9- 18,9]	37,0	[30,4- 43,7]	53,0	[45,1- 60,3]	59,4	[50,5- 67,3]	63,1	[52,0- 54,8]	-	-
Provence-Alpes-Côte d Azur	1 291	4,8	[3,7- 6,0]	17,1	[15,1- 19,3]	32,4	[29,7- 35,1]	43,0	[40,0- 46,0]	50,5	[47,2- 54,8]	54,7	[51,2- 58,0]
Rhône-Alpes	1 910	11,4	[10,1- 12,8]	25,0	[23,2- 26,9]	39,5	[37,4- 41,7]	51,6	[49,2- 53,9]	59,8	[57,3- 54,8]	65,5	[63,1- 67,9]
Total	10 559	7,5	[7,1- 8,0]	20,8	[20,0- 21,5]	36,7	[35,7- 37,6]	47,4	[46,3- 48,5]	54,2	[53,0- 55,3]	58,6	[57,4- 59,8]

- Les durées médianes d'attente

Tableau 8-7. Durées médianes d'attente (en mois) entre le 1^{er} traitement et la greffe rénale, selon la région

Median waiting times (in months) between first treatment and kidney transplantation, by region

Pour les patients 5 224 transplantés au 31/12/2010						
	Effectif	Transplantés / total nouveaux patients	recul maximum*	temps médian avant inscription*	temps médian sur la liste d'attente**	temps médian total avant greffe***
	N	%	mois	mois	mois	mois
Alsace	53	5,2	35,9	6,7	4,2	12,6
Aquitaine	114	9,3	35,9	4,0	6,8	11,0
Auvergne	220	13,0	107,3	10,6	9,4	22,6
Basse Normandie	154	14,5	71,6	5,7	3,8	13,6
Bourgogne	156	11,7	71,5	5,3	6,9	13,9
Bretagne	566	20,3	95,8	5,4	5,6	12,8
Champagne-Ardenne	227	14,0	95,9	9,7	7,5	19,6
Corse	19	9,6	57,4	5,2	12,3	17,0
Franche-Comté	6	3,6	11,9	0,2	7,3	8,1
Haute Normandie	118	9,6	59,4	6,2	4,4	14,4
La Réunion	15	2,4	35,9	5,2	5,0	11,9
Languedoc Roussillon	423	12,0	95,7	5,6	14,4	22,3
Limousin	187	18,9	107,8	7,5	5,1	17,2
Midi-Pyrénées	284	12,1	71,9	6,6	9,1	18,7
Nord-Pas de Calais	498	10,6	83,8	9,2	7,2	17,9
Pays de Loire	113	9,0	35,9	4,4	3,9	9,8
Picardie	86	8,0	47,9	8,8	5,0	16,1
Poitou-Charentes	107	13,4	48,0	4,4	4,7	9,8
Provence-Alpes-Côte d Azur	658	12,1	83,7	8,2	6,9	17,9
Rhône-Alpes	1220	17,6	107,8	6,6	10,1	20,7
Total	5224	13,1	107,8	7,0	7,6	17,1

* Délai entre le démarrage de la dialyse et la date de greffe (pour les greffés), la date de décès (pour les décédés) ou la date de point (31/12/2010, pour les non greffés, non décédés)

** Médiane des durées entre le démarrage de la dialyse et la date d'inscription sur liste d'attente

*** Médiane des durées entre la date d'inscription sur liste d'attente et la date de greffe

**** Médiane des durées entre le démarrage de la dialyse et la date de greffe

Le temps médian total avant greffe, 17,9 mois versus 17,1 pour l'ensemble des régions, est à nuancer car imputable en grande partie à la période pré inscription. Il se décompose en un temps long avant liste de 9,2 mois (vs 7 mois pour le groupe) et un temps plus bref sur liste de 7,2 mois inférieur au temps du groupe (7,6 mois).

NB : ces chiffres ne sont comparables aux données de la page 15 ; les délais calculés ici concernent les seuls patients greffés au 31 décembre 2010 alors que qu'en page 15, tous les patients étaient inclus quel soit leur devenir.

- La qualité des greffons

Le tableau ci-dessous montre qu'il y a plutôt moins de « vieux greffons » en Nord Pas de Calais que pour l'ensemble des régions. Ceci pose la question de leur qualité, question déjà soulevée par la durée moyenne d'ischémie froide plutôt élevée (18,5 heures).

Tableau 4-22. Délai écoulé entre la date de la dernière greffe et le 31/12/2010, selon la région, par quartile (années)

Time (quartile) since transplantation in prevalent ESRD patients with a functioning graft on December 31, 2010, by region (years)

Délai (années)	n	Premier Quartile	Médiane	Troisième Quartile	Max
Alsace	814	3,1	6,4	11,8	31,6
Aquitaine	1 568	3,0	6,2	11,5	37,0
Auvergne	549	3,4	6,8	13,1	35,6
Basse Normandie	692	3,2	6,5	11,9	42,2
Bourgogne	690	3,2	6,6	11,4	37,1
Bretagne	1 446	3,0	6,9	12,8	36,8
Centre	1 256	2,7	6,0	11,3	39,1
Champagne-Ardenne	548	3,3	7,2	12,2	30,6
Corse	112	2,4	5,5	10,9	27,5
Franche-Comté	582	3,1	7,4	13,4	38,5
Haute Normandie	746	3,0	7,3	13,5	32,4
Ile de France	6 399	2,6	5,6	11,0	42,9
La Réunion	333	3,3	6,6	11,5	24,4
Languedoc Roussillon	1 187	2,7	6,3	11,5	34,8
Limousin	341	3,4	7,2	12,4	26,1
Lorraine	1 193	3,8	7,7	12,8	34,7
Midi-Pyrénées	1 328	3,1	6,9	12,9	34,5
Nord-Pas de Calais	1 446	3,1	6,3	11,7	39,9
Pays de Loire	1 798	3,0	6,5	12,6	36,8
Picardie	764	2,9	6,3	11,6	40,5
Poitou-Charentes	840	3,2	6,7	12,5	41,6
Provence-Alpes-Côte d Azur	2 076	2,6	6,1	11,7	39,5
Rhône-Alpes	3 133	3,0	6,6	12,8	44,6
Total 23 régions	29 841	2,9	6,3	12,0	44,6

Conclusion :

La région Nord Pas de Calais a inégalement progressé sur les six objectifs inscrits au SROS III :

- Diminuer l'incidence de l'insuffisance rénale chronique par la prévention tertiaire du diabète et des affections cardio-vasculaires
- Organiser la prise en charge de proximité par territoire
- Garantir la sécurité et la qualité des soins
- Augmenter le nombre de greffes rénales
- Favoriser le recueil d'informations et leur traitement afin de suivre l'évolution de la prise en charge et la mise en œuvre de la révision du SROS
- Mieux intégrer les usagers d'une part dans leur prise en charge et d'autre part dans la mise en œuvre et le suivi du SROS

Le premier objectif n'a clairement pas été atteint et le chantier de la prévention de l'IRC reste ouvert. La prise en charge de proximité est une réalité, de même la sécurité et la qualité des soins, même si des efforts d'harmonisation des pratiques restent à faire.

L'activité de greffe progresse nettement et l'objectif de 150 par an est envisageable. Des efforts sont à faire cependant en termes d'accès à la liste nationale d'attente, de même qu'en termes de qualité des greffons.

Le registre REIN permettra de suivre les indicateurs de suivi de ce volet IRC.

Concernant la participation des usagers, ceux-ci considèrent avoir insuffisamment été associés au suivi du SROS.

5. ORIENTATIONS

5.1. Greffes

Objectif régional : Atteindre 2051 porteurs de greffon fonctionnel en 2016, soit 36% du total des traitements de l'IRCT (Suivi annuel par les données du registre REIN)

Sous objectifs :

Prélèvements :

- Dons d'organe : doublement en 2016 du nombre de donneurs vivants (9 en 2011) ;
- Machines à perfuser : 45% des greffons doivent bénéficier de cette technique en 2016.

L'arrêté prestation du 28 février 2012 crée un forfait spécifique de transplantation (FAG) : « Valorisation par tranche de trois utilisations de machine à perfusion, pour la perfusion des deux reins, 8 814 euros » ;

Le déploiement de ces machines intéresse les quatre CHRU du Nord Ouest : Lille, Amiens, Rouen, Caen.

Greffes :

- Inscription sur la liste d'attente : raccourcir le temps médian d'inscription sur la liste (délai entre la première dialyse et la date d'inscription) de 2 mois en 2016 pour tendre vers la valeur nationale de 7 mois ;
- Greffes préemptives : atteindre le taux national de 3,2 % soit 22 cas en 2016 ;
- Diminuer le taux d'échec des greffes à 5 ans.

5.2. Epuration extra rénale

Objectif régional : Développer les prises en charge hors centre des nouveaux patients pour une meilleure accessibilité et proximité des soins de dialyse en contribuant à modifier les pratiques professionnelles d'orientation des nouveaux malades ; le but est d'atteindre un taux de patients incidents hors centre de 38% en 2016.

➤ Les volumes

- Première approche : approche « GDR » (gestion du risque)

L'indicateur s'exprime en cas incidents à J90 du démarrage, afin de raisonner en termes de prises en charge stabilisées. Les données sont fournies par le registre REIN.

	2010		2013		2016	
	n	%	n	%	n	%
CL	506	73,3	500	68,3	480	61,8
UDM	26	3,8	40	5,4	60	7,7
AutoD	75	10,9	82	11,2	90	11,5
DP	83	12	110	15,1	147	18,9

Les propositions régionales sont exprimées en effectifs (n) et en pourcentage (%) par modalité d'EER

Un effort particulier est attendu en matière de DP comme en matière d'UDM, aidé en cela par les nouvelles dispositions réglementaires.

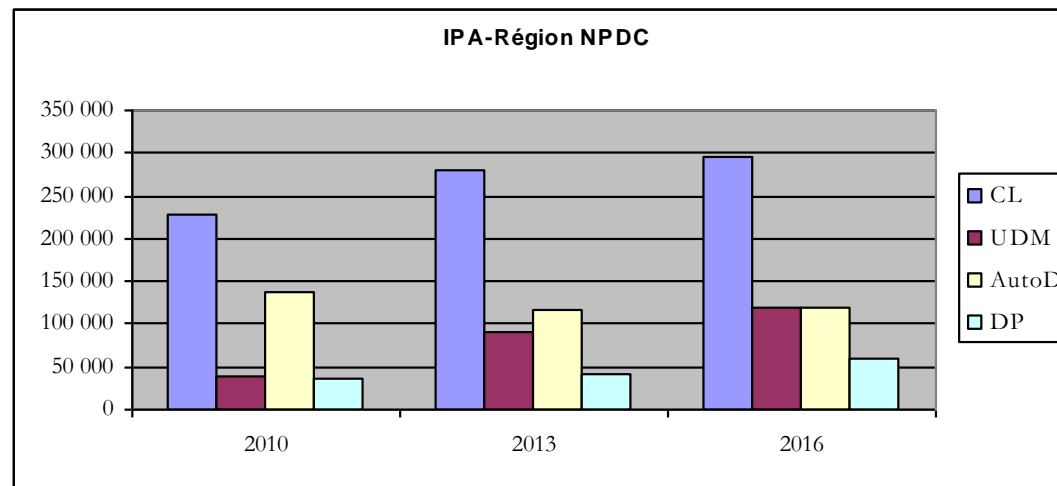
- Seconde approche : approche « Indicateurs de pilotage de l'activité » ou IPA

Traduites en IPA, les propositions sont les suivantes [voir méthode de calcul en annexe du volet] :

REGION NORD PAS DE CALAIS :

IPA régionaux par modalité d'EER

	2010		2013		2016	
CL	227 669	52%	279 643	53%	296 257	50%
UDM	38 788	9%	89 697	17%	118 503	20%
AutoD	138 515	31%	116 078	22%	118 503	20%
DP	35 659	8%	42 210	8%	59 251	10%
	<u>440 631</u>	100%	<u>527 628</u>	100%	<u>592 514</u>	100%



PAR TERRITOIRE :

Indicateurs de pilotage d'activité

Artois Douaisis

	<u>Conso_2010</u>	<u>Conso_2013</u>	<u>Conso_2016</u>
CL	63 490	81 096	85 915
UDM	16 130	26 012	34 366
AutoD	37 199	33 663	34 366
DP	8 788	12 241	17 183
	<u>125 607</u>	<u>153 012</u>	<u>171 829</u>

Hainaut Cambrésis

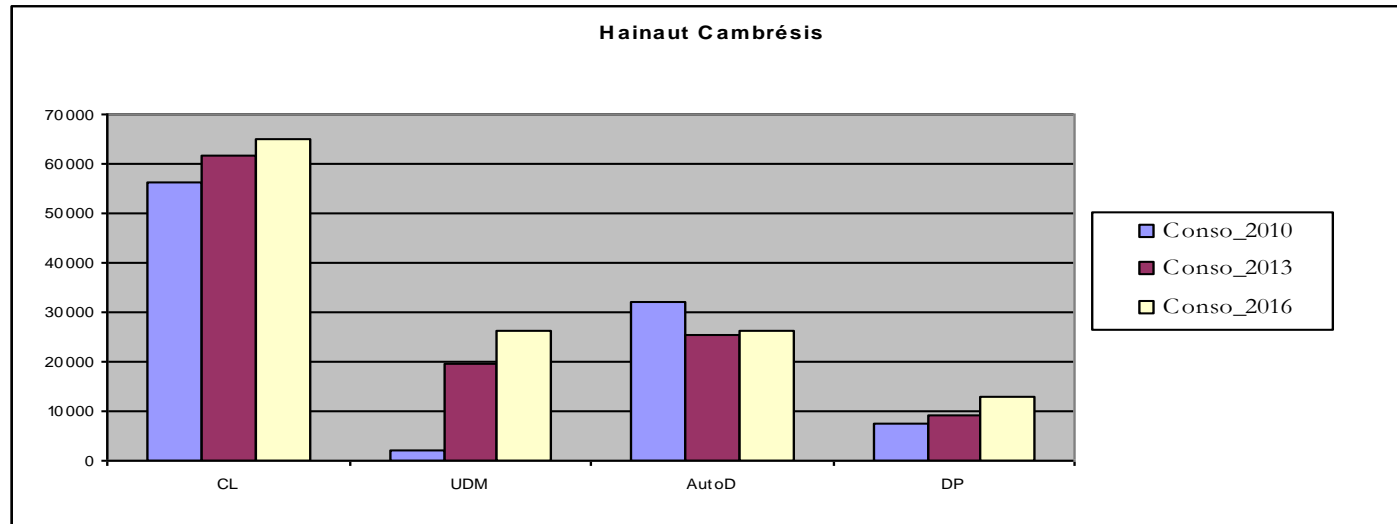
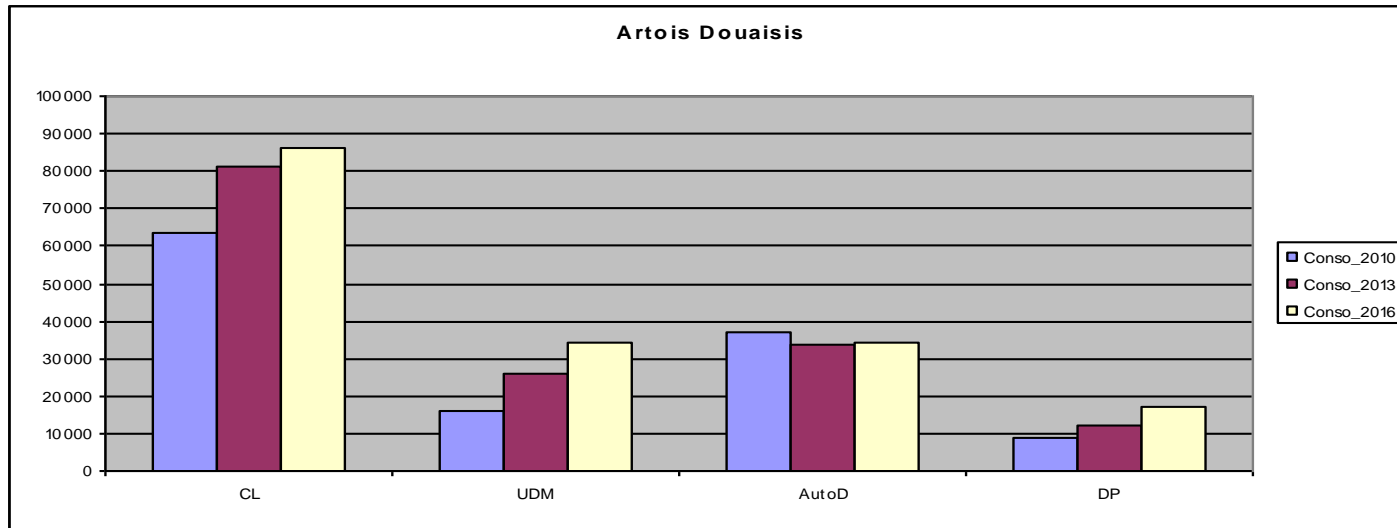
	<u>Conso_2010</u>	<u>Conso_2013</u>	<u>Conso_2016</u>
CL	56 242	61 521	65 177
UDM	2 116	19 733	26 071
AutoD	31 922	25 537	26 071
DP	7 605	9 286	13 035
	<u>97 885</u>	<u>116 078</u>	<u>130 353</u>

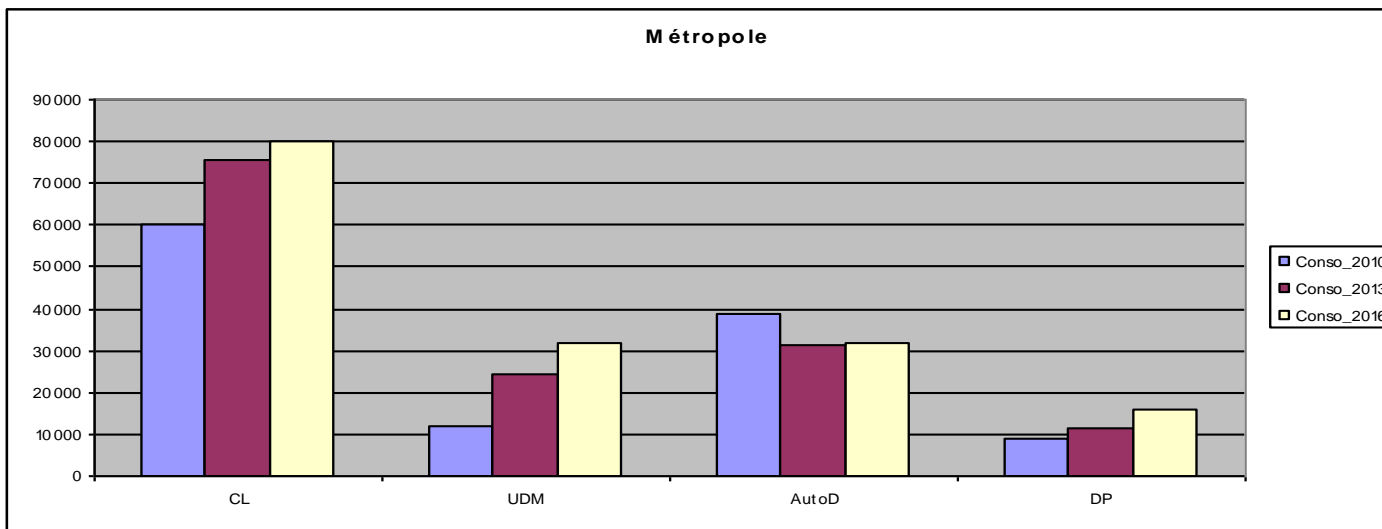
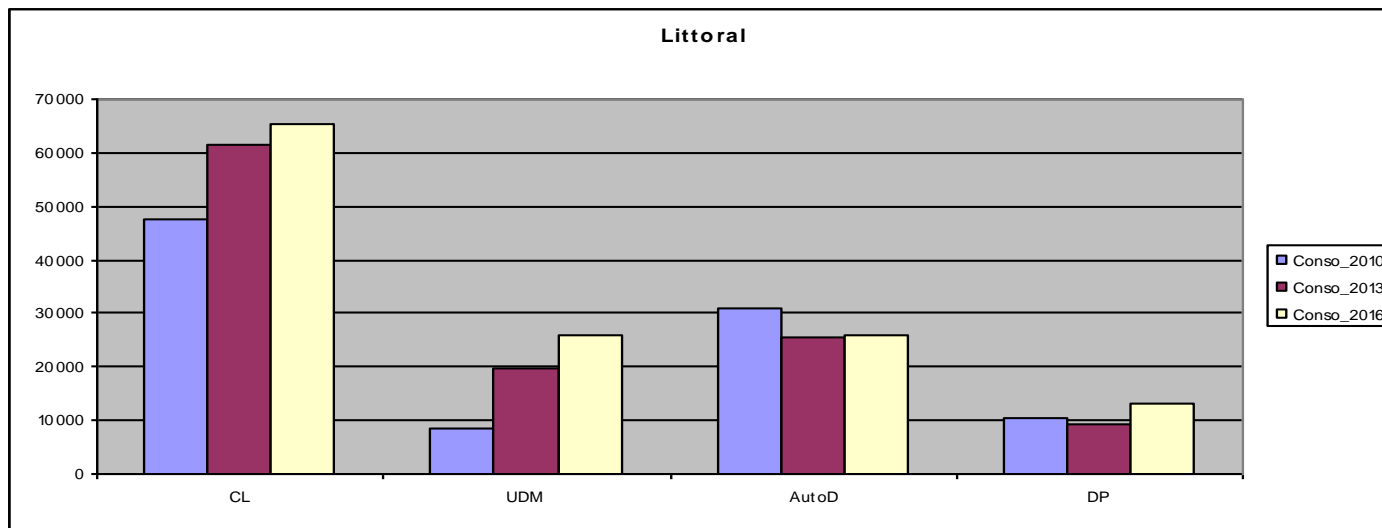
Littoral

	<u>Conso_2010</u>	<u>Conso_2013</u>	<u>Conso_2016</u>
CL	47 731	61 521	65 177
UDM	8 415	19 733	26 071
AutoD	30 797	25 537	26 071
DP	10 478	9 286	13 035
	<u>97 421</u>	<u>116 078</u>	<u>130 353</u>

Métropole

	<u>Conso_2010</u>	<u>Conso_2013</u>	<u>Conso_2016</u>
CL	60 206	75 504	79 990
UDM	12 127	24 218	31 996
AutoD	38 597	31 341	31 996
DP	8 788	11 397	15 998
	<u>119 718</u>	<u>142 460</u>	<u>159 979</u>





SYNTHESE IPA :

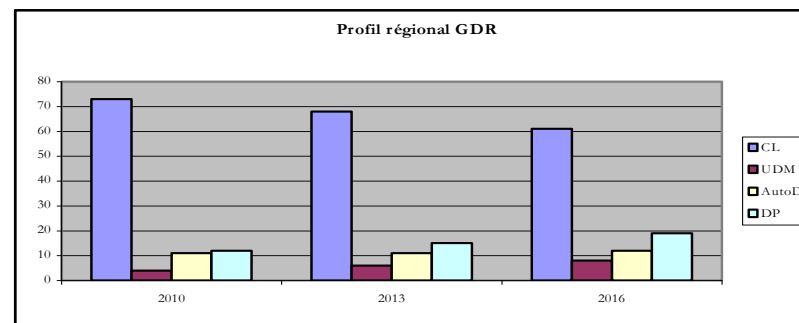
Il est intéressant de rapprocher les profils régionaux exprimés en poids relatifs des modalités d'EER.

- Le « profil GDR » est directement issu de l'existant 2010 et des projections 2013 et 2016 telles qu'elles apparaissent dans les tableaux annexés à l'instruction GDR-IRCT de décembre 2011. Ces chiffres concernent les cas incidents à J90 du démarrage de la prise en charge.
- Le « profil IPA » concerne les prévalents, et les chiffres sont issus principalement du PMSI. Il a fallu, pour les calculs, poser un certain nombre d'hypothèses de stabilité (voir note méthodologique en annexe du volet).

Pour exprimer sommairement le lien entre les deux, on peut dire que la GDR encadre le flux et que les IPA quantifient les conséquences sur le stock.

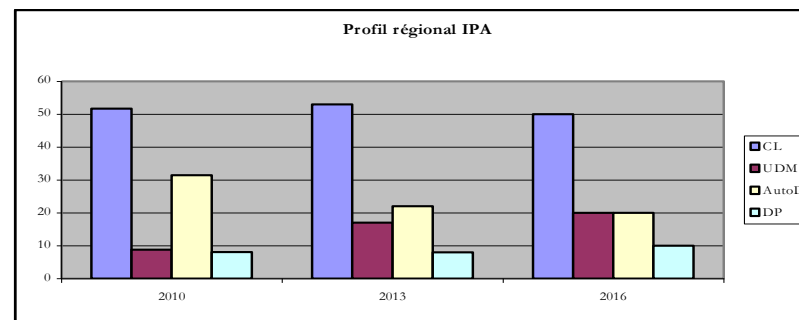
Profil régional "GDR" en %

	2010	2013	2016
CL	73	68	61
UDM	4	6	8
AutoD	11	11	12
DP	12	15	19
	100	100	100



Profil régional "IPA" en %

	2010	2013	2016
CL	52	53	50
UDM	9	17	20
AutoD	31	22	20
DP	8	8	10
	100	100	100



Les profils sont évidemment différents puisque les populations sont différentes. Cependant l'objectif GDR de diminuer la part des soins en CL s'inscrit dans les IPA. Il y a une forte tendance au développement des UDM, ce qui est logique car il s'agit là d'une modalité de décharge des centres pour des patients

certes moins lourds mais cependant trop pour être admis en autodialyse. En outre les nouvelles modalités de surveillance par télémédecine vont pousser à un développement excentré.

La part importante de l'autodialyse est historique dans la région et explique le poids moindre de la DP dans les prises en charge de proximité. Notons cependant que la somme AutoD + DP reste élevée aux alentours de 30%.

➤ Les implantations

Pour décider des propositions d'implantations, quatre paramètres sont pris en compte :

- Taux de saturation théorique des structures, estimé en rapportant le nombre de cas prévalents pris en charge sur l'année 2011 par chaque structure, au nombre de postes de dialyse installés ;
- Anticipation des besoins (*tableaux par territoire ci-dessous*) : de façon théorique, en référence aux IPA cibles, on peut projeter les besoins sur la base de 156 séances par patients et par an (3 séances par semaine * 52 semaines) et en déduire le nombre de postes sur la base d'une utilisation optimum des machines :
 - CL et UDM : 3 séances par jour * 6 jours par semaine * 52 = 936 séances, soit en divisant par 156, 6 patients années
 - AutoD : 2 séances par jour * 6 jours par semaine * 52 = 624 séances, soit en divisant par 156, 4 patients années
- Nécessité de soulager une partie de l'activité des centres lourds ;
- Favoriser les prises en charge de proximité.

Les tableaux ci-dessous expriment ces données par territoire ; l'unité de consommation est la séance, avec conversion en nombre de patients, puis en nombre de postes selon les modalités précédemment décrites.

Les propositions sont les suivantes :

ARTOIS DOUAISIS

	Conso_2010	Conso_2013	Conso_2016	2016-2010	Patients	Postes
CL	63 490	81 096	85 915	22 425	144	24
UDM	16 130	26 012	34 366	18 236	117	19
AutoD	37 199	33 663	34 366	-2 833	-18	
DP	8 788	12 241	17 183	8 395	54	

- Centres lourds : pas de création ;

- Unités de dialyse médicalisées : 3 créations (1 sur la zone de proximité (ZP) Béthune-Bruay, 1 sur la ZP Lens-Hénin et 1 sur l'Arrageois) ;
- Autodialyse : 3 créations (1 sur la ZP Béthune-Bruay, une sur la ZP Lens-Hénin et une sur l'Arrageois) ;
- DP : à développer sur l'ensemble des territoires en sorte que le poids de cette technique traduit en IPA atteigne un taux cible de 10%. Cette valeur, non opposable sera à rapprocher du poids de l'autodialyse pour apprécier le développement des prises en charge de proximité.

METROPOLE

	Conso_2010	Conso_2013	Conso_2016	2016-2010	Patients	Postes
CL	60 206	75 504	79 990	19 784	127	21
UDM	12 127	24 218	31 996	19 869	127	21
AutoD	38 597	31 341	31 996	-6 601	-42	
DP	8 788	11 397	15 998	7 210	46	

- Centres lourds : pas de création ;
- Unités de dialyse médicalisées : 3 créations (1 sur chaque zone de proximité : Roubaix-Tourcoing, Flandre Intérieure et Lille) ;
- Autodialyse : 3 créations (1 sur chaque zone de proximité : Roubaix-Tourcoing, Flandre Intérieure et Lille) ;
- DP : à développer sur l'ensemble des territoires en sorte que le poids de cette technique traduit en IPA atteigne un taux cible de 10% en 2016. Cette valeur, non opposable sera à rapprocher du poids de l'autodialyse pour apprécier le développement des prises en charge de proximité.

LITTORAL

	Conso_2010	Conso_2013	Conso_2016	2016-2010	Patients	Postes
CL	47 731	61 521	65 177	17 446	112	19
UDM	8 415	19 733	26 071	17 656	113	19
AutoD	30 797	25 537	26 071	-4 726	-30	
DP	10 478	9 286	13 035	2 557	16	

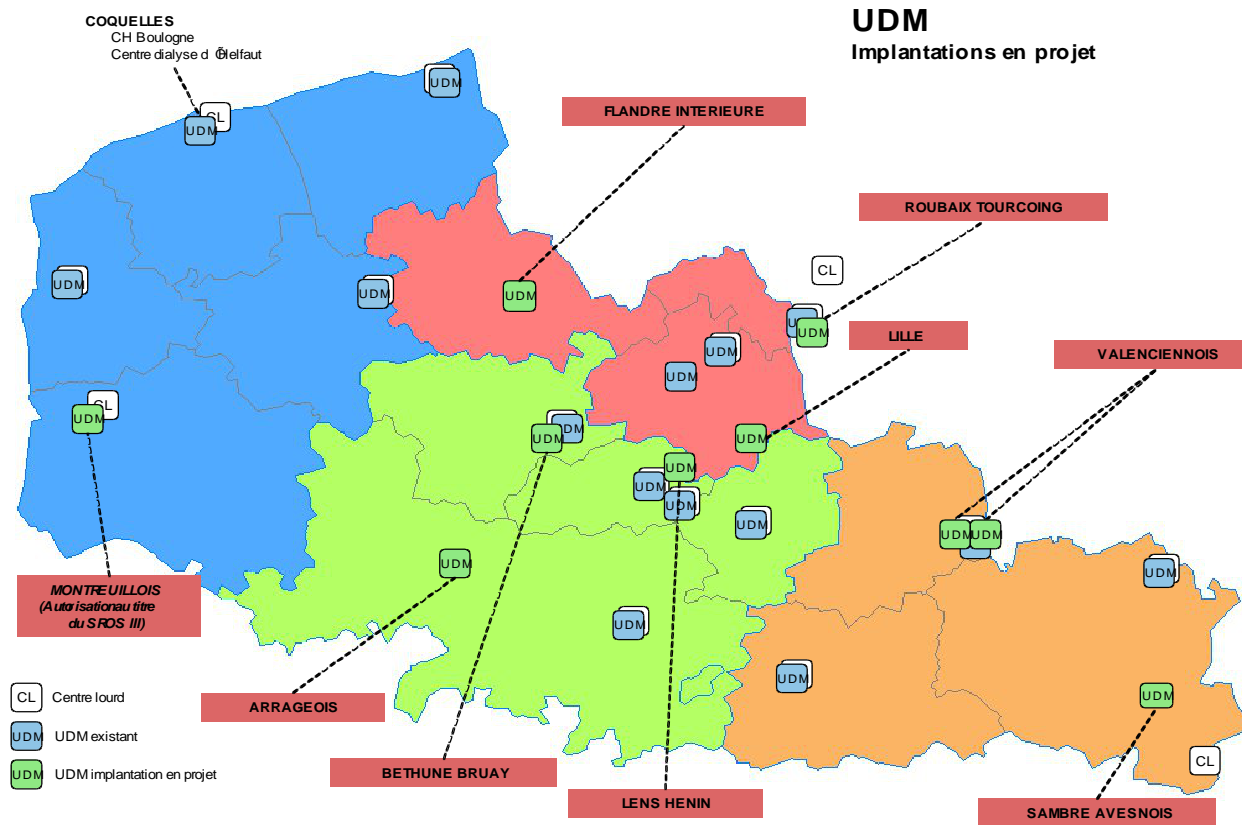
- Centres lourds : pas de création ;
- Unités de dialyse médicalisées : pas de création ;
- Autodialyse : pas de création ;
- DP : à développer sur l'ensemble des territoires en sorte que le poids de cette technique traduit en IPA atteigne un taux cible de 10% en 2016. Cette valeur, non opposable sera à rapprocher du poids de l'autodialyse pour apprécier le développement des prises en charge de proximité.

HAINAUT CAMBRESIS

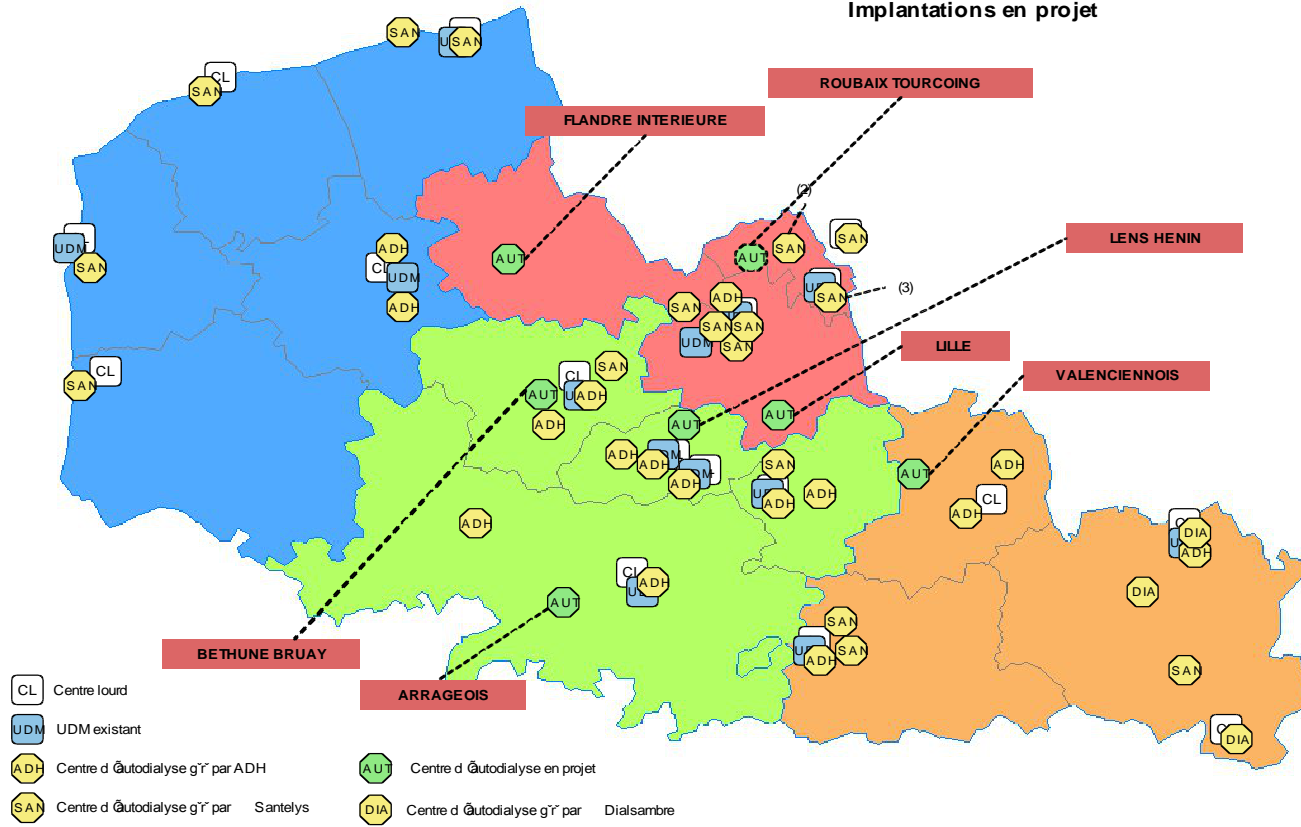
	Conso_2010	Conso_2013	Conso_2016	2016-2010	Patients	Postes
CL	56 242	61 521	65 177	8 935	57	10
UDM	2 116	19 733	26 071	23 955	154	26
AutoD	31 922	25 537	26 071	-5 851	-38	
DP	7 605	9 286	13 035	5 430	35	

- Centres lourds : pas de création ;
- UDM : 3 créations (2 sur la ZP Valenciennois, 1 sur le sud de la ZP Sambre-Avesnois) ;
- Autodialyse : 1 création sur la ZP Valenciennois ;
- DP : à développer sur l'ensemble des territoires en sorte que le poids de cette technique traduit en IPA atteigne un taux cible de 10% en 2016. Cette valeur, non opposable sera à rapprocher du poids de l'autodialyse pour apprécier le développement des prises en charge de proximité

Représentations cartographiques des implantations

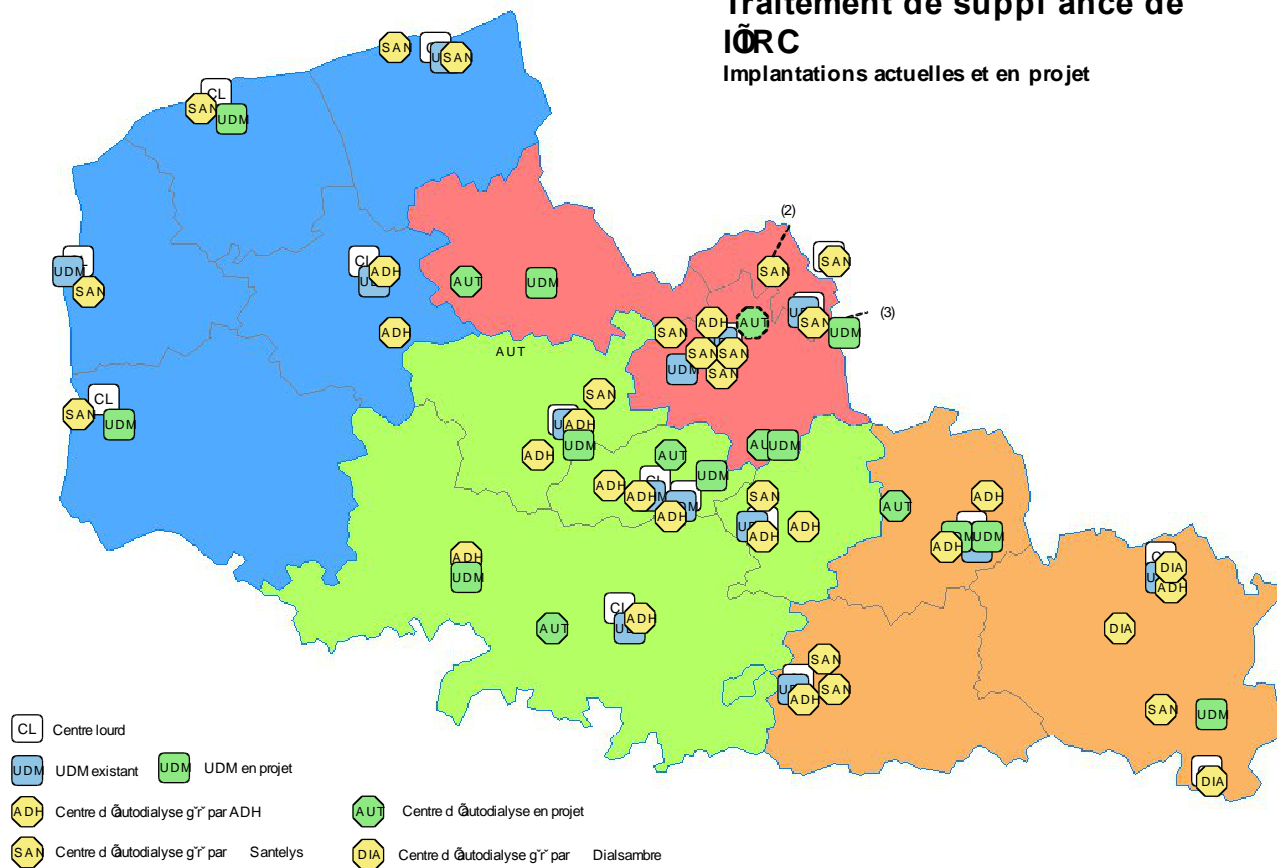


Centres d'autodialyse Implantations en projet



Traitement de suppléance de IÖRC

Implantations actuelles et en projet



5.3. Prévention

Enjeux :

- Améliorer la prévention des pathologies pouvant conduire à une IRC ;
- Dépister précocement l'insuffisance rénale au sein des populations les plus à risque : diabète et maladies cardio-vasculaires ;
- Lutter contre l'inertie médicale ;
- Favoriser l'acquisition de compétences par le patient ;
- Favoriser le transfert d'expertise du néphrologue vers le médecin traitant et promouvoir un meilleur suivi des recommandations de bonne pratique.

Orientations :

Dépistage

- Renforcer le Développement Professionnel Continu (DPC ex FMC) sur le thème IRC ;
- Intervenir régulièrement auprès des médecins traitants sur le thème « Maladie rénale chronique, un risque pour bon nombre de vos patients ».

Qualité du suivi

- Promouvoir le rôle des pharmaciens conformément aux dispositions de L'article L5125-1-1-A du Code de santé publique :
 - Participation à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients au sein des équipes de premier recours ;
 - Mise en place du dispositif de pharmacien correspondant ;
 - Renforcement de l'observance des traitements par des interventions de différents niveaux : simples conseils ou actions_d'éducation thérapeutique des patients (ETP) de premier recours.
- Maintenir le travail de coordination des professionnels pour conforter le transfert d'expertise du néphrologue vers le médecin traitant et garantir un meilleur suivi des recommandations de bonne pratique. La Région peut s'appuyer sur l'expérience et l'expertise du réseau de coordination NEPHRONOR
- Encourager les expérimentations de contractualisation directe tripartite (néphrologue, médecin traitant et patient) pour toute personne dépistée en IRC

5.4. Education thérapeutique du patient (ETP)

L'ETP est une priorité car elle seule permet :

- d'infléchir la pente évolutive vers l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) de la maladie rénale
- de garantir la meilleure santé possible (observance, règles hygiéno-diététiques)
- de permettre un choix raisonné du traitement de l'IRCT le plus adapté

Orientations :

- Développer, au delà de l'ETP de premier recours impliquant les pharmaciens, les infirmiers libéraux et les médecins traitants, une éducation thérapeutique hospitalière de niveau 2 et 3, sur la base d'une offre par zone de proximité. Le centre de ressources et de compétences en ETP devra être le garant de la qualité des formations dispensées et pourra s'appuyer en la matière sur NEPHRONOR.
- Développer les programmes d'ETP en direction des patients pris en charge en unité d'autodialyse simple ou assistée à domicile ;
- Faire évoluer les programmes d'ETP pour patients diabétiques, obèses, ou souffrant de maladies cardio-vasculaires, en intégrant l'IRC comme facteur de risque associé.

5.5. Qualité de vie des patients dialyses

- Individualiser la durée des séances ;
- Identifier par territoire un chirurgien vasculaire référent afin de garantir au patient la réalisation d'un abord de bonne qualité ;
- Favoriser les traitements autonomes ou semi autonomes de proximité : autodialyse, dialyse péritonéale, hémodialyse à domicile.

6. DECLINAISON DES OQOS EN IMPLANTATIONS

Territoires de santé (ZP)	Centre d'hémodialyse		Unité de dialyse médicalisée		Unité d'autodialyse	
	Implantations actuelles	Implantations cibles	Implantations actuelles	Implantations cibles	Implantations actuelles	Implantations cibles
ARTOIS						
Béthune-Bruay	1	1	1	2	2	3
Lens-Henin	2	2	2	3	3	4
Arrageois-Ternois	1	1	1	2	2	3
Douaisis	1	1	1	1	3	3
HAINAUT						
Valenciennois	2	2	1	3	3	4
Sambre-Avesnois	3	3	2	3	4	4
Cambrasis	1	1	1	1	3	3
LITTORAL						
Dunkerquois	1	1	1	1	2	2
Calais St-Omer	2	2	2	2	3	3
Boulonnais Berck-Montreuil	2	2	2	2	2	2
METROPOLE						
Lille Flandre intérieure Roubaix-Tourcoing	4	4	4	7 (+1 sur chaque ZP)	12	15 (+1 sur chaque ZP)

ANNEXE au volet « traitement de l'insuffisance rénale chronique » : CALCUL DES IPA PAR TERRITOIRE

Traduire les objectifs GDR en IPA suppose dans un premier temps d'estimer le nombre de cas prévalents. Cela est possible connaissant :

- Nombre de cas incidents attendus par modalité : projections GDR (= entrées)
- Nombre de sortie par modalité : connu REIN 2009 (= sorties)
- Nombre de transferts par modalité : connu REIN 2009 (=entrées)

Sous l'hypothèse de stabilité des sorties et transferts, le stock est estimé par ajout des entrées et retrait des sorties du stock de l'année précédente. Tableau 1.

La consommation de séances en 2010 est connue par modalité à partir du PMSI, de même le nombre de prévalents 2010 ; la consommation moyenne peut donc être calculée. Sous l'hypothèse de stabilité des consommations unitaires et en multipliant celles-ci par le nombre estimé de prévalents, on estime les volumes régionaux (IPA-IRC) jusqu'en 2016 : Tableau 2.

Tableau 1 : estimation des cas prévalents

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
HD	1601	1742	1848	1929	1990	2035	2066
DP	216	226	242	262	286	312	341
UDM	247	381	488	576	650	714	771
AUTO	930	846	800	778	771	776	786
Total	2994	3195	3378	3545	3697	3837	3964
		6,7%	5,7%	4,9%	4,3%	3,8%	3,3%

Tableau 2 : IPA - IRC

	Nb séances PMSI 2010	Prévalents 2010 REIN	Nb séa/pat	Séances 2011	Séances 2012	Séances 2013	Séances 2014	Séances 2015	Séances 2016
Dialyse en centre	230 556	1 601	144	250 861	266 126	277 790	286 575	293 055	297 519
UDM	38 759	247	157	59 786	76 576	90 385	101 997	112 040	120 985
Autodialyse (simple ou assistée)	137 585	930	148	125 158	118 353	115 098	114 062	114 802	116 282
Dialyse péritonéale (séances)	36 567	216	169	38260	40969	44354	48417	52819	57728
TOTAL	443 467	2 994	618	474 065	502 024	527 628	551 052	572 717	592 514

La consommation par territoire et leur poids relatif sont calculés à partir du PMSI 2010 : Tableau 3

Tableau 3 : Taux de recours

	CL	UDM	AutoD	DP	Poids territoires	Poids en %
Artois Douaisis	63 490	16 130	37 199	8788	125 607	29%
Hainaut Cambrésis	56 242	2 116	31 922	7605	97 885	22%
Littoral	47 731	8 415	30 797	10478	97 421	22%
Métropole	60 206	12 127	38 597	8788	119 718	27%
Total	227 669	38 788	138 515	35 659	440 631	100%

Sous l'hypothèse de stabilité de ces poids relatifs et en les appliquant aux volumes attendus en 2013 (527 628 séances) et 2016 (592 514 séances), on obtient le Tableau 4 des IPA par territoire.

Tableau 4 : IPA par territoire

	Poids en %	Volumes cibles 2013	Volumes cibles 2016
Artois Douaisis	29	153 012	171 829
Hainaut Cambrésis	22	116 078	130 353
Littoral	22	116 078	130 353
Métropole	27	142 460	159 979
Total	100	527 629	592 514

On peut extraire du Tableau 2 les parts relatives de chaque technique : Tableau 5.

Tableau 5 : Part des techniques

	Séances 2013	Poids 2013	Séances 2016	Poids 2016
Dialyse en centre	277 790	53%	297 519	50%
UDM	90 385	17%	120 985	20%
Autodialyse (simple ou assistée)	115 098	22%	116 282	20%
Dialyse péritonéale (séances)	44 354	8%	57 728	10%
Total	527 628	100%	592 514	100%

En appliquant ces proportions aux volumes cibles 2013 et 2016 du tableau 4, on peut estimer les IPA par territoire et par technique :

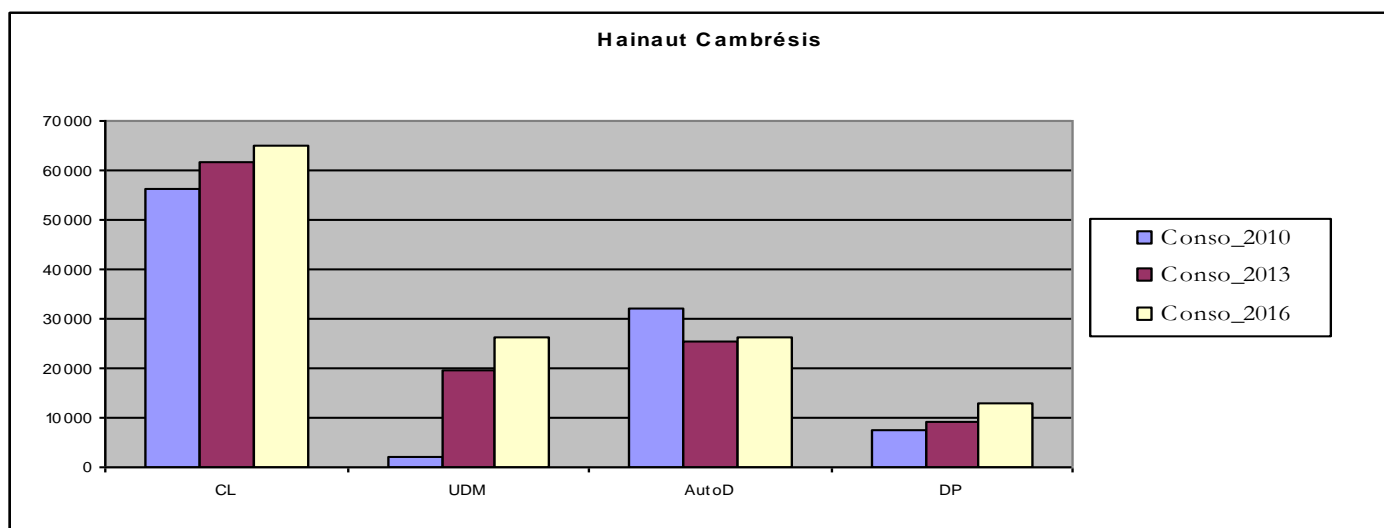
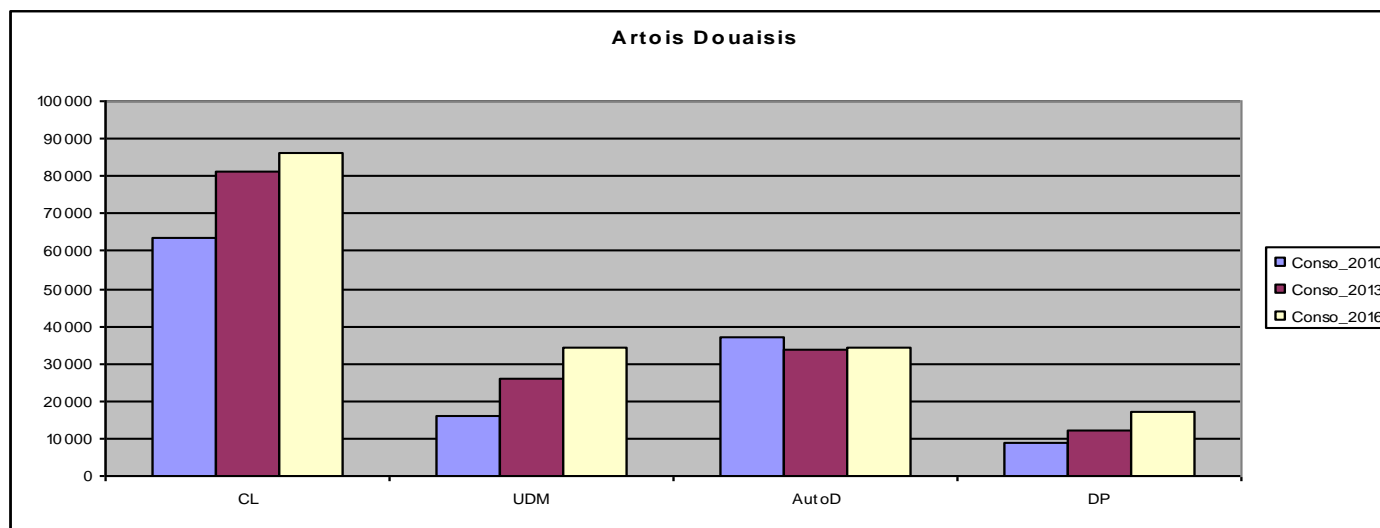
Tableau 6 : IPA par territoire

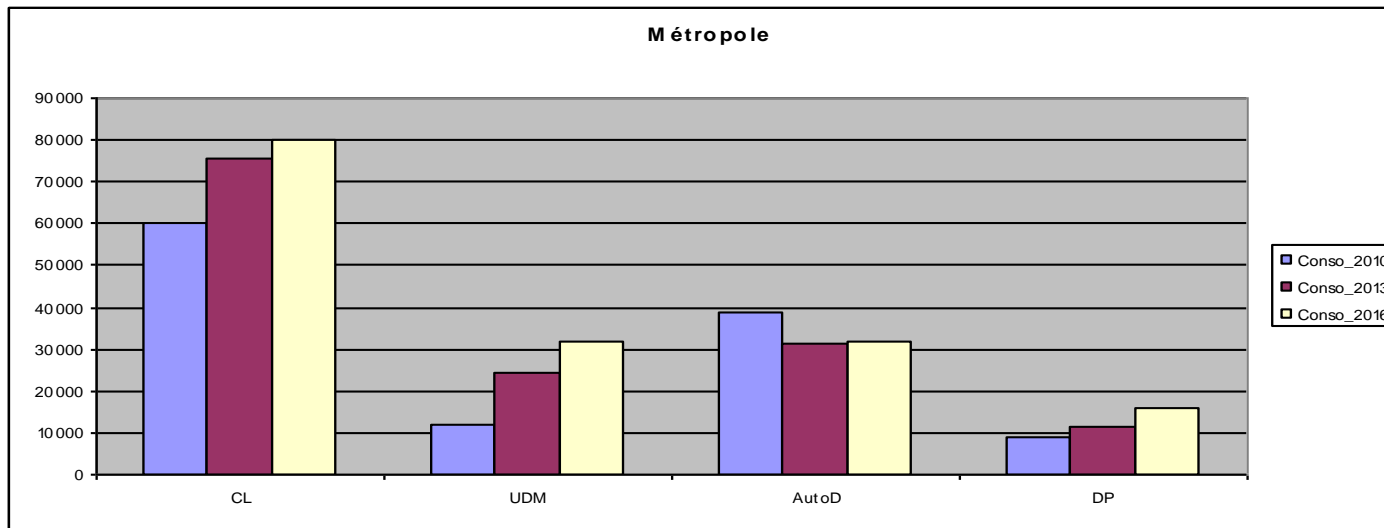
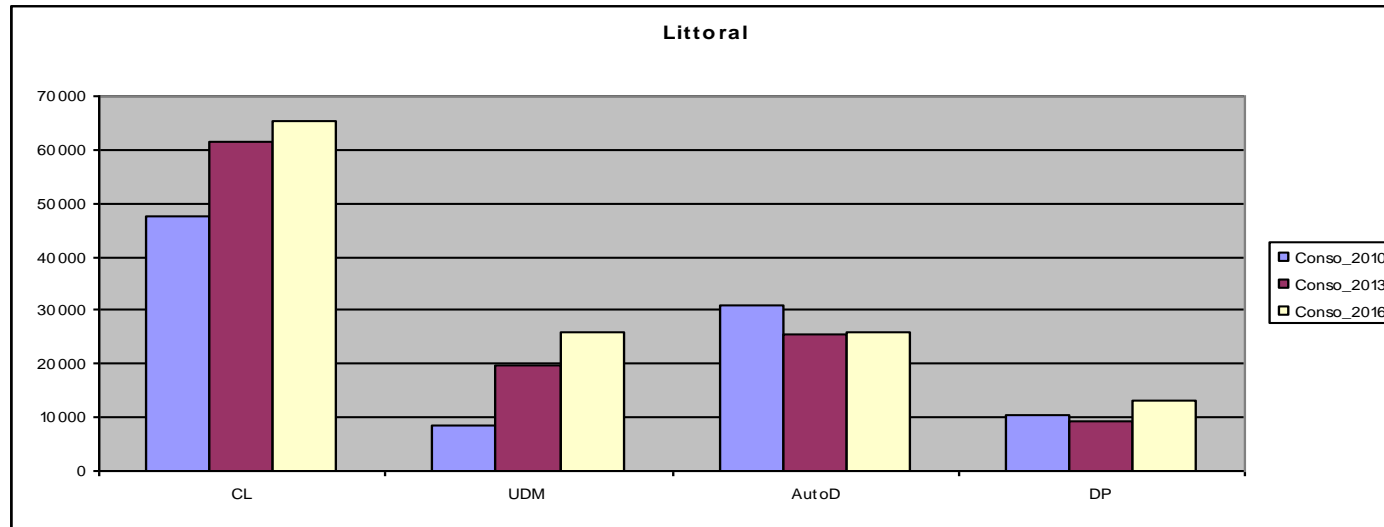
		Conso_2010	Proj_Conso_2013	Proj_Conso_2016
Artois Douaisis	CL	63 490	81 096	85 915
	UDM	16 130	26 012	34 366
	AutoD	37 199	33 663	34 366
	DP	8 788	12 241	17 183
		125 607	153 012	171 829

		Conso_2010	Proj_Conso_2013	Proj_Conso_2016
Hainaut Cambrésis	CL	56 242	61 521	65 177
	UDM	2 116	19 733	26 071
	AutoD	31 922	25 537	26 071
	DP	7 605	9 286	13 035
		97 885	116 078	130 353

		Conso_2010	Proj_Conso_2013	Proj_Conso_2016
Littoral	CL	47 731	61 521	65 177
	UDM	8 415	19 733	26 071
	AutoD	30 797	25 537	26 071
	DP	10 478	9 286	13 035
		97 421	116 078	130 353

		Conso_2010	Proj_Conso_2013	Proj_Conso_2016
Métropole	CL	60 206	75 504	79 990
	UDM	12 127	24 218	31 996
	AutoD	38 597	31 341	31 996
	DP	8 788	11 397	15 998
		119 718	142 460	159 979

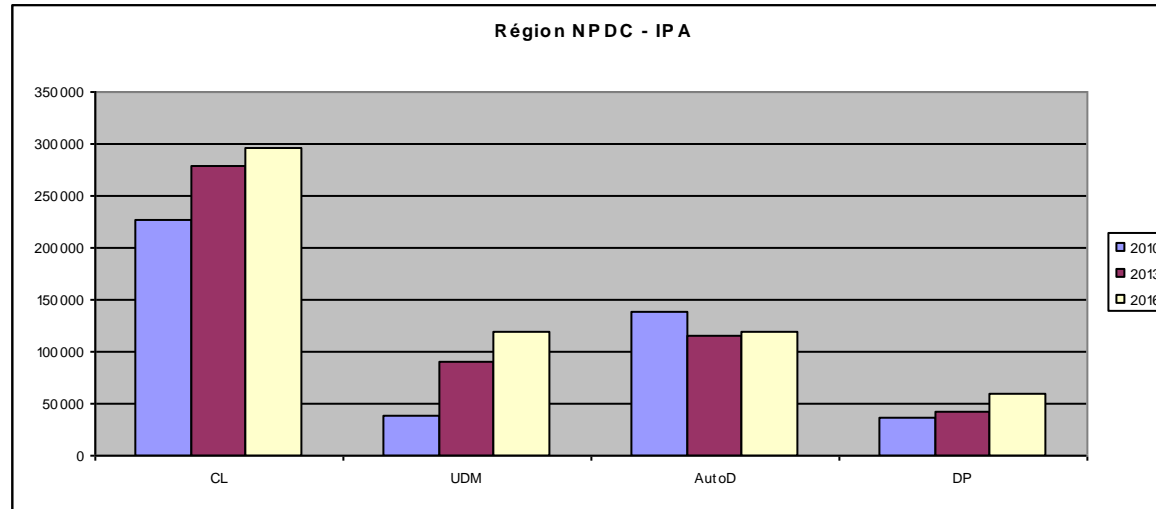




Le tableau 7 rappelle les volumes en jeu :

Tableau 7 : rappel IPA

	2010	2013	2016
CL	227 669	279 643	296 257
UDM	38 788	89 697	118 503
AutoD	138 515	116 078	118 503
DP	35 659	42 210	59 251
	440 631	527 628	592 514



XX. TRANSFUSION SANGUINE

INTRODUCTION

Le Schéma d'organisation de la transfusion sanguine (SOTS) est élaboré par l'Etablissement Français du Sang (EFS). L'avis du Directeur général de l'ARS est requis ; ainsi, la cohérence avec le SROS est à assurer. Le prochain SOTS est prévu pour 2012.

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

1. DEFINITIONS

- Dépôt de délivrance : assure, à partir d'un stock de produits sanguins défini par convention entre l'établissement et l'EFS, la distribution nominative de produits sanguins pour les patients admis dans l'établissement siège du dépôt ;
- Dépôt d'urgence: dispose d'un stock de concentrés globulaires, seulement de groupe O, (et parfois aussi de plasmas frais congelés, de groupe AB) destinés à une utilisation uniquement en urgence vitale;
Il existe d'ailleurs d'une convention avec l'EFS permettant la reprise des produits non utilisés ;
- Dépôt relais: autorisation de conserver des produits sanguins délivrés nominativement par l'EFS pour des patients de l'établissement jusqu'à leur péremption, convention entre EFS et établissement ;
- Dépôt urgence-relai : dispose des deux autorisations décrites ci-dessus.

Tout dépôt est soumis à autorisation avec des contraintes variables selon son niveau.

2. ETAT DES LIEUX

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

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

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

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

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

3. ORIENTATIONS

- Concernant les sites de distribution/délivrance de l'EFS

L'immuno-hématologie doit être considérée comme indissociable de la délivrance des produits sanguins labiles, selon les recommandations récentes du groupe de travail réunissant la DGOS, la DGS et l'EFS.

En conséquence :

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

- Concernant les dépôts des établissements de soins

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

GROUPES DE TRAVAIL

1. PERMANENCE DES SOINS EN ETABLISSEMENTS DE SANTE

Nom des référents:	Dr Nathalie de POUVOURVILLE - M. Eric POLLET	
Composition du groupe de travail :	M ALBERTONE	DIRAM - CHRU Lille
	Dr GOLDSTEIN	Urgentiste – SAMU 59
	Dr VALETTE	Urgentiste – SAMU 62
	O DEVRIENDT	FHP- Polycliniques Vauban et du Parc St Saulve
	S BECUWE	FHP
	E DECHIROT	FHP – Polyclinique de la Louvière
	O VERRIEZ	FHP – CMC Côte d'Opale
	L DELEMER	FHP - HPM
	Dr GARCETTE	Médecin libéral
	Dr KEFIF	FHP – Clinique St Amé
	M-C PAUL	FHF – CH Roubaix
	M-O SAILLARD	FHF – CH Arras
	F LEBURGUE	FHF – CH Seclin
	C SOLE	FHF
	Y MARLIER	FHF – CH Boulogne/mer
	Dr KHODR	FHF- CH St Omer
	A LEROOY	FHF - CH Dunkerque
	C SENESCHAL	FHF - CH Calais
	Dr CUINGNET	FHF – CH Valenciennes
	L DELABY	FEHAP - GHICL
	E GRYSOY	FEHAP - AHNAC
	R HOUZE	Usagers
	Dr DEHAENE	Radiologue -URPS médecins libéraux
	Pr PRUVO	Radiologue-CHRU Lille
	C DENIS	ARS
	C KERKHOVE	ARS
	D VERLOOP	ARS
	S RIQUOIR	ARS
	Dr GUITARD	ARS
	Dr RICOUART	ARS
	Dr BLONDEAU	ARS
	Dr MAERTEN	ARS

2. URGENCES

Nom des référents:	Dr Nathalie de POUVOURVILLE - M. Eric POLLET – Dr Catherine MAERTEN
Composition du groupe de travail :	<p>Dr GOLDSTEIN SAMU 59, collégiales des responsables des services d'urgences du NPDC</p> <p>Dr VALETTE SAMU 62</p> <p>Pr WIEL SAMU 59, Université Lille 2, faculté de médecine SAMU 59, collège régional de médecine d'urgence du NPDC</p> <p>Dr MAURIAUCOURT CH Dunkerque, collégiale des responsables de médecine d'urgence du NPDC</p> <p>Dr CAMPAGNE CH Armentières, Urgences/SMUR - Métropole</p> <p>Dr BALLESTRAZI CH Roubaix, Urgences/SMUR - Métropole</p> <p>Dr GODESCENCE CH Cambrai, Urgences/SMUR - Hainaut</p> <p>Dr PAMART CH Maubeuge, Urgences/SMUR - Hainaut</p> <p>Dr ALARCON CH Saint-Omer, Urgences/SMUR - Littoral</p> <p>Dr KHODR CH Boulogne/mer, Urgences/SMUR - Littoral</p> <p>Dr DUNCAN CH Béthune, Urgences/SMUR - Artois</p> <p>Dr DUBART Clinique St Amé, Urgences des établissements privés</p> <p>Dr KEFIF</p> <p>Dr DUCROCQ SAMU 59, CUMP – Urgences psychiatriques</p> <p>Pr MARTINOT CHRU Lille – Urgences pédiatriques</p> <p>Pr PRUVO CHRU Lille - Imagerie</p> <p>P-M LEBRUN CISS Nord – Pas-de-Calais</p> <p>M-O SAILLARD CH Arras, FHF</p> <p>Y MARLIER CH Boulogne/mer, FHF</p> <p>S BECUWE FHP</p> <p>O DEVRIENDT Polyclinique Vauban, FHP</p> <p>O VERRIEZ CMC Côte d'Opale, FHP</p> <p>P DUTRONC Hôpital St Vincent, GHICL, FEHAP</p> <p>Dr RICOUART ARS</p> <p>Dr JARLOT ARS</p>

3. RÉANIMATION / SOINS INTENSIFS / SURVEILLANCE CONTINUE

Nom du référent	Dr Cécile LAMY - Dr Pascal RICOUART
Composition du groupe de travail	Dr CHAGNON Chef du service réanimation polyvalente - CH Valenciennes Pr MATHIEU Chef du pôle réanimation - CHRU Dr THEVENIN Chef du service réanimation polyvalente - CH Lens Dr PORDES Chef du service réanimation polyvalente-CH Boulogne Pr VALLET chef du pôle anesthésie réanimation - CHRU Dr RIEGEL Responsable réanimation neurochirurgicale - CHRU Pr LECLERC Responsable réanimation pédiatrique - CHRU Pr FOURRIER Réanimateur - CHRU Dr SNAUWAERT Chef du service réanimation spécialisée - Polyclinique du Bois Dr GERONIMI Responsable médical USIC et SI - polyclinique de Bois Bernard Dr FONTAINE Responsable médical USIC et SI - polyclinique Vauban R. BERTRAND Représentant DG CHRU J-R RICHARD Représentant CH Lens P. JAHAN Représentant CH Valenciennes M. BLUA Représentant CH Calais L. CHIAREL Directeur clinique Bois-Bernard O. DEVRIENDT Directeur - Polyclinique Vauban Dr RICOUART ARS - DOS M-O SAILLARD FHF O. VERRIEZ FHP G. DAYEZ FEHAP
Dates de réunions	12 et 28 septembre 2011

4. CHIRURGIE

Nom du référent :	Dr Gérard MOLMY
Composition du groupe de travail :	Pr HERBAUX Chirurgien pédiatrique - CHRU Dr MEURETTE Chirurgien - Clinique St Amé Pr TRIBOULET Chirurgien viscéral - CHRU Pr ROULAND Chirurgien - CHRU Pr CHAMBON Chirurgien - CHRU Dr BOUXIN Chirurgien - Hopale Berck sur Mer Pr VALETTE Anesthésiste A-S NEIRINCK Représentante DG CHRU L CHIAREL Directeur de la Clinique de Bois Bernard Dr MAHIEU Responsable anesthésie - GHICL Mme DEWAILLY Cadre de santé de bloc - CH Valenciennes M LECLERCQ Cadre de santé de bloc - Clinique du Parc M LEBURGUE FHF Dr DARRAS FHP P FAUCHOIT FEHAP Dr GUL ARS - DOS Dr HASSE ARS - DSEE Dr D'ALMEIDA ARS - DOMS Dr DUBOIS Chirurgien - Clinique Bois Bernard Participation également de l'ensemble de la communauté hospitalière du CHRU de Lille.
Dates de réunion :	24 juin 2011

5. IMAGERIE MEDICALE

Nom du référent	Dr Philippe DALINVAL
Composition du groupe de travail	Dr MAERTEN ARS DOS G. TIERS ARS DOS F. AUTIN Service santé - Conseil Régional Nord Pas-de-Calais MC PAUL FHF Dr CATESSON FHP Dr VERCLYTTE FEHAP Pr PRUVO Radiologue - CHRU Lille Dr DEHAENE Radiologue - FNMR Lille Dr LIESSE Radiologue - CH Roubaix Dr CEUGNART Radiologue - COL Lille Dr GUILBEAU Radiologue - Clinique de Bois Bernard Dr LAMBERT Radiologue - Société fse de radiologie Lille Dr LECOUFFE Médecin nucléaire - Privé - Arras Pr HUGLO Médecin nucléaire - SFBMN - CHRU Lille Dr MAKKI Médecin nucléaire - SFBMN - CH Béthune Dr BAILLIEZ Médecin nucléaire - SFBMN - Clinique du Bois Lille Dr MARTIN Radiothérapeute - Clinique du Bois Lille Dr TOKARSKI Radiothérapeute - CH Lens Pr LARTIGAU Radiothérapeute - COL Lille Dr RHLIOUCH Radiothérapeute - Pôle santé Artois Arras JP FLORIN Ingénieur bio-médical - AFIB - CHRU Lille V. CHEVAL Manipulatrice - AFPPE - COL Lille D. DUFRENOY Cadre manipulateur - SCM Hermeugoz Lille M. MOREL Cadre manipulateur - AFPPE - CH Valenciennes E. BOUCHE Physicien médical - Centre De Vinci Douai T. SARRAZIN Physicien médical - COL lille T. PRANGERE Radiopharmacien - CHRU Lille
Dates de réunions	18 janvier, 12 avril, 24 mai, 5 juillet, 6 septembre 2011

6. TECHNIQUES INTERVENTIONNELLES UTILISANT L'IMAGERIE MEDICALE EN CARDIOLOGIE

Nom du référent	Dr Cécile LAMY	
Composition du groupe de travail	Pr KACET	CHRU
	Dr SUDRE	CHRU
	Dr MODINE	CHRU
	Pr PRUVO	CHRU
	Dr ROBIN	CHRU
	Pr KOUSSA	CHRU
	Pr PRAT	CHRU chirurgie cardiaque adulte
	Pr GODART	CHRU cardiologie pédiatrique
	Pr GRAUX	GHICL Centre Hospitalier Saint-Philibert
	Dr VILAREM	Centre Hospitalier de Valenciennes
	Dr PECHEUX	Centre Hospitalier Lens
	Dr GUESNIER	GCS Artois
	Dr DUJARDIN	Centre Hospitalier Douai
	Dr LALLEMANT	Centre Hospitalier Boulogne
	Dr WERQUIN	Centre Hospitalier Dunkerque
	Dr ELKOHEN	Centre Hospitalier de Roubaix
	Dr THIEULEUX	Centre Hospitalier de Calais
	Dr LEFEBVRE	Clinique de la Louvière
	Dr PONCELET	Polyclinique d'Hénin Beaumont
	Dr HOCHART	Cabinet de Cardiologie Polyclinique Bois Bernard Rouvroy
	Dr DIEVART	Clinique Vilette
	Dr BRIMONT	Cabinet Médical Dampierre Polyclinique Vauban
	Dr CARON	Polyclinique du Parc Maubeuge
	Dr MAES	Clinique du Parc Croix
	Dr LEMAIRE	Clinique du Bois Lille
	Dr FOSSATI	Syndicat des cardiologues libéraux
	B. ROSSETTI	CHRU
	V. DESMYTTERE	CH Valenciennes
Un représentant	CH Lens	
Un représentant	CH Boulogne	
Un représentant	CH Dunkerque	

	MC. PAUL E. DECHIROT L. DELEMER Dr CHMAIT M. DEVRIENDT Dr NUGUE O. VERRIEZ I. BRASSART	CH Roubaix Générale de Santé Groupe HPM CMC Cote d'Opale Médi-Partenaires FHF FHP FEHAP
Dates de réunions	8 septembre 2011	

7. PERINATALITE / AMP / DPN

Nom du référent	Dr Elisabeth VERITE - Mme Suzanne DERNONCOURT	
Composition du groupe de travail	D VANDELVELDE	ARS - DSP
	N SOUCI	ARS - DOS
	Dr CACAN	ARS - DOMS
	D PERCHERON	Président du Conseil régional
	O ANOT	Usager - Centre Nascita CIANE
	Dr AUCOURT	Anesthésiste - CH Lens
	Dr BAILLEUX	Gynécologue-obstétricien - Réseau Ombrel (invité)
	A-S. BAUDCHON	Service de PMI - CG 59
	Dr BERAL	Gynécologue-obstétricien - CH Calais (suppléant)
	B. BERCAL	Chef du Service départemental de l'Action sociale - CG62
	Dr BILLIAERT	Médecin généraliste - URPS médecins
		Présidente du réseau "Naître dans le Douaisis"
	Dr BOIDEIN	Neuropédiatre - GHICL
	H. BOMY	Coordinatrice - réseau Ombrel (invitée)
	Dr BONTE	Médecin généraliste (suppléant)
	Dr BRABANT	Gynécologue-obstétricien - GHICL (suppléant)
	S. CARPENTIER	Sage-femme - Réseau Ombrel (invitée)
	Dr COLLIER	Gynécologue médical/ IVG - CHRU (suppléant)
	C. CROY	Coordinatrice - Réseau Hainaut (invitée)
	S. DARRAS-BELVERGE	Secrétaire - Réseau Artois (invitée)
	Pr DEBARGE	Gynécologue-obstétricien - CHRU
	I. DELCROIX-NAULAIS	Déléguée régionale Droits des femmes et égalité
	A. DEPOND	Délégation régionale Droits des femmes et égalité (suppléante)
	Dr DOGNIN	Gynécologue-obstétricien - CH Douai
	Dr DUCLOY-BOUTHORS	Anesthésiste - CHRU
	Dr DUCLOY	Anesthésiste - clinique Cotteel
	C. DUPONT	Conseil départemental de l'ordre des sages femmes (invitée)
	E. FILLEUL	Sage-femme PMI - CG 62
	Dr FONTAINE	Anesthésiste-réanimateur - CH Valenciennes
	E. GAVELLE	Sage-femme Cadre - CHRISO (invitée)
	I. GEBKA	Coordinatrice - réseau du Douaisis (invitée)
	N. GORET	Administrateur ADE CAF
	Dr GUIONNET	Gynécologue-obstétricien - CH Valenciennes (invitée)
	P. HODICQ-VUILLEMOT	Animatrice - réseau la leche League

	<p>Dr HOUZE DE L'AULNOIT C. PRUVO Dr KLEIN Dr LAPEYRE Pr LECLERC Dr LEFEBVRE C. LE MASSON Dr LEVASSEUR P. LEVECQ Pr LIBERT Dr LOUIS Pr MANOUVRIER D. MARIAGE Dr MASCARO Dr MENET Dr MORISOT Dr PIERRAT Dr PILLIOT Dr POHER Dr QUIQUEMPOIS Dr RADULESCO M. RENGOT C. RIBET-VERHASSELT Pr SUBTIL Dr TASSIN Pr TRUFFERT Dr VERHAEGHE</p> <p>L. VIDAL M. ZAIDI</p>	<p>Gynécologue-obstétricien - GHICL (suppléant) Coordinatrice Lille Roubaix Tourcoing - réseau Neurodev Pédiatre PMI - CG 62 Pédiatre néonatalogiste - CH Valenciennes (suppléant) Pédiatre réanimateur - CHRU Gynécologue Médical / IVG - CH Roubaix Sage-femme Gynécologue-obstétricien président du réseau Artois (invité) Assistante Sociale, Chef du Service - CG 59 Pédopsychiatre Pédiatre PMI - CG 59 Médecin généticien clinique - CHRU Puéricultrice Directrice PMI - CG 62 Pédopsychiatre CAMPS- SESSAD Pédiatre - Clinique du Bois (suppléant) Pédiatre néonatalogiste - CH Lens Pédiatre néonatalogiste - CHRU (suppléante) Pédiatre libéral Pédiatre néonatalogiste - réseau Littoral (invitée) Gynécologue-obstétricien - réseau Hainaut (invité) Gynécologue PMI - CG 59 (suppléante) Chargée d'Etudes - ORS Sage-femme libérale (suppléante) Gynécologue-obstétricien - CHRU (suppléant) Pédiatre Chef de Service - CAMSP Roubaix Pédiatre néonatalogiste - CHRU (suppléante) Gynécologue-obstétricien libéral Président CME Pavillon du Bois Nouveau planning familial Lille Sage-femme libérale</p>
Dates de réunions	12 ai, 16 juin, 8 septembre, 6 octobre, 17 novembre, 15 décembre 2011	

8. INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG)

Nom du référent	Dr Elisabeth VERITE
Composition du groupe de travail	<p>Tous les centres d'orthogénie sont représentés ou participent par échanges de mail ainsi que les CG, associations de planification familiale.</p> <p>Dr AMBASSA Nathalie Gynécologue médicale- CH d'Arras</p> <p>Dr ALAO Omoladé Médecin de santé publique- URPS</p> <p>Dr AL RAYES Hassan Gynécologue obstétricien-CH de Cambrai</p> <p>Dr ANANI Aghogba Médecin généraliste-CH de Douai</p> <p>Dr BAILLEUX Bernard Gynécologue obstétricien- CH Seclin</p> <p>Dr BATAILLON Carole Médecin généraliste- CH Valenciennes</p> <p>Dr BONTE Arnaud Médecin généraliste</p> <p>BONTE Annie CH Douai</p> <p>Dr BOULEMIA RAMDANE Malika Gynécologue obstétricien- CH Béthune</p> <p>Dr BOULINGUEZ Jacques Gynécologue- CH Montreuil/mer</p> <p>Dr BULOT Christine Médecin généraliste</p> <p>BULTEEL Marie-Claire</p> <p>Dr CHATELLIN Michèle Médecin généraliste</p> <p>Dr COCIUBA Mariana Gynécologue obstétricien - CH Sambre Avesnois</p> <p>Dr COLIN Claude Gynécologue obstétricien - CH Béthune</p> <p>Dr COLLIER Francis Gynécologue médical-CHRU de Lille</p> <p>Dr COTTE Martine Médecin généraliste</p> <p>CROY Caroline Coordinatrice réseau du Hainaut- CH Valenciennes</p> <p>DARRAS Sylvana Coordinatrice réseau périnatalité Artois- CH Douai</p> <p>DEBIEVRE Kathy CH Armentières</p> <p>DEROISSE Michel</p> <p>Dr U BOUETIEZ Gildas Gynécologue obstétricien</p> <p>DUCROCQ Valérie</p> <p>Dr FABRETTI Patrick Gynécologue obstétricien</p> <p>Dr FALCE Patrick Gynécologue obstétricien</p> <p>FERTE Claire</p> <p>FILLEUL Eddie Sage-femme</p> <p>Dr FLEURY-DOYELLE Brigitte Gynécologie médicale</p> <p>FONTAINE Anita Conseillère conjugale</p> <p>Dr HANNEQUART Philippe Médecin général</p> <p>Dr HELSENS Claudie Médecin généraliste</p> <p>Dr HUBERT Didier Gynécologue obstétricien</p> <p>Dr JAAFRI Abdelkrim Gynécologue médical et obstétricien</p> <p>JUNGERS Françoise Formatrice</p>

	KARIM Etienne Dr LEFEBVRE Philippe Dr LEFEVRE Jacques LEROY Christine Dr LETOMBE Brigitte Dr LOSSOIS Catherine Dr LOUIS Marie-Pierre Dr LOVI Fidèle Dr MACKOWIAK Nathalie MANESSIEZ Christine MARARA Christian MARASCO Vanessa Dr MARQUIS Pierre Dr MARTIN Marie-Jeanne Dr MOORE Francis Dr MORIZOT Daniel MORVAN Marie-Laure Dr MOXHON Eric Dr PARMENTIER Dominique Dr PAS Hervé Dr NOTTEAU Christian Dr PEREZ Stéphane Dr RADULESCO Monique Dr RIFF Michèle Dr ROUSSEAU Dorine TORABI Claudine Dr VANDEVELDE Michel VANHOENACKER Michèle	Gynécologue médical Gynécologue obstétricien Gynécologue médicale Gynécologue obstétricien Pédiatre Médecin généraliste Médecin généraliste Gynécologue obstétricien Médecin généraliste Gynécologue obstétricien Gynécologue obstétricien Gynécologue obstétricien Gynécologie-obstétrique Gynécologie médicale Gynécologie-obstétrique Médecin généraliste Gynécologue médicale Médecin généraliste Médecin généraliste Conseillère municipale Berck/mer Chargé de mission Infirmière Conseillère du Recteur
Dates de réunions	12 mai, 16 juin, 8 septembre, 6 octobre, 17 novembre, 15 décembre 2011 Sous-groupe IVG-contraception 19 mai 2011	

9. PEDIATRIE

Groupe d'experts (ex COTER) constitué ou souhaité	Commission régionale de la naissance et de la petite enfance	
Nom du référent	Dr Elisabeth VERITE Mme Suzanne DERNONCOURT	
Composition du groupe de travail	D VANDELDE	ARS - DSP
	N SOUCI	ARS - DOS
	Dr CACAN	ARS - DOMS
	D PERCHERON	Président du Conseil régional
	O ANOT	Usager - Centre Nascita CIANE
	Dr AUCOURT	Anesthésiste - CH Lens
	Dr BAILLEUX	Gynécologue-obstétricien - Réseau Ombrel (invité)
	A-S BAUDCHON	Service de PMI - CG 59
	Dr BERAL	Gynécologue-obstétricien - CH Calais (suppléant)
	B BERCAL	Chef du Service départemental de l'Action sociale -CG62
	Dr BILLIAERT	Médecin généraliste - URPS médecins
		Présidente du réseau "Naître dans le Douaisis"
	Dr BOIDEIN	Neuropédiatre - GHICL
	H BOMY	Coordinatrice - réseau Ombrel (invitée)
	Dr BONTE	Médecin généraliste (suppléant)
	Dr BRABANT	Gynécologue-obstétricien - GHICL (suppléant)
	S CARPENTIER	Sage-femme - Réseau Ombrel (invitée)
	Dr COLLIER	Gynécologue médical/ IVG - CHRU (suppléant)
	CCROY	Coordinatrice - Réseau Hainaut (invitée)
	S DARRAS-BELVERGE	Secrétaire - Réseau Artois (invitée)
	Pr DEBARGE	Gynécologue-obstétricien - CHRU
	I DELCROIX-NAULAIS	Déléguée régionale Droits des femmes et égalité
	A DEPONDT	Délégation régionale Droits des femmes et égalité (suppléante)
	Dr DOGNIN	Gynécologue-obstétricien - CH Douai
	Dr DUCLOY-BOUHOUS	Anesthésiste - CHRU
	Dr DUCLOY	Anesthésiste - clinique Cotteel
	C DUPONT	Conseil départemental de l'ordre des sages femmes (invitée)
	E FILLEUL	Sage-femme PMI - CG 62
	Dr FONTAINE	Anesthésiste-réanimateur - CH Valenciennes
	E GAVELLE	Sage-femme Cadre - CHRSO (invitée)
	I GEBKA	Coordinatrice - réseau du Douaisis (invitée)
	N GORET	Administrateur ADE CAF
	Dr GUIONNET	Gynécologue-obstétricien - CH Valenciennes (invitée)

P HODICQ-VUILLEMOT	Animatrice - réseau la leche League
Dr HOUZE DE L'AULNOIT	Gynécologue-obstétricien - GHICL (suppléant)
C PRUVO	Coordinatrice Lille Roubaix Tourcoing - réseau Neurodev
Dr KLEIN	Pédiatre PMI - CG 62
Dr LAPEYRE	Pédiatre néonatalogiste - CH Valenciennes (suppléant)
Pr LECLERC	Pédiatre réanimateur - CHRU
Dr LEFEBVRE	Gynécologue Médical / IVG - CH Roubaix
C LE MASSON	Sage-femme
Dr LEVASSEUR	Gynécologue-obstétricien président du réseau Artois (invité)
P. LEVECQ	Assistante Sociale, Chef du Service - CG 59
Pr LIBERT	Pédopsychiatre
Dr LOUIS	Pédiatre PMI - CG 59
Pr MANOUVRIER	Médecin généticien clinique - CHRU
D MARIAGE	Puéricultrice Directrice PMI - CG 62
Dr MASCARO	Pédopsychiatre CAMPS- SESSAD
Dr MENET	Pédiatre - Clinique du Bois (suppléant)
Dr MORISOT	Pédiatre néonatalogiste - CH Lens
Dr PIERRAT	Pédiatre néonatalogiste - CHRU (suppléante)
Dr PILLIOT	Pédiatre libéral
Dr POHER	Pédiatre néonatalogiste - réseau Littoral (invitée)
Dr QUIQUEMPOIS	Gynécologue-obstétricien - réseau Hainaut (invité)
Dr RADULESCO	Gynécologue PMI - CG 59 (suppléante)
M RENGOT	Chargée d'Etudes - ORS
C RIBET-VERHASSELT	Sage-femme libérale (suppléante)
Pr SUBTIL	Gynécologue-obstétricien - CHRU (suppléant)
Dr TASSIN	Pédiatre Chef de Service - CAMSP Roubaix
Pr TRUFFERT	Pédiatre néonatalogiste - CHRU (suppléante)
Dr VERHAEGHE	Gynécologue-obstétricien libéral
	Président CME Pavillon du Bois
L VIDAL	Nouveau planning familial Lille
M ZAIDI	Sage-femme libérale

10. OBESITE

Nom du référent	Dr Annie DELCOURT, Dr Vincent VAN BOCKSTAEL
Composition du groupe de travail	Pr FONTAINE CHRU Dr LECERF Institut Pasteur Dr LEMAIRE CH Béthune Pr ROMON CHRU – réseau OSEAN Dr VERKINDT Médecin libéral Dr ANDRIEUX CH Arras Dr SCHILL HM Zuydcoote Dr CALAFFE Clinique Ambroise Paré Pr PATTOU CHRU Dr LOEUILLE CH Dunkerque Pr WEILL CHRU Dr GRONNIER GHICL Dr POPIELARZ CRF Les Hautois Oignies A ROCOURT FNEHAD Dr VERIER-MINE FHF B DESCHILDRE FHP C DELALEE CHRU G DAYEZ FEHAP URPS Médecins
Dates de réunions	13 Janvier, 18 février, 15 avril, 13 mai, 24 juin, 19 octobre 2011

11. GERONTOLOGIE (dont soins de longue durée et plan Alzheimer)

Nom du référent	Dr Marguerite Marie DEFEBVRE
Experts associés à la rédaction	Pr PUISIEUX, CHRU Lille
membres du Groupe « vieillissement » interrogés début juillet	Dr FOURNIER, CH Lens
	Pr PUISIEUX Gériatre - CHRU - président réseau de santé de gériatrie LHL
	Dr PASQUIER Neurologue - présidente réseau santé Alzheimer - Meotis - CM2R
	Dr LAVERSIN Gériatre CH Carvin
	D DESCHILDRE Directeur des EHPAD - CH Béthune
	Dr LOUVET Médecin coordonnateur EHPAD Orchidées Lannoy
	C VANBESIEN Directeur filière gériatrique CH Douai
	Dr HENNION Directrice filière gériatrique GHICL
	Pr FOURNIER Gériatre - Président EOLLIS et MAIA Phalempin
	E SYS Directeur CHI Wasquehal
	Dr WIART Gériatre - Président CLIC
Dr DOUILLY Médecin coordonnateur - EHPAD CH Calais	
Dr CLICHE Gériatre et directeur - clinique St Roch Cambrai	
Dr DAMBRE Gériatre CH Valenciennes	
Dates de réunion du GTI	mai, 7 juin, 28 septembre 2011

12. CANCER

Nom des référents :	Dr Isabelle LOENS
Composition du groupe de travail :	M MILHAU Chargée de mission - Conseil régional P MENU ARS - DOS L PETRI ARS - DSP Dr RICOUART ARS - DOS Pr ROSE Hématologie - GHICL Pr LARTIGAU Radiothérapie - COL Dr PREVOST Radiothérapie - Centre Marie Curie B LECLERCQ Directeur - COL V LOUHICHI Radiophysicienne - Centre Iridis Dunkerque Dr BLOCK Oncologue - CH Valenciennes Dr DARLOY Oncoradiothérapeute - Centre De Vinci Pr BONNETERRE Responsable de formation - COL Y MARLIER Directeur - CH Boulogne K LECQ Directrice - Clinique des Dentellières Pr TRIBOULET Chirurgien - Coordonnateur médical de la fédération de oncérologie - CHRU S LESQUERBAUT Coordinatrice réseau régional de cancérologie JM BONNEL Usager - Ligue contre le Cancer 62 MH LOUCHEUX Usager - Ligue contre le Cancer 59 Dr FORZY Médecin Coordinateur Opaline 62 F LAUREYNS Directeur plateforme santé du Douaisis E VETU Représentant AIRE Cancers C BERCEZ Coordinatrice Oncomel K LIGIER Registre des cancers de la Métropole C BOUST Ingénieur chargée des pathologies professionnelles Pôle Santé travail – CARSAT Pr PREUDHOMME Biologiste CHRU Lille Dr COPIN Anatomopathologiste CHRU Lille Dr COUVREUR Médecin généraliste Dr BONNIERE Anatomopathologiste libéral C DE PAW Directrice adjointe URPS Médecins
Dates de réunion :	6 juin, 30 juin, 22 septembre 2011

13. SOINS PALLIATIFS

Nom des référents :	Dr Isabelle LOENS
Composition du groupe de travail :	Dr RICOUART ARS - DOS C VINCENT ARS - DOS V RINGLER ARS - DOMS D IGNACE ARS - DOMS Dr SEGUY Gastroentérologue - CHRU D BOURY Département d'Ethique - Centre d'éthique médicale Pr DEBROUKER Unité de soins palliatifs - GHICL C DENDONCKER Diététicienne - CHRU Dr GAMBLIN Médecin USP - COL Dr DECHERF Médecin USP - Clinique des Bonnettes Dr LEMAIRE Médecin EMSP - CH Valenciennes Dr DEREGNAUCOURT Médecin - réseau Diamant P THYRION Coordonnatrice régionale des SP D MORELLE Cadre de santé - réseau Rosalie E De WILDEMAN IDE - réseau Passerelles Pr DESROUSSEAUX Médecin douleur et SP - CHRU C DEGRYSE Cadre sante - CHI Wasquehal P HERMANT Directeur HAD Lens et président FNHAD C MANTEL Cadre santé - HAD Littoral antenne de Fruges Dr DE RYCKER Médecin coordonnateur EHPAD Faches Thumesnil V OSTYN IDE - EHPAD Faches Thumesnil J WULLSCHLEGER Directrice - maison médicale Jean XXIII Dr PERNES Neuropédiatre - Centre St Exupéry Vendin le Vieil Dr AVEZ Médecin Douleur Infantile - CHRU Pr BLOND Médecin - centre de référence de la douleur CHRU Dr BERNARDY Médecin - consultation douleur CH Lens C GHESQUIERE Usager - UDAF 59 Dr MADELAINE Médecin douleur - Polyclinique du Bois
Dates de réunion :	16 juin 2011 – 15 septembre 2011

14. SOINS DE SUITE ET READAPTATION (SSR)

Nom du référent	Dr Philippe DALINVAL
Composition du groupe de travail	<p>Dr BEUGIN Clinique Mitterie Lomme</p> <p>Dr DEBROUCKER Clinique Villeneuve d'Ascq</p> <p>Dr DEPARCY CH Dron Tourcoing</p> <p>Dr D'HALLUIN CH Roubaix</p> <p>Dr IDIRI Centre de gériatrie Wasquehal</p> <p>Dr B. POLLEZ Responsable pôle handicap - ICL Lille</p> <p>Dr ROUSSEAUX Hôpital Swynghedauw CHRU Lille</p> <p>Pr THEVENON CHRU Lille</p> <p>Dr ISTAS CRF l'Espoir Hellemmes</p> <p>Dr BIERRY Clinique St Roch Roncq</p> <p>B. DOLLE DG groupe Hopale Berck sur Mer</p> <p>Dr FARASSE URPS Médecins</p> <p>F. GOUYER Directeur CRF Marc Sautelet Villeneuve d'Ascq</p> <p>S. GUNST Directeur CH Jeumont</p> <p>S. HERLIN Directeur SSR Les Abeilles Briastre</p> <p>C. NIO Directeur CRF Raimbeaucourt</p> <p>M. THUMERELLE Directeur Hôpital Swynghedauw CHRU Lille</p> <p>Dr FOURNIER Gériatre - CH LENS</p> <p>Dr GARET CRF Les Hautois Oignies</p> <p>Dr TAILLEZ Service SSR - CH Carvin</p> <p>Dr PETIT Service SSR - CH Arras</p> <p>Dr AMBROZY Centre La Rougeville St Saulve</p> <p>Dr CLICHE Clinique St Roch Cambrai</p> <p>Dr DEROIDE Service MPR CH Valenciennes</p> <p>C. HENNION FNEHAD</p> <p>Dr HENONIN Unité locale de soins pour PA Escaudin</p>
Dates de réunions	29 mars, 31 mai 2011

15. ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX (AVC)

Nom du référent	Dr Philippe DALINVAL	
Composition du groupe de travail	C. DHAUSSY B. DELAETER Dr MOUNIER-VEHIER Dr JOSIEN Dr GIRARD-BUTTAZ Dr ROSOLACCI Dr DEREPPER Dr DEVOS Dr TOUZANI Dr ADNET-BONTE Dr GOLDSTEIN Dr VALETTE Pr PRUVO Pr LECLERC Dr MICHELIN Pr KACET Dr DUJARDIN Dr ROUSSEAUX Pr LEJEUNE Dr THUIN Dr NUTTENS Dr H KOHLER MC PAUL Pr LEYS Dr LUCAS M. SIMONEAU-DEVILLERS Dr CLICHE Dr FOURRIER Dr MACKOWIAK Pr HAUTECOEUR I. BRASSART H. de RIEMAECKER D. DESSEAUX	ARS - DOS ARS - MAPI (suppléant) Neurologue - CH Lens Neurologue - CH Béthune Neurologue - CH Valenciennes Neurologue - CH Sambre Avesnois Neurologue - CH Calais Neurologue - CH Boulogne Neurologue - CH Dunkerque Neurologue - CH Roubaix Urgentiste - SAMU 59 Urgentiste - SAMU 62 Radiologue - CHRU Radiologue - CHRU Radiologue - CH Roubaix Cardiologue - CHRU Cardiologue - CH Douai (suppléant) Médecin MPR - CHRU Neurochirurgien - CHRU URPS médecins Médecin DIM - CH Douai Médecin DIM - CH Valenciennes (suppléant) Directrice - CH Roubaix Neurologue - CHRU Neurologue - CHRU (suppléant) Direction déléguée aux neurosciences - CHRU Directeur clinique St Roch - Cambrai Polyclinique de la Louvière - Lille GHICL GHICL (suppléant) GHICL Association France AVC 59/62 Association France AVC 59/62 (suppléant)
Dates de réunions	16 ars, 6 juin, 20 septembre 2011	

16. ADDICTOLOGIE

Nom des référents	Mme Catherine RIGAUT-COMBES, Dr Francine VANHEE	
Composition du groupe de travail	D. LENOIR	DG ARS
	JP ROBELET	ARS - DOS
	Dr VANDEVELDE	ARS - DSP
	S. DESGARDIN	Inspection académique 59
	Dr DUBOIS	Inspection académique 62
	Mme VANHOENACKER	Rectorat
	M. RAVERDY	DISP
	J-P GUILLOTON	Directeur adjoint - DDCS 59
	M. CRUNELLE	Directeur adjoint - DDCS 62
	Un représentant	DIRRECTE
	E. RICHARD	Directeur adjoint - DRJSCS
	M. TOURBEZ	CG 59
	Mme DAMAGEUX	CG 62
	Mme BACHELET	Conseil régional
	M. DELAVAL	URIOPSS
	E. DOOGHE	Directrice - ANPAA
	MA TESTELIN	Directrice - Eclat - GRAA
	Dr DANEL	COPAH
	M. FONTAINE	GRANITÉA
	Mme VILLEZ	GRANITÉA (suppléant)
	M. LEMAIRE	Directeur général VISA
	M. BOURHIS	VISA (suppléant)
	Pr COTTENCIN	Université
	Pr GOUDEMAND	Université (suppléant)
	Mme CATTIAUX	CEFIEC
	Dr VOSGIEN	Psychiatre- CH Lens
	Dr LEDENT	Médecin généraliste – CH Carvin (suppléant)
	Un représentant	EPSM
	M. CROIZE	
	M. LOSE	(suppléant)
	Mme DEPAUW	URPS médecins
	Pr BORDET	CEIP
	Dr GAUTIER	CEIP (suppléant)
	Dr DEHEUL	CEIP (suppléant)
	Dr MASQUELIER	G&T 59 62

	<p>Dr RIFF M. WYPYCH Mme COMTE Mme DAMIENS M. CARON Dr LEJEUNE Dr KRAKOWIAK Dr YGUEL Dr GRIBOUR</p> <p>Dr RITAINE Dr LEFEBVRE Dr HARBONNIER Dr PIQUET F. CAPLIER Dr HARBONNIER L PIA Pr DODIN Y. DELPORTE M. JACQUES J-P ALLEMAND Dr CACHERA Dr BLONDEL R. CASTRA</p>	<p>G&T 59 62 (suppléant) Prévert ARS - DSP ARS - DSP ARS - DSP (suppléant) Praticien Hospitalier - CH Arras Praticien Hospitalier - EPSM Val de Lys (suppléant) Praticien Hospitalier - CH Pays d'Avesnes Chef intersecteur 59 62 Alcoologie - CH St Amand (suppléant) Praticien Hospitalier - CHRSO Praticien Hospitalier - CH Boulogne (suppléant) Praticien Hospitalier - EPSM agglomération lilloise Psychiatre - EPSM agglomération lilloise (suppléant) FHF FHF (suppléant) FEHAP FEHAP (suppléant) FHP Alcooliques anonymes SOS Hépatites ARS - DOS (suppléante) ARS - DOS (suppléant) ARS- DOMS (suppléante)</p>
Dates de réunions	<p>Commission régionale addictions : 19/11/2010; Comité thématique 10/06/2011; 08/07/2011; Prévu 07/10/2011 Groupes de travail de la Commission Régionale Addictions : Traitements de substitution aux opiacés ; Jeunes ; Filières et Réseaux ; Formation –Evaluation- Recherche ; Infirmiers(ères) en addictologie ; Valorisation des groupes d'entraide (Gpe outils de la loi 2002-2 clos après rendu travaux).</p>	

17. PSYCHIATRIE

Nom des référents	Dr Francine VANHEE, M Philippe DAGBERT	
Composition du groupe de travail	P. JACSON	CH Valenciennes
	Dr DRICI	Pédopsychiatre - CH Cambrai
	G. NIVASSE	Directeur - IDAC
	Dr J-Y. ALEXANDRE	Psychiatre - EPSM agglomération lilloise
	D. STEKELOROM	CG 62
	Dr DOUBLIZE	GHICL
	Dr LEFEBVRE	Psychiatre - Clinique du Littoral
	Dr BETREMIEUX	Pédopsychiatre - CH Hénin-Beaumont
	Dr DELION	PUPH - CHRU
	Dr SALOME	Psychiatre - psdt CME - EPSM Flandres
	N. ALQUIER	Directrice - Clinique de l'Escrebieux
	M. BRETON	Délégué régional fédération Croix Marine
	B. ESCAIG	Président UNAFAM Nord-Pas-de-Calais
	B. DORE	Chargée de mission - URAPEI
	E. JOUBERT	CG 59
	S. CHAVATTE	EPSM agglomération lilloise
	M. PRESTINI	Directrice - CREA I
	M. MANSOURI	IEM Zuydcoote
	N. CUVELIER	CG 59
	Pr THOMAS	Vice-président F2RSM
	V. SELLEZ	CG 62
	V. DODIN	GHICL
	B. DELAVAL	URIOPSS
	O. ALAO	URPS médecins
	C. ETHUIN	Président - association Nord mentalités
	Dr LEHEMBRE	Psychiatre libéral Lille
	Dr DANEL	Directeur F2RSM
	N. CHETOUI	MDPH 62
	R. RIBEAUCOURT	ABEJ
	J. HALOS	Directeur - EPSM Lille Métropole
	P. BOURDIN	CG 59
	Dr VIRNOT	Pédopsychiatre - CH Douai
	G. LEFEBVRE	CH Douai
	Dr DEBAISIEUX	Psychiatre - psdt CME - EPSM Val de Lys
	Dr LAJUGIE	Psychiatre - psdte CME - EPSM Lille Métropole

	F. CAPLIER J. NOEL I. COIFFIER C. BOUTROY Dr DELERUE	Directeur adjoint - EPSM agglomération lilloise Directeur - EPSM agglomération lilloise ARS - DSP ARS - DOS ARS - DOMS
Dates de réunions	Commission : 09/02/2011; 04/05/2011 Comité thématique : 29/06/2011; 14/09/2011; Prévues 23/11/2011 Groupe de travail pédopsychiatrie : 22/03/2011 et 15/04/2011 Groupe de travail prévention : 14/03/2011 et 12/04/2011 Groupe de travail accès aux soins : 17/03/2011 et 12/04/2011 Groupe de travail mortalité évitable : 09/03/2011 et 01/04/2011 Présentation sur les territoires : Littoral 09/05/2011; Hainaut 28/06/2011 Participation aux groupes de travail GCS Psychiatrie Artois et Coopération psy Métropole, psychiatrie du Littoral	

18. HOSPITALISATION A DOMICILE

Nom des référents:	Dr Emmanuelle CERF, Dr Marguerite-Marie DEFEBVRE, Mme Magali LONGUEPEE	
Composition du groupe de travail :	P. DUMARQUEZ	Directeur service HAD du Béthunois
	M. BATEZ	Directeur HAD Calais St Omer
	O. SEGUIN	Directeur général HAD Douaisis, Cambrasis et Dunkerquois (Mutualité française du Nord)
	P. BACHELET	Directeur général HAD du Littoral (Berck, Boulogne et Fruges)
	Dr BAHEU	Médecin coordonnateur HAD Flandres Lys
	Dr LEFEBVRE	HAD du Hainaut
	P. HERMANT	Directeur général Santé services de la région de Lens – HAD Lens
	C. DUBREUCQ	Directrice Santélys (HAD Arras, Lille, Roubaix)
	Dr EVERARD	Médecin coordonnateur Santélys
	Dr BALAGNY	Médecin coordonnateur Service HAD du CHRU de Lille (Hopidom)
	C. HENNION	Directrice HAD Synergie (GHICL)
	Dr CHARANI	Médecin coordonnateur HAD Synergie (GHICL)
	R. LEMAHIEU	ARS – DOMS
	Dr DALINVAL	ARS – DSEE
	Dr LOENS	ARS – DSEE
	Dr VANHEE	ARS – DSEE
	Dr VERITE	ARS – DSEE
	JM TRIVIER	ARS - DOS
	Y. BEAUCHAMP	ARS – DOS
	M. YILMAZ	OMEDIT
Dr SANDLARZ	Cellule régionale d'hémovigilance	
Dr CABRE	Cellule régionale d'hémovigilance	

Dates des réunions : 30 mai 2012, 10 septembre 2012

19. TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE

Nom du référent:	Dr Dominique LAJUGIE	
Composition du groupe de travail :	P. DEPELCHIN	ARS
	E. CERF	ARS
	D. FERNAGUT	ARS
	J.P. BOUCHET	ADH
	Dr CAPIER	ADH
	S. DILLIES	SANTELYS
	Dr ADDA	POLYCLINIQUE VAUBAN
	Dr AZAR	CH DUNKERQUE
	Dr BATAILLE	CH BOULOGNE
	Dr BENZIANE	CH ARRAS
	Dr BOUBIA	CH FOURMIES
	Dr BOURDON	POLYCLINIQUE DU BOIS
	Dr BRASSEUR	POLYCLINIQUE DE BOIS BERNARD
	Dr CARDON	CH DOUAI
	Dr CHLIH	POLYCLINIQUE VAUBAN
	Dr DEGREMONT	CH CAMBRAI
	Dr DUFAY	CH ROUBAIX
	Dr GLOWACKI	CHRU LILLE
	Dr GUINCESTRE	CH ROUBAIX
	Dr HAMDINI	CH MAUBEUGE
	Dr HOFFMANN	POLYCLINIQUE DE BOIS BERNARD
	Dr LAMOTTE	CLINIQUE PONT ALLANT
	Dr LEMOINE	POLYCLINIQUE DE BOIS BERNARD
	Dr LESSORE	CHRU LILLE
	Dr MAC NAMARA	CH BETHUNE
	Dr MAISONNEUVE	CH VALENCIENNES
	Dr MESSIER	CLINIQUE NEPHROLOGIQUE HELFAUT
	Pr NOEL	CHRU LILLE
	Dr PAINCHART	CH CAMBRAI
	Dr READE	CLINIQUE PONT ALLANT
	Dr VRIGNEAUD	CH VALENCIENNES
	Dr HARDY	POLYCLINIQUE DE BOIS BERNARD

20. TRANSFUSION SANGUINE

Nom du référent :	Mme le Dr Marianne SANDLARZ
Composition du groupe de travail	Dr JJ HUART Directeur Général EFS Nord de France Dr E. RESCH Directeur de la distribution EFS Nord de France Mr R. SMUCZYNSKI Secrétaire Général EFS Nord de France