PRS

PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ

ars
Agence Régionale de Santé
Normandie

Édito

« La meilleure façon de prédire l'avenir c'est de la créer » : Peter Drucker…

Ce premier Projet régional de santé normand est le résultat d'un long processus de création. Ce processus a mobilisé depuis presque 2 ans les équipes de l'agence et ses partenaires. Tous se sont largement investis dans un esprit contributif et constructif. Qu'ils en soient tous ici remerciés.

En octobre 2016, l'Agence prenait l'engagement devant les acteurs en santé de la région de faire de la transversalité et du décloisonnement les fondements du futur projet régional de santé. Nous n'avions pas fait le choix de la facilité. Partir des besoins des personnes, de leurs parcours de santé et de vie, ces ambitions ont exigé de déborder des frontières qui séparent les secteurs d'intervention traditionnels de santé publique au profit d'une approche globale de la santé.

Notre deuxième défi était de ne pas faire de ce PRS le « plan d'actions » de l'Agence mais bien un cadre pour agir collectivement. J'insiste sur ce point, nous avons souhaité que ce PRS ne soit pas celui de l'ARS mais bien « notre » PRS : celui qui nous permettra à tous – nous, acteurs de la santé en Normandie – de contribuer à l'amélioration de la santé des Normands. Là aussi, cette ambition est fondée sur la conviction que la santé n'appartient pas à l'ARS : les territoires, les professionnels, les usagers, leurs familles et leurs représentants, les collectivités territoriales (dont certaines pilotent parfois des pans entiers de l'action en santé publique), les autres administrations, nous agissons ensemble dans un but commun. Je souhaite que ce PRS soit l'impulsion pour permettre les innovations et les expérimentations, les coopérations et les collaborations, la coordination et l'intégration.

J'en suis convaincue, pour garantir l'équité d'accès à la santé à tous en toute sécurité, et pour offrir à chaque Normand une prise en charge adaptée à ses besoins, il faut penser l'organisation de la santé au niveau des territoires. La mobilisation de tous les acteurs concernés doit être coordonnée. La clé du succès de ce projet résidera dans le « sur-mesure » des projets d'organisation adaptés aux territoires et leurs spécificités, et co-construits dans une logique de partenariat.

En s'attachant à améliorer l'accessibilité, la qualité et la sécurité de notre système de santé, l'Agence régionale de santé est restée fidèle aux priorités fixées par la Stratégie nationale de santé 2018-2022 : promouvoir la santé, inclure la prévention dans tous les milieux et tout au long de la vie ; lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé ; garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé ; innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des usagers.

A l'heure où notre système de santé est appelé à se transformer, les acteurs de la santé en Normandie ont montré qu'ils étaient prêts à jouer le jeu de l'intelligence territoriale. Mon souhait : faire de 2018 le début d'une nouvelle aventure collective pour améliorer la santé des Normands.

Parce que la santé est l'affaire de tous.

Madame Christine GARDEL
Directrice générale
Agence régionale de santé de Normandie

LE PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ : **PRS**

Le PRS de deuxième génération répond à l'objectif de territorialisation de la politique de santé en application des articles 158 et 162 de la loi n°2016-41 de modernisation de notre système de santé.

Le PRS est désormais composé de trois documents :

- le Cadre d'orientation stratégique (COS),
- le Schéma régional de santé (SRS),
- le Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS).

→ **Sa finalité : améliorer l'état de santé des Normands**

UNE APPROCHE GLOBALE ET TRANSVERSALE DE LA SANTÉ : LE PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE

Sur la base du diagnostic régional, des diagnostics territoriaux, des enjeux de santé de la région, des moyens d'agir, de l'impact possible et de la concertation réalisée avec les partenaires normands par l'intermédiaire des représentants de la démocratie en santé, l'ARS de Normandie et ses partenaires ont fait le choix de faire des parcours de santé et de vie l'angle principal du PRS. Or, les parcours débordent par nature le cadre des activités et des secteurs traditionnels de la santé. Aussi, assurer la fluidité des parcours engage à adopter une ambition de transversalité. À ce titre, le PRS de Normandie intègre la charte du parcours de santé élaborée par la Conférence nationale de santé (CNS) comme cadre général d'action.

C'est donc une approche globale de la santé qui a guidé l'élaboration de ce projet régional de santé et ses constituants : COS, SRS et PRAPS. Prévention et promotion de la santé, offre de soins, offre médico-sociale, veille et sécurité sanitaire, performance des acteurs et des organisations : le PRS concerne ainsi l'ensemble des acteurs du domaine de la santé.

Le parcours de santé et de vie articule le parcours de soins avec les actions de promotion de la santé et de prévention, d'accompagnement médico-social et social ; ils intègrent les facteurs éducatifs, environnementaux, de réinsertion professionnelle, un éventuel contexte juridique et l'entourage familial.

Huit parcours de santé et de vie prioritaires en Normandie ont été arrêtés collectivement :

- Le parcours « périnatalité et développement de l'enfant »	- Le parcours « psychiatrie et santé mentale »
- Le parcours « santé des enfants et des jeunes »	- Le parcours « cancers »
- Le parcours « personnes en situation de handicap »	- Le parcours « maladies chroniques » - insuffisance cardiaque
- Le parcours « personnes âgées en perte d'autonomie »	- Le parcours « maladies chroniques » -asthme/BPCO

En savoir plus :
Le PRS … sous l'angle des parcours de santé et vie prioritaires
La charte du parcours de santé élaborée par la Conférence nationale de santé (CNS)

L'ACTION PRIORITAIRE SUR LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

Le PRS positionne les déterminants de santé au sein de l'ensemble des stratégies et des champs d'application relevant de l'agence et de ses partenaires.

Les déterminants de la santé représentent l'ensemble des facteurs individuels et collectifs, socio-économiques et environnementaux qui vont influencer l'ensemble des conditions de santé et de bien-être de la population.

Le modèle de Dahlgreen et Whitehead présenté ci-dessous, s'organise autour de trois catégories de déterminants : individuel, environnemental et sociétal.

Il illustre les facteurs liés au style de vie personnel, les réseaux sociaux et communautaires, les facteurs liés aux conditions de vie, de travail et les conditions socio-économiques, culturelles et environnementales qui ont un impact sur la santé.

Ces niveaux ne sont pas indépendants les uns des autres mais ils interagissent entre eux.

Cette action prioritaire sur les déterminants de santé rend la coordination des politiques publiques incontournable.

LA COHÉRENCE AVEC LA STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ ET LES PLANS NATIONAUX

Le PRS définit, en cohérence avec la Stratégie nationale de santé et dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, les objectifs pluriannuels de l'Agence régionale de santé (ARS) dans ses domaines de compétences et les mesures pour les atteindre.

Le PRS s'attache également à décliner les plans nationaux de santé existants.

UNE AMBITION COLLECTIVE CO-CONSTRUITE….

Le PRS n'est pas seulement l'outil de l'ARS mais également celui de l'ensemble des acteurs du territoire. Par les politiques publiques qu'ils pilotent et leur caractère représentatif, les Conseils départementaux, le Conseil régional et les collectivités locales sont des acteurs incontournables pour faire vivre la territorialisation des politiques de santé.

Les partenaires régionaux, professionnels, institutionnels et usagers, ont été très mobilisés dans l'élaboration du PRS par l'intermédiaire des instances de démocratie en santé (Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie-CRSA et Conseils Territoriaux de Santé-CTS). Au-delà de séminaires de travail dédiés, toutes les instances existantes se sont largement investies et ont été force de propositions.

Le PRS constitue ainsi une ambition partagée, fruit d'un travail collectif et « un cadre pour agir collectivement ».

…ET TERRITORIALISÉE

Le PRS normand consolide résolument l'animation et la coordination au sein de l'ensemble des instances de démocratie sanitaire et la déclinaison territoriale de la stratégie régionale de santé.

Dès leur installation, les sept Conseils territoriaux de santé (CTS) se sont engagés dans la réalisation de diagnostics territoriaux partagés. À l'occasion de séances de travail dédiées aux parcours de santé prioritaires, les CTS ont pu contribuer à alimenter la construction du PRS.

La création des ARS et la loi HPST (hôpital, patients, santé et territoires) ont conduit chacune des anciennes régions de Basse et de Haute-Normandie à déterminer des territoires d'observation. Ainsi, chaque ancienne région a défini un peu moins d'une vingtaine de territoires basés sur les besoins en santé (population et pratiques) pour la première et sur l'offre pour la seconde.

Bien que construit selon des méthodologies différentes, ce découpage comparable a, dans un premier temps, été conservé par l'ARS de Normandie.

Quartiers politique de la ville et zones de revitalisation rurales, une attention particulière

Les zones urbaines (quartiers « politique de la ville ») ainsi que les zones de revitalisation rurales sont très sensibles au caractère de défavorisation notamment en lien avec un phénomène d'isolement résidentiel d'une partie importante de la population (environ 10 %). Les zones de revitalisation rurales regroupent des territoires ruraux qui rencontrent des difficultés particulières : faible densité démographique, absence de services de santé de base, handicap structurel sur le plan socio-économique.

À ce titre, quartiers « politiques de la villes » et Zones de revitalisation rurales (ZRR) feront l'objet d'une attention particulière dans le cadre de la déclinaison territoriale du PRS.

Il est indispensable de penser et d'organiser une stratégie d'attractivité des territoires pour les professionnels de santé. Celle-ci doit être définie sur la base de l'existant et des spécificités de chaque territoire.

UNE GOUVERNANCE DÉDIÉE

La gouvernance du PRS elle-même reflète l'ambition d'élaborer collectivement la stratégie régionale de santé.

Le comité stratégique du PRS composé de la présidente de la CRSA, des quatre présidents de commissions spécialisées (usagers, prévention, offre de soins et offre médico-sociale), des sept présidents de CTS et des directeurs de l'agence a validé les documents issus des travaux régionaux et territoriaux.

Il est chargé d'assurer la cohérence stratégique des travaux au regard notamment des enjeux de coordination des politiques publiques.

LA PLACE CENTRALE DE L'ÉVALUATION

Au-delà de l'élaboration du PRS, le comité stratégique perdurera pour assurer le suivi de sa mise en œuvre et in fine, son évaluation en lien avec les CTS.

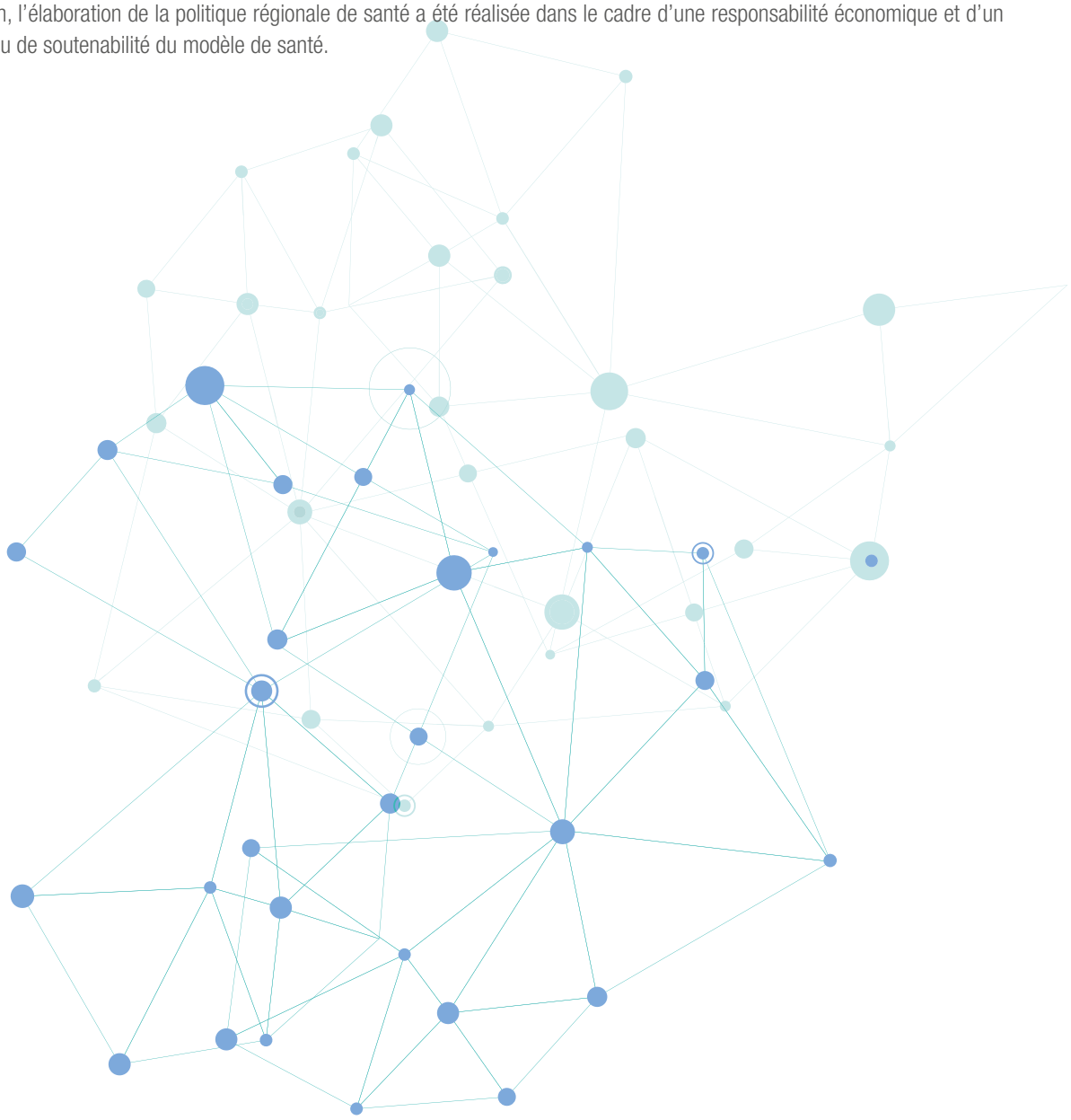
LA NÉCESSAIRE COORDINATION DES POLITIQUES PUBLIQUES

La coordination des acteurs publics sur un même territoire et la cohérence des objectifs poursuivis sont les conditions indispensables d'une politique de santé lisible, complète et efficiente. Compte-tenu de la diversité des intervenants, la tâche est particulièrement difficile.

Le PRS vise ainsi également à renforcer :

- l'articulation des politiques publiques à l'échelle régionale et territoriale,
- la cohérence des actions de toutes les institutions œuvrant à l'amélioration de la santé de la population ou agissant plus globalement sur les déterminants de santé.

Enfin, l'élaboration de la politique régionale de santé a été réalisée dans le cadre d'une responsabilité économique et d'un enjeu de soutenabilité du modèle de santé.



Agence régionale de santé de Normandie
Espace Claude Monet
2 place Jean Nouzille – CS 55035
14050 CAEN Cedex 4
Tél. : 02 31 70 96 96
Courriel : ars-normandie-contact@ars.sante.fr
Site : www.normandie.ars.sante.fr
Compte twitter : @ars_normandie

version en vigueur au 09/03/2018

PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ

COS

CADRE D'ORIENTATION STRATÉGIQUE

2018 ▶ 2028

ars
Agence Régionale de Santé
Normandie

SOMMAIRE

1. **LE COS – DE QUOI PARLE-T-ON ?** ..... p. 4

2. **LES ENJEUX DE SANTÉ EN NORMANDIE** ..... p. 6

Le contexte régional

- Les caractéristiques économiques et sociodémographiques de la population
- L'état de santé de la population : des besoins de santé et d'accompagnement croissants et d'une grande diversité

Des inégalités sociales et territoriales avérées

- Les déterminants sociaux de santé
- Des territoires contrastés : les territoires prioritaires dans notre région
- Les inégalités territoriales de l'offre en santé

Les parcours de santé et de vie prioritaires en Normandie

3. **LES AMBITIONS EN NORMANDIE** ..... p. 14

La santé pour tous, une ambition collective

Objectif n°1. Faire de la prévention et de la promotion de la santé le 1er levier du bien-être de la population en agissant sur les déterminants de santé tout au long de la vie

Objectif n°2. Réduire les inégalités de santé, qu'elles soient sociales ou territoriales, en offrant une réponse de santé proportionnée aux vulnérabilités

Objectif n°3. Chaque usager doit pouvoir, tout au long de sa vie, agir pour sa santé ou celle de ses proches

Objectif n°4. Chaque usager doit pouvoir s'exprimer, être entendu et être partie prenante de la qualité du système de santé

Objectif n°5. Chaque usager doit avoir accès à une offre en santé adaptée à ses besoins

La santé pour tous, une ambition reposant sur un système de santé de qualité, soutenable et novateur

Objectif n°6. Chaque usager et chaque professionnel doit disposer d'une information lisible

Objectif n°7. Chaque usager doit bénéficier de services et interventions en santé performants

Objectif n°8. Mettre l'innovation au service du système de santé

Objectif n°9. Développer et pérenniser les synergies avec les institutions publiques et la coordination de leurs politiques au service d'une action globale de santé

Objectif n°10. Chaque usager doit pouvoir bénéficier d'un parcours fluide

4. **LE SUIVI ET L'ÉVALUATION DU COS** ..... p. 34

1 LE COS – DE QUOI PARLE-T-ON ?

DES TEXTES…*

**Article R1434-3 du code la santé publique (CSP)*

Le cadre d'orientation stratégique (COS) détermine les objectifs généraux et les résultats attendus à 10 ans en matière de santé pour :

- améliorer l'état de santé de la population,
- lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS).

Ces objectifs portent notamment sur :

- l'organisation des parcours de santé,
- le renforcement et la pertinence de la qualité, de la sécurité de la continuité et de l'efficience des prises en charge et des accompagnements,
- les effets sur les déterminants de santé,
- le respect et la promotion des droits des usagers.

Le cadre d'orientation stratégique (COS) s'inscrit dans la perspective d'une amélioration de la coordination avec les autres politiques publiques ayant un impact sur la santé.

Il intègre les quatre axes prioritaires de la Stratégie nationale de santé (SNS)	déclinés en Normandie au sein des objectifs stratégiques suivants
1. Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie	**Objectif stratégique 1 :** Faire de la prévention et de la promotion de la santé le 1er levier du bien-être de la population en agissant sur les déterminants de santé tout au long de la vie
2. Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé	**Objectif stratégique 2 :** Réduire les inégalités de santé, qu'elles soient sociales ou territoriales, en offrant une réponse de santé proportionnée aux vulnérabilités **Objectif stratégique 5 :** Chaque usager doit avoir accès à une offre en santé adaptée à ses besoins
3. Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge	**Objectif stratégique 7** : Chaque usager doit bénéficier de services et interventions en santé performants
4. Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des citoyens	**Objectif stratégique 8** : Mettre l'innovation au service du système de santé **Objectif stratégique 4** : Chaque usager doit pouvoir s'exprimer, être entendu et être partie prenante de la qualité du système de santé

… À UNE DÉMARCHE PARTICIPATIVE ET CONCERTÉE

Sur la base de nombreux travaux engagés :

- évaluation des PRS 1,
- partage du diagnostic régional,
- séminaires de travail sur les priorités régionales,
- identification et construction des parcours de santé et de vie prioritaires,
- élaboration des DTP – diagnostics territoriaux partagés,...

...l'ensemble des partenaires régionaux, par l'intermédiaire des instances de démocratie en santé (Commission régionale de santé et de l'autonomie - CRSA - et ses commissions spécialisées, commissions de coordination des politiques publiques, Conseils territoriaux de santé - CTS), a participé à la réflexion pour l'élaboration du COS.

LE COS NORMAND

Le COS du PRS détermine les orientations stratégiques à 10 ans qui poursuivent deux ambitions en Normandie :

1. **La santé pour tous, une ambition collective**
2. **La santé pour tous, une ambition reposant sur un système de santé de qualité, soutenable et novateur**

La première ambition du COS normand vise à améliorer l'état de santé de la population et à réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé à travers cinq objectifs stratégiques :

Objectif n°1 : Faire de la prévention et de la promotion de la santé le 1er levier du bien-être de la population en agissant sur les déterminants de santé tout au long de la vie

Objectif n°2 : Réduire les inégalités de santé, qu'elles soient sociales ou territoriales, en offrant une réponse de santé proportionnée aux vulnérabilités

Objectif n°3 : Chaque usager doit pouvoir, tout au long de sa vie, agir pour sa santé ou celle de ses proches

Objectif n°4 : Chaque usager doit pouvoir s'exprimer, être entendu et être partie prenante de la qualité du système de santé

Objectif n°5 : Chaque usager doit avoir accès à une offre en santé adaptée à ses besoins

La seconde ambition du COS décline les cinq objectifs stratégiques qui constituent les leviers majeurs pour les atteindre :

Objectif n°6 : Chaque usager et chaque professionnel doit disposer d'une information lisible

Objectif n°7 : Chaque usager doit bénéficier de services et interventions en santé performants

Objectif n°8 : Mettre l'innovation au service du système de santé

Objectif n°9 : Développer et pérenniser les synergies avec les institutions publiques et la coordination de leurs politiques au service d'une action globale de santé

Objectif n°10 : Chaque usager doit pouvoir bénéficier d'un parcours fluide

LES ENJEUX DE SANTÉ DES 10 PROCHAINES ANNÉES

Le présent cadre d'orientation stratégique a été élaboré à la fois sur la base des résultats de l'évaluation des PRS de première génération déclinés dans les deux anciennes régions de Basse et de Haute-Normandie, sur la réalisation d'un diagnostic régional et de Diagnostics territoriaux partagés (DTP) qui ont permis d'identifier collectivement les enjeux de santé basés sur :

- **les spécificités de la population normande (caractéristiques économiques et sociodémographiques de la population, état de santé de la population, inégalités sociales et déterminants sociaux),**
- **l'identification des parcours de santé et de vie prioritaires,**
- **la nécessaire territorialisation de la politique régionale de santé (animation territoriale, territorialisation des actions).**

En savoir plus : Annexe 1 - Diagnostic régional sur les besoins de santé
Annexe 2 - Etude de l'offre en santé et du recours aux soins en Normandie

2 LES ENJEUX DE SANTÉ EN NORMANDIE

LE CONTEXTE RÉGIONAL

Les caractéristiques économiques et sociodémographiques de la population

- **Une croissance démographique ralentie :** la Normandie compte 3 334 660 habitants au 1er janvier 2015 (devant la Bretagne, la Bourgogne-Franche-Comté, le Centre-Val-de-Loire et la Corse). L'augmentation de sa population résulte du seul excédent des naissances sur les décès. En progression de +0,30 % par an dans la période 2000-2010, la population normande croît trois fois moins vite qu'au niveau national (+0,48 %) avec + 0,15 % par an depuis 2010. Ceci s'explique par l'augmentation du déficit migratoire. **La croissance démographique de la Normandie est principalement portée par le Calvados et l'Eure,** qui cumulent soldes naturels et soldes migratoires positifs.

- **Une population vieillissante :** la Normandie est une région qui vieillit rapidement. Le nombre de jeunes de moins de 20 ans a diminué, aussi bien en nombre qu'en proportion, sur les 15 dernières années. En 2010, elle occupait le 4e rang parmi les régions métropolitaines, l'écart se resserrant avec la France. En 2015, la part des jeunes Normands (24,3 %) est sensiblement égale à celle que l'on constate en moyenne en France et situe la région au 5e rang. Son indice de vieillissement, rapport des 65 ans et plus sur les moins de 20 ans, s'est longtemps situé en-dessous du niveau national avant de le dépasser en 2010. Il se situe depuis dans la moyenne française (72,6 contre 71,8 en France), mais c'est celui qui a le plus progressé sur les cinq dernières années. Les 75 ans ou plus représentent 9,7 % de la population régionale au 1er janvier 2015, proportion proche du niveau de la France métropolitaine (9,3 %). **La Manche et l'Orne, ont une population plus âgée que les autres départements.**

- **Les populations âgées** sont aussi **plus nombreuses** en proportion **à vivre seules ; 40,2 % contre 38,6 % en France.**

- **Le taux de natalité est de 11 ‰ en Normandie. Il est inférieur au taux France entière qui s'élève à 12 ‰.**

- **Une répartition géographique de la population hétérogène dans la région** et concentrée dans les grandes villes : Le Havre, Rouen, Caen, Evreux, Cherbourg et Dieppe.

- **Une économie tournée à la fois vers les secteurs agricoles et industriels :** région la plus industrielle de France et 66 % de la surface du territoire consacrée à l'agriculture.

- **De tradition agricole, la région reste fortement marquée par l'emploi industriel, regroupant des sites à fort risque industriel (classés Seveso) et majoritairement localisés en Seine-Maritime (76) :**
  - 46 sites présentant un risque industriel (explosion, incendie, émission de substance toxique) classés Seveso - seuil haut et répartis sur le territoire régional : deux dans le Calvados, cinq dans l'Eure, un dans la Manche, trois dans l'Orne et trente-cinq en Seine-Maritime,
  - 5 installations nucléaires présentant des risques spécifiques (incendie, rejets radioactifs) : trois dans la Manche et deux en Seine-Maritime.

- **Des caractéristiques économiques globalement plus défavorables comparées à la France :**
  - La Normandie fait partie des régions qui ont perdu de l'emploi entre 2003 et 2014 (-0,9 %)
  - Le recours à l'intérim est significativement plus important qu'au niveau national (3,3 % de l'ensemble des heures travaillées / 2,4 % en moyenne France métropolitaine)
  - En termes de groupe sociaux professionnels, les ouvriers et employés sont surreprésentés avec 33 % de la population active contre 30 % en France, alors que les cadres sont sous représentés (6,2 % contre 9 %)
  - Entre 2013 et 2014, les actifs avec ou sans emploi ont davantage quitté la région qu'ils ne s'y sont installés
  - Le déficit migratoire des actifs en emploi concerne uniquement le secteur tertiaire, surtout le commerce, l'information-communication et l'administration publique. Les cadres et professions intermédiaires du tertiaire sont particulièrement déficitaires
  - Le revenu annuel médian est plus faible que la moyenne nationale (19 707 € - France métropolitaine : 20 184 €)

- Une densité variable de 48 habitants/km^2 dans l'Orne à 200 habitants/km^2 en Seine-Maritime

- 13,5 % des ménages fiscaux vivent en dessous du seuil de pauvreté (France métropolitaine : 14,5 %). Les territoires de l'Orne, du Havre et de Dieppe présentent un taux de pauvreté significativement supérieur à la région

- 3 334 660 habitants (au 01/01/15)
- 1,96 enfant par femme, niveau proche de celui de la France métropolitaine (1,98) et en-dessous du seuil de renouvellement des générations (2,1 enfants par femmes)

- 9,7 % de la population normande âgée de 75 ans ou plus au 01/01/2015
- En 2040, les plus de 60 ans représenteraient 33 % de la population normande contre 22 % aujourd'hui (Source INSEE)

- Une espérance de vie inférieure à la France : 77,8 ans (contre 79 ans) pour les hommes, 84,6 ans (contre 85,1 ans) pour les femmes

En savoir plus : Annexe 1 - Diagnostic régional sur les besoins de santé
Annexe 2 - Etude de l'offre en santé et du recours aux soins en Normandie

2

L'état de santé de la population : des besoins de santé et d'accompagnement croissants et d'une grande diversité

Des indicateurs d'état de santé régionaux (mortalité / morbidité) plus défavorables qu'en France métropolitaine et des spécificités infra régionales :

De manière générale, la région Normandie se caractérise par une surmortalité globale par rapport à la France en affichant un indice comparatif de mortalité (ICM) de 108,5 chez les hommes et 103,6 chez les femmes.

La Normandie est la région où l'espérance de vie est la plus faible, après les Hauts-de-France. On observe une surmortalité prématurée (avant 65 ans) supérieure à la moyenne nationale tant chez les hommes (ICM = 115), que chez les femmes (ICM = 108).

Le taux de mortalité infantile normand de 3,3 décès de moins de 1 an pour 1000 naissances est en deçà du taux français de 3,5. Le Calvados présente même un taux de 2,4, particulièrement bas. En revanche, le taux de l'Eure de 3,9 se situe au dessus de la moyenne.

Les principales causes de décès en Normandie sont :

- la consommation excessive de tabac et d'alcool,
- les suicides,
- les affections cardiaques,
- les cancers.

En termes de pathologies, les maladies cardio-vasculaires, les maladies respiratoires et les cancers sont sur-représentés par rapport aux moyennes nationales et territorialisées :

- les territoires du Calvados, de la Manche et de l'Orne particulièrement touchés par les maladies cardio-vasculaires,
- les maladies respiratoires plus importantes sur les territoires de Dieppe, Rouen, le nord de la Manche et le nord de l'Orne.

Les pathologies psychiatriques et les maladies neurodégénératives y sont également sur représentées.

Le recours aux traitements psychotropes est plus fréquent en Normandie qu'ailleurs.

Les morts violentes sont plus fréquentes qu'en France métropolitaine : suicides et accidents de la circulation.

- taux de tentatives de suicides élevé notamment dans les territoires de Dieppe, Rouen, la Manche et l'Orne

En Normandie, le taux de maladies professionnelles est plus élevé avec une augmentation significative chez les salariés agricoles.

En savoir plus : Annexe 1 - Diagnostic régional sur les besoins de santé

LES INÉGALITÉS SOCIALES ET TERRITORIALES DE SANTÉ (ISTS)

Les inégalités sociales de santé renvoient aux différences d'état de santé entre les groupes sociaux. Cela s'appelle le **gradient social.** Une catégorie sociale a une espérance de vie et une espérance de vie en bonne santé moins bonne que la catégorie sociale qui lui est immédiatement supérieure. Les inégalités sociales de santé sont considérées comme injustes et systématiques entre les différents groupes sociaux selon **un gradient social** (plus on est dans une situation socio-économique défavorable moins on est en bonne santé). Ces différences de santé ne concernent pas seulement les personnes en précarité, elles n'opposent pas non plus les personnes pauvres aux personnes riches, les inégalités sociales se retrouvent à tous les niveaux de la hiérarchie sociale.
Les caractères systématiques et injustes des ISTS, induisent que leur réduction est possible et que les interventions mises en œuvre pour y parvenir doivent s'adosser au principe d'équité.

Le concept de « gradient social » (source OMS)

La notion d'inégalités sociales de santé renvoie au constat que les différences de santé, ne s'expliquent pas uniquement par la biologie et ne sont pas le fruit du hasard mais tirent leur origine dans la situation sociale des individus. Ce constat est illustré par le terme de « gradient social ». Ce terme décrit le phénomène selon lequel les individus qui sont en haut de la pyramide sociale (CSP) jouissent d'une meilleure santé que les autres.

Le concept de déterminants sociaux des inégalités de santé vise à expliquer comment les inégalités sociales se transforment en inégalités de santé. À côté de l'âge, le sexe et des facteurs héréditaires, les comportements individuels (consommation de tabac, d'alcool, alimentation, exercice physique…), les communautés dans lesquelles s'inscrivent les individus, les conditions de vie et de travail (emploi, logement, transport, accès aux services publics essentiels) et enfin les conditions économiques (offre des services en santé, protection sociale…), culturelles et environnementales sont les grandes catégories de déterminants les plus souvent identifiées.
Parmi les déterminants sur lesquels l'ARS interviendra, on compte les Déterminants sociaux de santé (DSS) et l'offre de santé.

Les déterminants sociaux de santé

En Normandie, les déterminants individuels ou comportementaux ayant le plus d'impact sur la mortalité toutes causes confondues sont (par ordre d'importance) :

- le tabagisme,
- l'obésité,
- l'alcool,
- la faible participation au dépistage des cancers colorectal et du sein,
- la santé mentale dégradée.

Or, ces mêmes DSS sont non seulement tous impactés par la position sociale des individus (de par leur définition) mais présentent tous un gradient social linéaire et continu.
À ces déterminants sociaux de santé s'ajoutent des déterminants environnementaux (qualité de l'air, qualité de l'eau potable…) ainsi que des déterminants liés au milieu de vie : l'isolement social, les conditions de logement et de travail, le niveau de défavorisation des quartiers.

En savoir plus : Annexe 1 - Diagnostic régional sur les besoins de santé

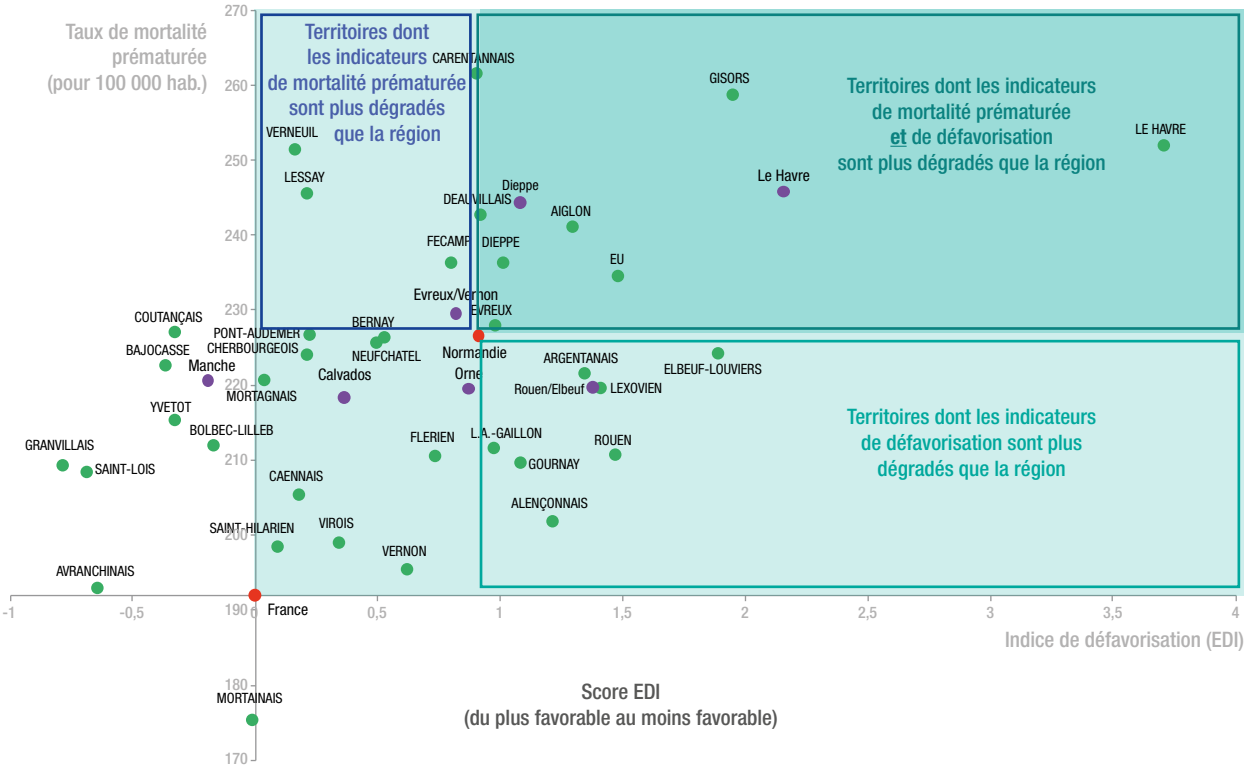
Des territoires contrastés : les territoires prioritaires dans notre région

Au-delà du diagnostic régional, le territoire normand révèle des disparités infrarégionales fortes comme indiqué précédemment.

Compte tenu du poids des DSS, l'identification des territoires pour lesquels les besoins de santé sont les plus importants peut être réalisée en positionnant les territoires de proximité selon le taux standardisé de mortalité prématurée et la défavorisation sociale.

La représentation ci-dessous permet d'établir les territoires sur lesquels une action particulièrement volontariste de l'agence et de ses partenaires devra intervenir au cours des prochaines années pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé :

Carentan (50)	Dieppe (76)	Evreux (27)	L'Aigle (61)
Deauville (14)	Eu (76)	Gisors (27)	Le Havre (76)



Les inégalités territoriales de l'offre en santé

Si les inégalités territoriales de santé sont principalement expliquées par les déterminants sociaux de santé et non dues aux disparités de l'offre de soins, l'accès des usagers aux services de santé (soins, prévention, médico-social, social,…) constitue toutefois un facteur d'inégalité de santé entre les territoires.

La réunification des deux anciennes régions a contribué à modifier le paysage normand en matière d'offre en santé en rapprochant des territoires hétérogènes :

- L'accès aux services de prévention : l'offre est inégalement répartie sur le territoire et les dynamiques d'acteurs différentes. Le développement d'une contractualisation pluriannuelle vise à mieux structurer l'offre et améliorer le maillage territorial,
- L'offre médico-sociale : un taux d'équipement médico-social supérieur à la France métropolitaine mais des disparités infrarégionales persistantes tant pour les personnes âgées que pour les personnes en situation de handicap selon le type d'équipement,
- L'offre de soins : un taux d'équipement sanitaire identique à la France métropolitaine avec :
  - des disparités territoriales fortes pour l'offre de 1er recours : une démographie des professions de santé en tension et des médecins inégalement répartis sur le territoire régional,
  - un maillage territorial hospitalier très dense et un nombre important de plateaux techniques, un taux d'équipement moyen important par rapport à la moyenne nationale qui masque des difficultés sur certains territoires de proximité,
  - une bonne couverture en équipement de scanners mais des zones blanches pour les IRM,
  - un maillage territorial régional pour l'hospitalisation à domicile.

2 500 médecins généralistes

1 200 dentistes

97,6 % de la population à moins de 30 minutes des urgences

4 200 infirmiers

250 foyers logements
390 EHPAD
Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
130 SSIAD
Services de soins infirmiers à domicile
25 USLD
Unités de soins de longue durée

98,5 % des femmes en âge de procréer à moins de 45 minutes d'une maternité

En savoir plus : Annexe 2 - Etude de l'offre en santé et du recours aux soins en Normandie

2

LES PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE PRIORITAIRES EN NORMANDIE

De quoi parle-t-on ?

Le parcours de santé et de vie articule le parcours de soins avec les actions de promotion de la santé et de prévention, d'accompagnement médico-social et social ; il intègre les facteurs éducatifs, environnementaux, de réinsertion professionnelle, un éventuel contexte juridique et l'entourage familial.

Sur la base du diagnostic régional, des diagnostics territoriaux, des enjeux de santé de la région, des moyens d'agir, de l'impact possible et de la concertation réalisée avec les partenaires normands par l'intermédiaire des représentants de la démocratie en santé, l'ARS de Normandie et ses partenaires ont fait le choix de faire des parcours de santé et de vie l'angle principal du PRS.

À ce titre, le PRS de Normandie intègre la charte du parcours de santé élaborée par la Conférence nationale de santé (CNS) comme cadre général d'action.

Huit parcours de santé et de vie ont été identifiés comme prioritaires en Normandie :

- Le parcours « périnatalité et développement de l'enfant »	- Le parcours « psychiatrie et santé mentale »
- Le parcours « santé des enfants et des jeunes »	- Le parcours « cancers »
- Le parcours « personnes en situation de handicap »	- Le parcours « maladies chroniques » insuffisance cardiaque
- Le parcours « personnes âgées en perte d'autonomie »	- Le parcours « maladies chroniques » asthme/BPCO

Ces huit parcours de santé et de vie prioritaires ont fait l'objet d'une modélisation théorique.

Dans une approche globale du parcours de vie et de santé (prévention et promotion de la santé, accompagnement médico-social, soin), l'objectif de cet exercice était de faire apparaître sur un seul schéma toutes les actions et dispositifs dont les personnes concernées étaient susceptibles d'avoir besoin au cours de leur parcours et d'identifier les ruptures potentielles entre les différents dispositifs.

Ces travaux ont permis de prendre en compte plusieurs éléments fondamentaux dans la réflexion parmi lesquels :

- L'approche territorialisée : les sept Conseils territoriaux de santé (CTS) de la région ont été impliqués	- La précarité
- Une réflexion sur l'accès	- L'innovation
- La coordination avec les autres politiques publiques	- L'articulation et les coopérations entre les différents acteurs du parcours
- Une réflexion sur les compétences et la professionnalisation des acteurs	- La notion d'efficience
- Le concept « d'intégration »	- L'identification des risques de rupture

En savoir plus : Annexe 3 - Le PRS... sous l'angle des parcours de santé et de vie prioritaires en Normandie

Dans une logique d'association large des partenaires de l'Agence, ces modélisations théoriques de chacun des parcours et l'identification des points de rupture potentiels ont été soumises aux acteurs de la démocratie en santé (CRSA et ses commissions spécialisées, CTS).
Ceux-ci ont été amenés au cours d'un séminaire régional de travail et au sein de chacun des sept conseils territoriaux de santé à les amender, à s'exprimer sur la cohérence des points de rupture identifiés avec la réalité de terrain voire à déterminer de nouveaux points de rupture qui ne l'auraient pas été au niveau régional. Les pistes d'actions correctrices ont permis de nourrir à la fois les objectifs stratégiques du COS et la définition des objectifs spécifiques et opérationnels du schéma régional de santé (SRS).

Naturellement, ces huit parcours prioritaires ne résument pas à eux seuls l'action de l'ARS de Normandie et de ses partenaires pour les dix prochaines années mais ils permettent d'identifier les axes de travail à surinvestir pour améliorer l'état de santé des normands.

Les actions menées pour optimiser ces parcours permettront de mobiliser l'ensemble des leviers contribuant à moderniser le système de santé et faire évoluer l'offre de prévention, de soins et médico-sociale, pleinement centrée autour de l'usager.

Des enjeux aux ambitions…

L'ensemble de ces enjeux de santé ont permis de déterminer **deux grandes ambitions pour notre région en matière de santé** à horizon de 10 ans :

- **La santé pour tous, une ambition collective**
- **La santé pour tous, une ambition reposant sur un système de santé de qualité, soutenable et novateur**

Pour atteindre ces ambitions, la Normandie a déterminé un ensemble de 10 objectifs stratégiques.
Ces objectifs stratégiques ont été retenus car ils s'appliquent aux huit parcours de santé et de vie prioritaires en région. Ils traduisent, dans un premier temps, la finalité de la politique régionale de santé pour améliorer le service rendu à la population et dans un second temps, les principaux leviers à mobiliser pour y parvenir.

La santé pour tous, une ambition collective

Objectif n°1 : Faire de la prévention et de la promotion de la santé le 1er levier du bien-être de la population en agissant sur les déterminants de santé tout au long de la vie

Objectif n°2 : Réduire les inégalités de santé, qu'elles soient sociales ou territoriales, en offrant une réponse de santé proportionnée aux vulnérabilités

Objectif n°3 : Chaque usager doit pouvoir, tout au long de sa vie, agir pour sa santé ou celle de ses proches

Objectif n°4 : Chaque usager doit pouvoir s'exprimer, être entendu et être partie prenante de la qualité du système de santé

Objectif n°5 : Chaque usager doit avoir accès à une offre en santé adaptée à ses besoins

La seconde ambition du COS décline les cinq objectifs stratégiques qui constituent les leviers majeurs pour les atteindre.

La santé pour tous, un ambition reposant sur un système de santé de qualité, soutenable et novateur

Objectif n°6 : Chaque usager et chaque professionnel doit disposer d'une information lisible

Objectif n°7 : Chaque usager doit bénéficier de services et interventions en santé performants

Objectif n°8 : Mettre l'innovation au service du système de santé

Objectif n°9 : Développer et pérenniser les synergies avec les institutions publiques et la coordination de leurs politiques au service d'une action globale de santé

Objectif n°10 : Chaque usager doit pouvoir bénéficier d'un parcours fluide

3

LES AMBITIONS EN NORMANDIE

LA SANTÉ POUR TOUS, UNE AMBITION COLLECTIVE

OBJECTIF STRATÉGIQUE N° 1

FAIRE DE LA PRÉVENTION ET DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ LE 1ER LEVIER DU BIEN-ÊTRE DE LA POPULATION EN AGISSANT SUR LES DÉTERMINANTS DE SANTÉ TOUT AU LONG DE LA VIE

L'IDÉE C'EST …

La prévention vise à empêcher la survenue ou l'aggravation de la maladie en réduisant ou supprimant les facteurs de risque, en organisant le dépistage, en évitant ou retardant les complications ou en favorisant la réinsertion des personnes atteintes. Elle se distingue de la promotion de la santé qui offre à la population les moyens d'assurer un contrôle sur sa propre santé et d'améliorer celle-ci.

Le diagnostic élaboré en Normandie sur l'estimation du poids attribuable aux déterminants sociaux de santé sur les décès confirme l'impact majeur de ces déterminants sur la santé et sur la mortalité. Les actions de prévention et de promotion de la santé permettent d'agir sur ceux-ci.

Une action résolue sur la prévention-promotion de la santé participe également à l'efficience du système de santé.

En cela, la prévention-promotion de la santé constitue un enjeu majeur pour assurer la soutenabilité de notre système de santé à long terme.

CE QUE L'ON ATTEND À 10 ANS

Un impact de l'action sur les déterminants de santé positif sur la santé des normands.

CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

1. Prévenir les pratiques addictives
2. Promouvoir des comportements alimentaires favorables à la santé et luter contre la sédentarité
3. Prévenir le mal-être et le suicide
4. Agir précocement pour garantir de meilleures chances de bonne santé
5. Prévenir la perte d'autonomie dans la stratégie de « bien vieillir »
6. Permettre l'accès des personnes en situation de handicap aux programmes de prévention, promotion de la santé
7. Promouvoir la santé sexuelle positive
8. Promouvoir un environnement favorable à la santé

En savoir plus : PRSE 3

3

LES AMBITIONS EN NORMANDIE

LA SANTÉ POUR TOUS, UNE AMBITION COLLECTIVE

OBJECTIF STRATÉGIQUE N°2

RÉDUIRE LES INÉGALITÉS DE SANTÉ, QU'ELLES SOIENT SOCIALES OU TERRITORIALES, EN OFFRANT UNE RÉPONSE DE SANTÉ PROPORTIONNÉE AUX VULNÉRABILITÉS

L'IDÉE C'EST …

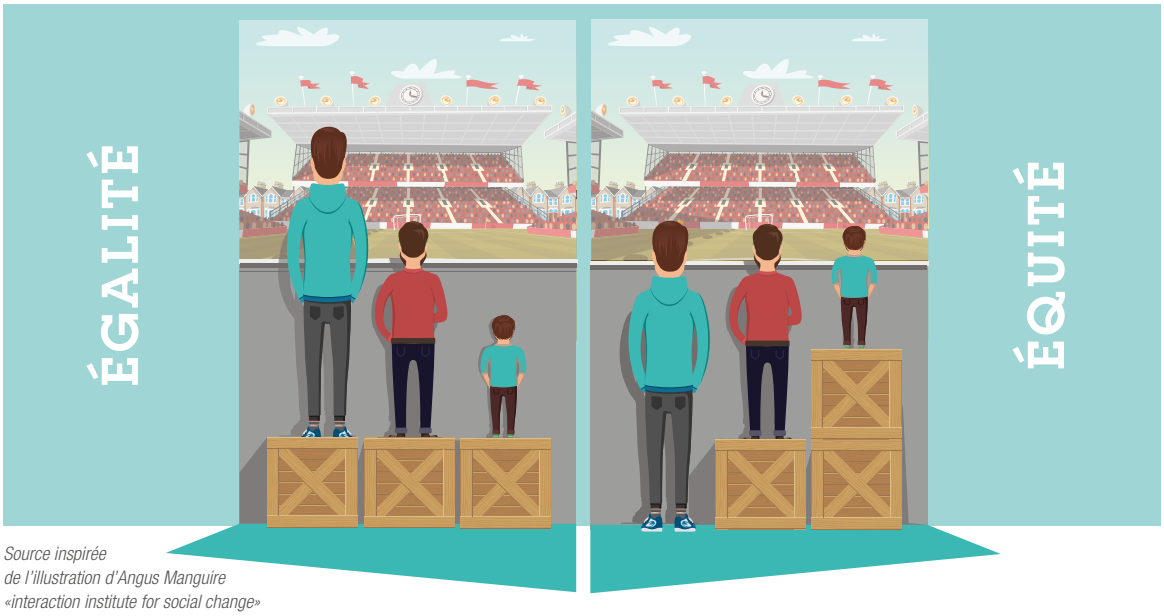
La part attribuable aux facteurs « sociaux et environnementaux » pèserait pour 80 % dans la constitution des inégalités de santé.

Une meilleure connaissance des besoins de la population, et du gradient social de santé en particulier, est nécessaire afin de conduire une politique efficace de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), dédié aux personnes les plus démunies, les plus éloignées du système de santé, est un outil parmi d'autres, indispensable, mais insuffisant à lui-même pour réduire les Inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS).

Ne mettre l'accent que sur le PRAPS risquerait de stigmatiser le public auquel il s'adresse et d'oublier des personnes qui sont « cachées dans les moyennes » (celles qui vivent dans des conditions défavorables ou issues de milieux défavorisés, mais pas assez pour être ciblées par le PRAPS).

Le principe de **l'équité des usagers devant la santé** vise à agir davantage en direction de ceux qui en ont le plus besoin pour leur permettre d'accéder, comme les autres, à la santé (le dessin ci-dessous permet d'illustrer ce principe).



Source inspirée de l'illustration d'Angus Manguire «interaction institute for social change»

CE QUE L'ON ATTEND À 10 ANS

Une meilleure prise en compte des personnes en situation de fragilité par une réponse de santé proportionnée aux vulnérabilités.

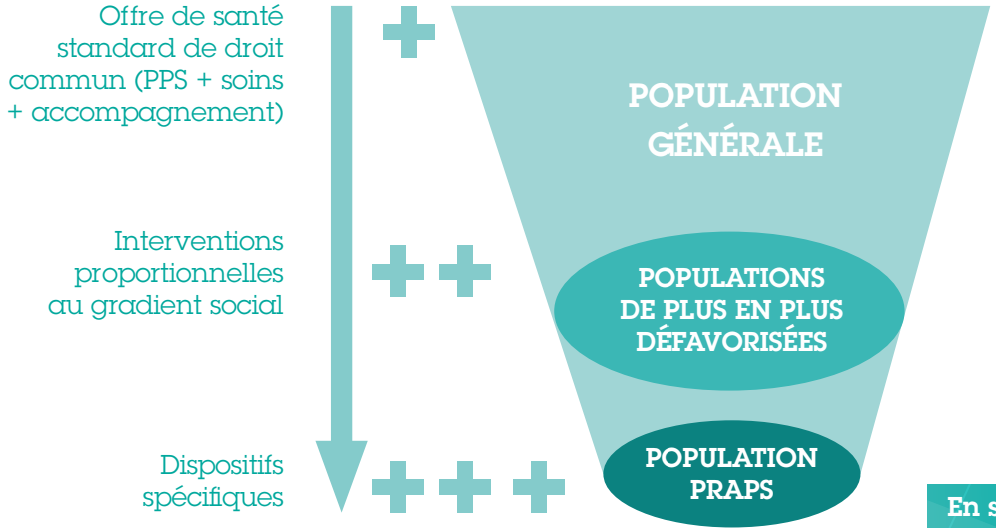
La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé va mécaniquement permettre l'amélioration de la santé des populations précaires ou vulnérables par une meilleure accessibilité au système de santé et par la mise en place de passerelles vers le droit commun en garantissant l'équité des usagers devant la santé.

CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

Combiner deux objectifs

9. Garantir l'équité en santé selon le principe d'universalisme proportionné

10. Organiser une stratégie ciblée vers les plus vulnérables



En savoir plus : Le PRAPS

3

LES AMBITIONS EN NORMANDIE

LA SANTÉ POUR TOUS, UNE AMBITION COLLECTIVE

OBJECTIF STRATÉGIQUE N° 3

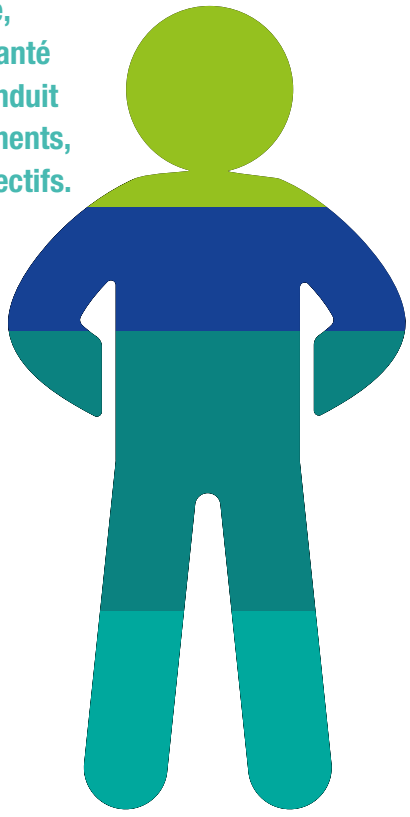
CHAQUE USAGER DOIT POUVOIR, TOUT AU LONG DE SA VIE, AGIR POUR SA SANTÉ OU CELLE DE SES PROCHES

L'IDÉE C'EST …

Les politiques de santé ont jusqu'ici peu investi le champ des comportements individuels et collectifs des usagers du système de santé. Or, ceux-ci font partie intégrante d'une action sur les déterminants de santé.

Agir en faveur d'une population actrice de sa santé consiste à développer des comportements bénéfiques pour la santé qui, d'une part contribuent à améliorer de façon directe la qualité de vie et le bien-être de la population, et d'autre part constituent un levier non négligeable de soutenabilité du système de santé.

Dans une conception globale de la santé, 40 % de l'état de santé des individus est induit par ses comportements, individuels ou collectifs. (Dever, 1976)



LES QUATRE FACTEURS DE L'ÉTAT DE SANTÉ

40 %	Ceux liés aux comportements individuels et collectifs (alcool, tabac, nutrition, mobilité, activité physique, loisirs…), aux modes de vie
30 %	Ceux liés à la génétique humaine (génétique, physiologie, vieillissement)
20 %	Ceux liés à l'environnement physique (écologie, logement, salubrité, expositions professionnelles…) mais aussi psychologique, social, culturel dans lequel l'individu ou le groupe évolue
10 %	Ceux plus souvent mis en avant associés aux dispositifs de santé au sens large (de la prévention à la réhabilitation en passant par les soins curatifs)

CE QUE L'ON ATTEND À 10 ANS

Des comportements individuels plus favorables à la santé et une diminution de la mortalité prématurée.

CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

11. Rendre l'usager acteur de sa santé
12. Accompagner les aidants

3

LES AMBITIONS EN NORMANDIE

LA SANTÉ POUR TOUS, UNE AMBITION COLLECTIVE

OBJECTIF STRATÉGIQUE N° 4

CHAQUE USAGER DOIT POUVOIR S'EXPRIMER, ÊTRE ENTENDU ET ÊTRE PARTIE PRENANTE DE LA QUALITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ

L'IDÉE C'EST …

L'évolution de notre système de santé place l'usager au cœur du système dans lequel il doit pouvoir exprimer ses besoins mais également comprendre que sa qualité de patient l'oblige à être proactif, à comprendre et à agir sur son parcours de santé. Il s'agit pour l'usager, de sortir du prisme de l'offre disponible pour aller vers le prisme des besoins de santé.

Notre système de santé est à l'aune de grandes transformations : la place de l'usager dans ces évolutions à venir est donc capitale, que cela soit dans les instances légales de démocratie sanitaire (CRSA et ses commissions spécialisées, commission d'information et de sélection des appels à projets médico-sociaux, Conseil territorial de santé - CTS, Conseil local de santé mentale - CLSM...), ou encore par son expression citoyenne au cours de débats publics sur les problématiques de santé ou d'éthique que la CRSA de Normandie a toujours eu à cœur d'organiser ou de soutenir.

L'amélioration du système de santé doit se faire avec l'usager dans :

- Un enjeu d'efficience et de qualité : mieux les usagers sont informés plus ils sont parties prenantes et plus il est possible d'adapter le système de santé à leurs besoins,
- Un enjeu de démocratie sanitaire : le citoyen doit pouvoir apporter des propositions,
- Un enjeu de développement de la connaissance des droits des usagers auprès des professionnels et du grand public.

CE QUE L'ON ATTEND À 10 ANS

Des usagers, partie prenante de l'amélioration de notre système de santé.

CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

13. Associer les usagers à l'amélioration du système de santé
14. Renforcer la communication et la formation auprès des acteurs de santé et des usagers sur les droits

En savoir plus : stratégie quinquennale sur la place des aidants

3

LES AMBITIONS EN NORMANDIE

LA SANTÉ POUR TOUS, UNE AMBITION COLLECTIVE

OBJECTIF STRATÉGIQUE N° 5

CHAQUE USAGER DOIT AVOIR ACCÈS À UNE OFFRE EN SANTÉ ADAPTÉE À SES BESOINS

L'IDÉE C'EST …

Conséquence naturelle de la démographie défavorable des professionnels de santé, le diagnostic régional établit un accès contrasté à l'offre en santé sur le territoire.

Une offre adaptée aux besoins de la population est également un enjeu de soutenabilité du système de santé. Le rapport coût / service rendu doit permettre, pour ce qui concerne l'organisation de l'offre en santé d'adapter la réponse aux besoins évolutifs de la population tout en préservant l'équité d'accès aux droits.

En outre, les besoins de la population évoluent. Les politiques publiques doivent donc accompagner les mutations permanentes du système de santé. L'enjeu autour des parcours et de la coordination des acteurs ou encore le développement d'une culture de la prévention et de la promotion de la santé intégrant l'action précoce en sont des axes forts.

CE QUE L'ON ATTEND À 10 ANS

Organiser l'attractivité des territoires pour relever notamment le défi de la démographie défavorable des professionnels de santé tout en conciliant sécurité/qualité/efficience et proximité.

L'engagement en faveur de l'attractivité du territoire doit articuler les différents niveaux pertinents d'action. Il s'agit de pérenniser l'offre en santé et de parvenir à une gradation territoriale de l'offre à la fois :

- en prévention et promotion de la santé,
- en soins ambulatoires et hospitaliers,
- en matière d'accompagnement médico-social

CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

ORGANISER LES NIVEAUX D'INTERVENTION DANS LE NOUVEAU PÉRIMÈTRE RÉGIONAL

15. Renforcer l'attractivité territoriale pour l'exercice des professions de santé

16. Garantir à l'usager l'accès à une offre de services en santé de proximité à chaque étape de son parcours, tout en conciliant qualité et sécurité

17. Organiser graduellement l'accessibilité à une offre de santé complémentaire adossée à l'offre de proximité

LES AMBITIONS EN NORMANDIE

LA SANTÉ POUR TOUS, UNE AMBITION REPOSANT SUR UN SYSTÈME DE SANTÉ DE QUALITÉ, SOUTENABLE ET NOVATEUR

OBJECTIF STRATÉGIQUE N° 6

CHAQUE USAGER ET CHAQUE PROFESSIONNEL DOIT DISPOSER D'UNE INFORMATION LISIBLE

L'IDÉE C'EST …

Chaque individu est un usager potentiel du système de santé. Il s'agit donc d'améliorer la compréhension de l'organisation du système de santé, et notamment de la prise en charge des soins. En ce sens, les campagnes grand public axées sur cette compréhension sont sources de meilleures orientations des usagers et de prises en charge plus précoces.

Les représentants des usagers mettent en avant une exigence de lisibilité du système de santé afin de garantir une plus grande opérationnalité des actions conduites.

Quand une pathologie se déclare, l'information du malade et de ses proches passe par une plus grande compréhension entre les professionnels de santé et les patients (et leur famille), affaiblis par la pathologie et parfois en difficulté face aux termes cliniques et médicaux. Le respect des droits des usagers vise alors à ce que les échanges entre soignant et patient soient compris par tous.

Les représentants des professionnels au sein de la démocratie en santé pointent la qualité des dispositifs existants tout en regrettant qu'ils restent méconnus sur le terrain. Ils font état de la difficulté à se repérer, à la fois pour les usagers et les professionnels, dans des dispositifs multiples et évolutifs.

Les acteurs de santé constatent le non-recours aux droits, à la protection sociale et à la santé. Le caractère souvent illisible du système de santé est un des éléments qui contribuent à ce non-recours, ce qui en fait l'un des principaux enjeux du PRAPS.

CE QUE L'ON ATTEND À 10 ANS

Des normands et des professionnels de santé mieux informés pour :

- des choix éclairés de santé
- diminuer le renoncement aux soins et le non recours aux droits et à la santé
- des parcours de vie et de santé rendus plus fluides

CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

18. Améliorer l'information des professionnels de santé sur l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale
19. Accompagner à l'accès et à la compréhension de l'information de santé

En savoir plus : Le PRAPS

3

LES AMBITIONS EN NORMANDIE

LA SANTÉ POUR TOUS, UNE AMBITION REPOSANT SUR UN SYSTÈME DE SANTÉ DE QUALITÉ, SOUTENABLE ET NOVATEUR

OBJECTIF STRATÉGIQUE N° 7

CHAQUE USAGER DOIT BÉNÉFICIER DE SERVICES ET INTERVENTIONS EN SANTÉ PERFORMANTS

L'IDÉE C'EST …

Les démarches d'amélioration continue de la qualité ont pour objectif de garantir que les soins, les prises en charge en établissements ou en structures soient les plus sécurisés et les plus optimisés possibles.

Il va donc s'agir d'inscrire les actions nécessaires à l'atteinte de cet objectif dans une démarche managériale et organisationnelle, inscrite dans la durée, il s'agit là d'une des priorités en établissement comme en structure.

L'amélioration de notre système de santé implique des établissements adaptés aux besoins et efficaces, la principale difficulté tient au contexte de nécessaire maîtrise de la dépense publique.

Les politiques et les actions mises en œuvre pour garantir la sécurité, la qualité des soins et des prises en charge ont été définies comme priorités nationales et déclinées dans différents plans nationaux (dispositifs d'installation IFAQ (Incitation financière à l'amélioration de la qualité), la coordination des acteurs au travers du Réseau régional des vigilances et d'appui…).

L'évolution des exigences de la certification HAS (V2014) d'une part et des évaluations des établissements sociaux et médico-sociaux, d'autre part, a pour ambition de renforcer les démarches d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, des prises en charge et des accompagnements.

Dans la perspective d'une pénurie de certaines catégories de professionnels de santé, la restructuration de l'offre hospitalière organisée au sein des Groupements hospitaliers de territoire (GHT) permettra une organisation en processus et parcours « patients » plus à même de répondre aux besoins des usagers de notre système de santé.

CE QUE L'ON ATTEND À 10 ANS

Garantir la sécurité et la qualité des interventions en santé.
Réduire les écarts de pratiques professionnelles et notamment de prescriptions.

CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

20. Organiser la veille, l'alerte et la réponse aux évènements graves et Situations sanitaires exceptionnelles (SSE)
21. Assurer une démarche d'amélioration continue de la sécurité et de la qualité des services et interventions en santé
22. Assurer la formation des professionnels en cohérence avec les besoins de santé des usagers
23. Renforcer l'attention à la qualité de vie et la sécurité au travail des professionnels

En savoir plus : stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail

3

LES AMBITIONS EN NORMANDIE

LA SANTÉ POUR TOUS, UNE AMBITION REPOSANT SUR UN SYSTÈME DE SANTÉ DE QUALITÉ, SOUTENABLE ET NOVATEUR

OBJECTIF STRATÉGIQUE N° 8

METTRE L'INNOVATION AU SERVICE DU SYSTÈME DE SANTÉ

L'IDÉE C'EST …

Les innovations, qu'elles soient thérapeutiques, techniques ou organisationnelles, sont indispensables pour assurer dans le temps une médecine et un système de santé de qualité. Le système de santé actuel résulte des innovations d'hier ; il s'agit aujourd'hui de soutenir les innovations qui construiront l'avenir.

Le soutien aux innovations organisationnelles portées par les acteurs du système de santé est indispensable dans le contexte des profondes transformations du système de santé en cours. Les « virages » – inclusif ou ambulatoire – nécessitent un appui à des nouvelles formes de travailler ensemble pour le bien-être des usagers du système de santé. En cela, les innovations participent à la simplification et à l'efficience du système de santé.

CE QUE L'ON ATTEND À 10 ANS

Un système de santé ayant intégré l'innovation pour proposer les meilleurs soins et accompagnements.

CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

24. Assurer le déploiement de l'innovation technique et technologique : de la télémédecine à l'e-santé et notamment le développement de nouvelles applications en santé

25. Promouvoir et développer la recherche clinique (thérapeutique) et interventionnelle (participative)

26. Favoriser l'innovation en termes d'organisation et de pratiques professionnelles : développement des coopérations et partage de compétences

3

LES AMBITIONS EN NORMANDIE

LA SANTÉ POUR TOUS, UNE AMBITION REPOSANT SUR UN SYSTÈME DE SANTÉ DE QUALITÉ, SOUTENABLE ET NOVATEUR

OBJECTIF STRATÉGIQUE N° 9

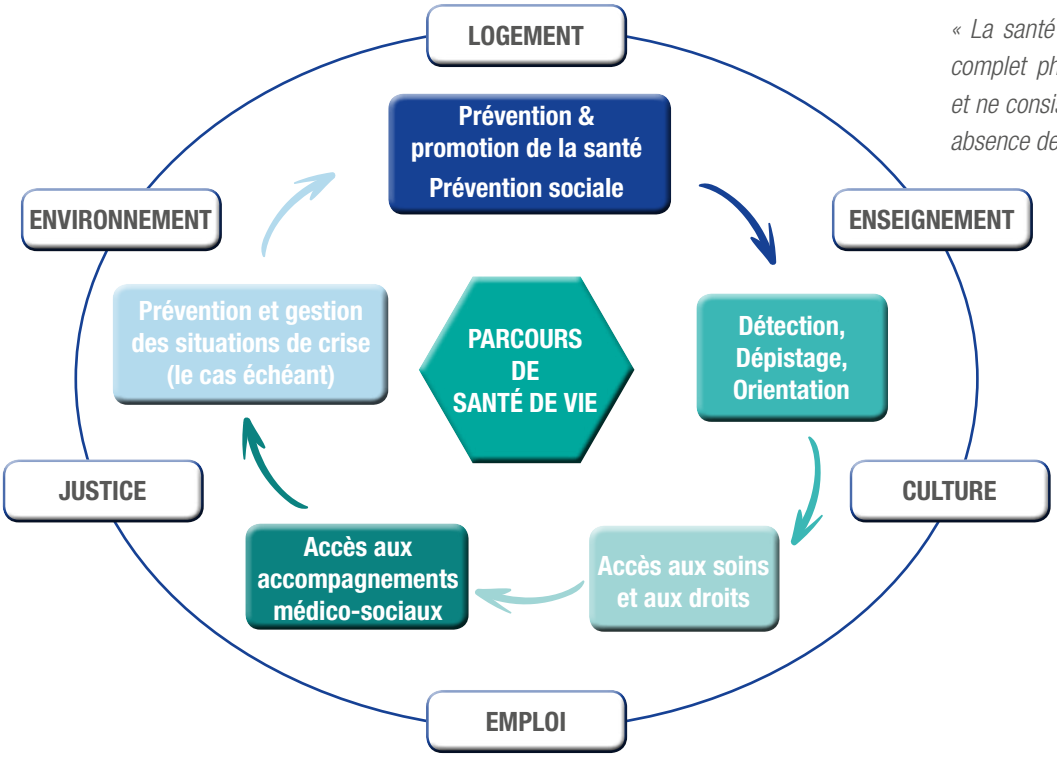
DÉVELOPPER ET PÉRENNISER LES SYNERGIES AVEC LES INSTITUTIONS PUBLIQUES ET LA COORDINATION DE LEURS POLITIQUES AU SERVICE D'UNE ACTION GLOBALE DE SANTÉ

L'IDÉE C'EST …

Le projet régional de santé doit être le trait d'union de la coordination des politiques publiques sur le champ de la santé, celle-ci revêt plusieurs aspects et son champ d'application est en interface avec de nombreux plans et programmes nationaux dont la mise en œuvre relève de la responsabilité d'opérateurs nombreux et variés (ex : Projet régional santé environnement -PRSE 3 ou encore le Plan régional santé au travail - PRST).

La cohérence de l'action publique en matière de santé vise à relever les grands défis sanitaires et à améliorer la santé des populations et notamment des plus vulnérables. Elle est financée par de nombreux instruments qui se trouvent entre les mains d'une multitude d'acteurs (ARS, conseils départementaux, conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie, services déconcentrés de l'État, Assurance maladie, conseil régional, collectivités territoriales, Éducation nationale, etc.)

Une indispensable coordination des politiques publiques



« La santé est un état de bien-être complet physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.»

Préambule 1946 à la constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)

CE QUE L'ON ATTEND À 10 ANS

Une action globale de santé améliorée par la coordination et la territorialisation des politiques publiques.

CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

27. Améliorer la connaissance des besoins du public et promouvoir des outils partagés

28. Impulser une approche et une démarche globale de santé des acteurs publics et définir des objectifs communs et partagés entre les acteurs publics tout en assurant la complémentarité des actions

29. Promouvoir des lieux de vie favorable à la santé et contribuer à renforcer l'inclusion et le maintien en milieu ordinaire

30. Affirmer le rôle d'une démocratie en santé contributive

En savoir plus : le plan régional santé au travail PRST

LES AMBITIONS EN NORMANDIE

LA SANTÉ POUR TOUS, UNE AMBITION REPOSANT SUR UN SYSTÈME DE SANTÉ DE QUALITÉ, SOUTENABLE ET NOVATEUR

OBJECTIF STRATÉGIQUE N° 10

CHAQUE USAGER DOIT POUVOIR BÉNÉFICIER D'UN PARCOURS FLUIDE

L'IDÉE C'EST …

Les membres de la CRSA et des CTS sont unanimes : malgré quelques améliorations, le cloisonnement reste encore marqué entre les secteurs de la prévention et promotion de la santé, des soins de 1er recours, hospitalier, médico-social et social. Les bilans des différents schémas adossés aux PRS des anciennes régions de Basse-Normandie et de Haute-Normandie laissent percevoir les mêmes défauts de coordination persistants.

L'ensemble des modélisations des parcours de santé et de vie prioritaires en Normandie démontre qu'une partie importante des ruptures identifiées dans les parcours est due à une problématique de coordination entre les différents acteurs. Il s'agit donc là d'un levier majeur de fluidification des parcours.

Cet objectif stratégique est sous-tendu tant par un impératif de qualité que par un impératif de compétence.

L'enjeu de coordination est également un enjeu d'efficience. En effet, les surcoûts liés aux retards des actions de santé, au manque d'articulation des actions de santé voire à leur redondance est un facteur important à prendre en compte, en plus d'être défavorable à la santé des personnes.

CE QUE L'ON ATTEND À 10 ANS

Une coordination optimale entre les acteurs de santé (de la prévention, du soin et du médico-social) mais également plus largement entre l'ensemble des acteurs du parcours de vie et de santé d'une personne : acteurs du social, de l'éducation nationale, du travail, de l'insertion… dans le cadre d'une approche globale de la santé.

- ➔ *Des parcours sécurisés et de qualité pour les personnes et leurs aidants*
- ➔ *Des prises en charge coordonnées et communicantes*

CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

31. Garantir la fluidité des parcours par la transformation

32. Assurer la fluidité des parcours par des modalités d'intervention coordonnées des acteurs

4 LE SUIVI ET L'ÉVALUATION DU COS

Pour atteindre les ambitions de ce Cadre d'orientation stratégique (COS), il est fondamental de penser le suivi et l'évaluation de ce dernier dès la construction du PRS car ils permettront de mesurer son déploiement et ses effets. C'est donc un processus qui se pense de sa construction jusqu'à la validation de ses résultats.
Le suivi peut être considéré comme un temps zéro de l'évaluation, dans la mesure où les données qui en sont issues fournissent des éléments utiles pour l'évaluation. Pour autant, l'évaluation peut être réalisée de façon déconnectée du suivi périodique. Si le suivi du PRS a lieu tout au long de son déploiement, l'évaluation s'inscrit, elle, dans une temporalité plus ponctuelle.
Le suivi et l'évaluation des objectifs stratégiques du COS doivent être réalisés en cohérence avec le suivi et l'évaluation des objectifs à la fois du SRS et du PRAPS dans la mesure où ceux-ci constituent les déclinaisons opérationnelles du COS.
L'évaluation et le suivi du COS et plus largement du PRS sont deux activités différentes mais complémentaires qui n'ont ni les mêmes objectifs ni la même temporalité.

Le suivi du COS

L'IDÉE C'EST…

Le suivi consiste à apprécier périodiquement le degré de déploiement ou de réalisation des actions contribuant à atteindre les objectifs fixés et à décrire les écarts observés.
Afin d'apprécier le degré de déploiement et de réalisation des actions du PRS, son suivi est fondamental puisqu'il permet de vérifier la bonne exécution des plans d'actions associés et d'identifier les éventuelles difficultés rencontrées.

CE QUE L'ON ATTEND À 10 ANS

Ce suivi permettra d'informer régulièrement le comité stratégique PRS ainsi que les instances régionales et territoriales de démocratie en santé (CRSA et ses commissions spécialisées, commissions de coordination des politiques publiques, CTS), des actions entreprises par l'ARS et ses partenaires dans une volonté de transparence et de partage sur l'avancement de la mise en œuvre de la politique régionale.

Le suivi du COS permettra de prendre en compte la réalité du terrain et de réviser le PRS en cas de nécessité.

CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

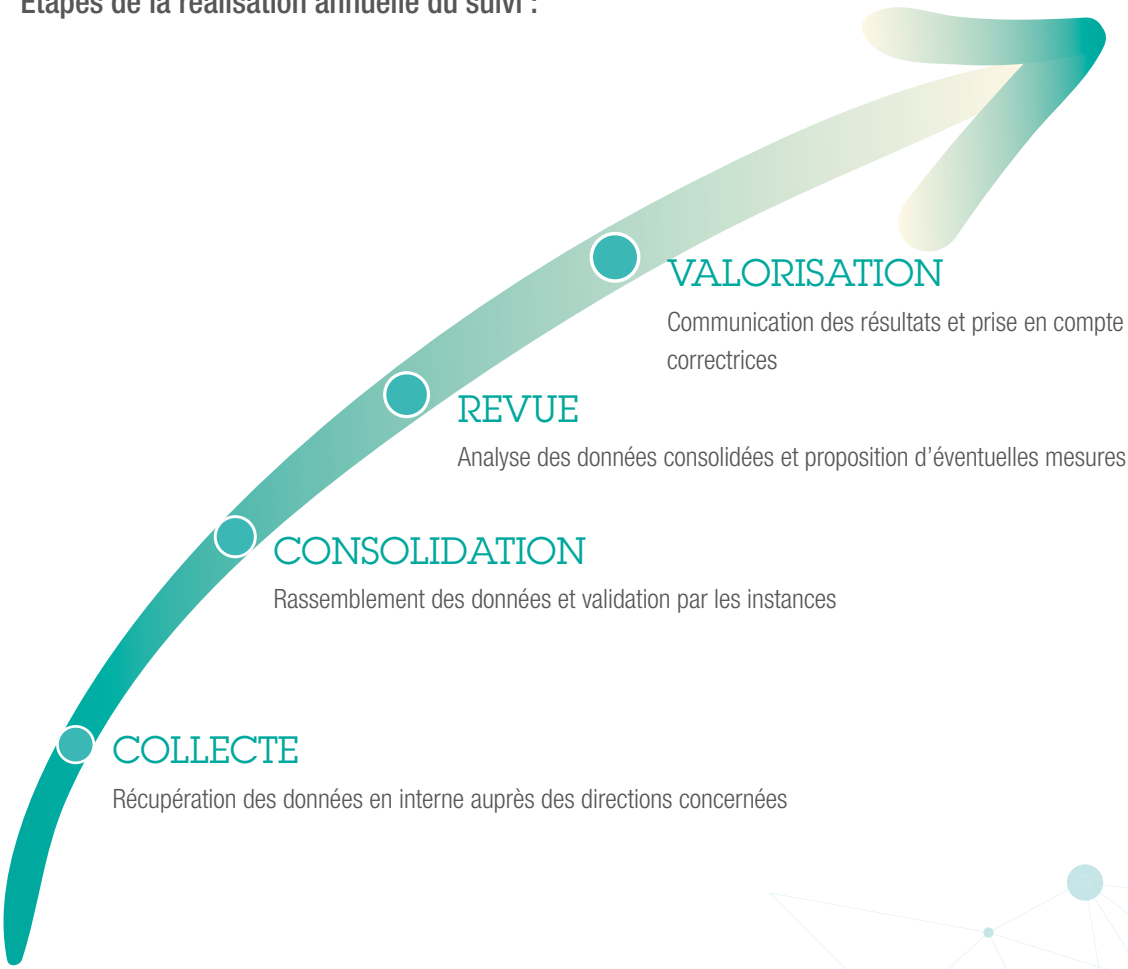
A la fois instrument de pilotage et de visibilité de la mise en œuvre de la stratégie régionale, le suivi sera permanent et en cohérence avec celui du CPOM État/ARS sur la base d'un tableau de bord.

Ce tableau de bord intégrant les indicateurs retenus lors de la construction du PRS permettra de mesurer l'atteinte, ou non, des résultats espérés en réalisant un suivi fin de l'ensemble des plans d'actions qui déclineront le PRS.

Il sera réalisé de façon rigoureuse afin de permettre une évaluation du COS efficiente. Le suivi se déroulera en quatre étapes : collecte, consolidation, revue et valorisation.

Ces différentes phases seront réalisées en continu durant le déploiement du COS et formalisées au sein de bilans annuels.

Étapes de la réalisation annuelle du suivi :



VALORISATION

Communication des résultats et prise en compte des mesures correctrices

REVUE

Analyse des données consolidées et proposition d'éventuelles mesures correctrices

CONSOLIDATION

Rassemblement des données et validation par les instances

COLLECTE

Récupération des données en interne auprès des directions concernées

4 LE SUIVI ET L'ÉVALUATION DU COS

L'évaluation du COS

L'IDÉE C'EST…

L'évaluation des politiques publiques est un outil de modernisation de l'action publique indéniable puisqu'il permet de discuter des résultats d'une politique de façon objective. Il permet aussi de formuler un jugement sur les modalités et/ou les résultats de la mise en œuvre du PRS sur la base du recueil et de l'analyse des informations quantitatives et qualitatives.

CE QUE L'ON ATTEND À 10 ANS

L'objectif de l'évaluation est de réorienter si besoin le PRS en cours et/ou d'anticiper les orientations pour le prochain exercice d'élaboration de la stratégie régionale de santé.

Par ailleurs, l'évaluation, en formulant un jugement objectif sur les modalités et les résultats de la mise en œuvre du COS, permettra de créer un débat transparent et démocratique sur l'action publique qui est menée.

Le comité stratégique PRS se chargera du suivi et de l'évaluation du PRS.

CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

L'ARS de Normandie souhaite réaliser pleinement l'exercice d'évaluation de l'action publique qu'elle mène. Dans ce cadre, des premières questions évaluatives ont été formulées dès la construction du PRS ce qui démontre la volonté de l'ARS de Normandie de mener une politique de santé ambitieuse.

La problématique centrale à laquelle devra répondre l'évaluation du COS est la suivante :

« Dans quelle mesure le Cadre d'orientation stratégique (COS) a-t-il permis d'améliorer la santé de la population normande et de lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé ? »

Pour y parvenir, le COS sera questionné selon sept axes :

La qualité de mise en œuvre	Les modalités de mise en œuvre permettent-elles un suivi performant de la politique régionale de santé ? Contribuent-elles à l'atteinte des effets attendus ? Les processus peuvent-ils être optimisés ?
La cohérence interne	Le COS et sa mise en œuvre opérationnelle sont-ils clairement définis ? Ses objectifs sont-ils suffisamment précis et correctement hiérarchisés ? Les résultats et impacts attendus sont-ils précisés et quantifiés ? Les moyens sont-ils orientés sur les mesures prioritaires ou les plus pertinentes ?
La cohérence externe	Le COS et sa mise en œuvre opérationnelle sont-ils déployés en synergie avec les actions des autres politiques publiques comportant une dimension santé ?
La pertinence	Les objectifs du COS et ses déclinaisons inscrites dans le SRS et le PRAPS permettent-ils de répondre aux besoins ? Les besoins ont-ils évolué ?
L'efficacité	Le PRS a-t-il contribué à l'amélioration de l'état de santé de la population ? Le PRS a-t-il contribué à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ? Le PRS a-t-il contribué à rendre l'information davantage lisible pour les usagers et les professionnels ? Le PRS a-t-il contribué à améliorer l'accès à la santé des populations ? Le PRS a-t-il contribué à agir sur les déterminants de santé et à rendre l'usager acteur de sa santé ? Le PRS a-t-il favorisé l'expression de l'usager et le fait de l'amener à être partie prenante de la qualité du système de santé ? La prévention et la promotion de la santé constituent-elles le 1er levier du bien-être de la population ? La qualité du système de santé a-t-elle été maintenue ou s'est-elle améliorée ? L'innovation a-t-elle été mise au service du système de santé ? Les synergies et la coordination de politiques publiques se sont-elles confortées ? Le PRS a-t-il contribué à améliorer la fluidité des parcours de santé et de vie en renforçant la coordination et les coopérations entre les différents acteurs du parcours dans les territoires ? Le PRS a-t-il pris en compte les spécificités territoriales ? Le PRS a-t-il permis de mettre en place un système de veille et de sécurité sanitaire adapté et performant ?
L'efficience	Les réalisations et résultats sont-ils obtenus au meilleur coût ? D'autres actions peuvent-elles être envisagées pour renforcer les effets escomptés ?
La durabilité	Dans quelle mesure les effets apportent-ils une réponse durable aux besoins ?

Tout au long du déploiement du PRS, deux évaluations du COS et de la stratégie régionale de santé seront réalisées :

- Une évaluation intermédiaire à 5 ans :
  Une évaluation externe à la fin du premier Schéma régional de santé en 2023 qui permettra de dresser un premier bilan et de préparer le SRS 2
- Une évaluation externe finale à 10 ans :
  Cette évaluation permettra de tirer les enseignements pour l'élaboration d'une nouvelle stratégie régionale de santé.

4 LE SUIVI ET L'ÉVALUATION DU COS

Des indicateurs d'état de santé à suivre pour mesurer l'impact de la stratégie régionale de santé sur les déterminants individuels ou comportementaux ayant le plus d'impact sur la mortalité en Normandie

INDICATEUR	CIBLE À 10 ANS
Tabagisme	Passer de 33 % de jeunes âgés de 17 ans fumeurs quotidiens à une fourchette de 20 % (cible Programme national de réduction du tabagisme - PNRT) à 29 % (prévalence la + basse en région en 2014)
Usage d'alcool	Passer de 12 % d'usage régulier d'alcool des jeunes de 17 ans à 7 % (prévalence la + basse en région en 2014)
Obésité	Passer de 4,5 % (27-76) et 3,1 % (14-50-61) à une valeur cible comprise entre 3,1 % et 3,5 % des enfants de 5 ans obèses en Normandie, sans que soient altérés les taux actuels départementaux les plus positifs (Cible Plan national nutrition santé – PNNS)
Participation aux dépistages organisés des cancers	Atteindre au moins 45 % pour le cancer colorectal et 70 % pour le cancer du sein (cibles du plan cancer 3)
Suicide	Atteindre les taux nationaux, soit 25/100 000 pour les hommes et 7,2 pour les femmes

ÉTAPES DE LA MISSION D'ÉVALUATION EXTERNE DU PRS

ÉTAPE 1

- Rédaction du cahier des charges
- Recrutement du cabinet

ÉTAPE 2

- Recueil des données suivant les indicateurs quantitatifs et qualitatifs sélectionnés
- Analyse des informations

ÉTAPE 3

- Discussion des résultats et des recommandations avec les parties prenantes
- Conclusion

ÉTAPE 4

- Valorisation des résultats
- Prise en compte des mesures correctrices
- Communication

Agence régionale de santé de Normandie
Espace Claude Monet
2 place Jean Nouzille – CS 55035
14050 CAEN Cedex 4
Tél. : 02 31 70 96 96
Courriel : ars-normandie-contact@ars.sante.fr
Site : www.normandie.ars.sante.fr
Compte twitter : @ars_normandie

version en vigueur au 09/03/2018

PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ

SRS

SCHÉMA RÉGIONAL DE SANTÉ

2018 ▶ 2023

ars
Agence Régionale de Santé
Normandie

Le mot
de la Directrice générale

Le Schéma régional de santé (SRS) décline notre Projet régional de santé (PRS). Il décrit le « comment » qui doit nous permettre d'atteindre les objectifs stratégiques du PRS.

Ce schéma est le fruit d'une démarche participative et concertée avec les partenaires de l'Agence régionale de santé de Normandie et les acteurs de la démocratie sanitaire.

L'idée force qui a sous tendue l'élaboration de ce document était également d'organiser notre action pour prévenir et répondre aux ruptures identifiées dans nos huit parcours prioritaires : périnatalité et développement de l'enfant ; santé des jeunes ; personnes en situation de handicap ; personnes âgées en perte d'autonomie ; psychiatrie et santé mentale ; cancers ; maladies chroniques-insuffisance cardiaque et maladies chroniques-asthme-BPCO.

Ce schéma est « unique ». Autrement dit, quelles que soient les populations ou les pathologies, notre action se structurera autour des mêmes objectifs, à savoir : la prévention, la promotion de la santé, le dépistage, le diagnostic, les soins, la prise en charge et l'accompagnement.

Les 32 objectifs spécifiques transversaux présentés ont été définis avec le souci de concilier les impératifs de qualité et de sécurité, avec les enjeux de proximité et d'accessibilité. Ils visent à renforcer l'efficacité des organisations en santé en actionnant les grands leviers que sont la e-santé et le soutien aux innovations, et particulièrement les innovations organisationnelles, l'information et la formation des professionnels, la coordination des politiques publiques et le rôle de la démocratie en santé, la transformation de l'offre en santé et la coordination des acteurs au service de la fluidité des parcours.

En s'appuyant sur les spécificités de notre région et de nos territoires, le schéma établit les objectifs opérationnels et les prévisions d'évolution en termes d'organisation de l'offre en santé (autorisations, implantations, créations, transformations…) pour les cinq années à venir.

Il est essentiel de fluidifier les parcours de santé, de les rendre lisibles pour les usagers qui attendent, à raison, d'être éclairés pour agir. La coordination des acteurs de santé, leur coopération pour répondre à ces attentes est essentielle. L'organisation de la gradation de l'accès à la santé a été repensée pour répondre aux enjeux de ressources (humaines, démographiques, financières), d'efficience et de soutenabilité.

Il nous appartient désormais de mettre en œuvre chacun des objectifs que nous nous sommes fixés pour les 5 années à venir. Je sais pouvoir compter sur l'implication de tous pour améliorer la santé des Normands.

Madame Christine GARDEL
Directrice générale
Agence régionale de santé de Normandie

SOMMAIRE

1. **INTRODUCTION** ..... p. 8

2. **OBJECTIFS SPÉCIFIQUES ET OPÉRATIONNELS** ..... p. 13

1. Faire de la prévention et de la promotion de la santé le 1er levier du bien-être de la population en agissant sur les déterminants de santé tout au long de la vie ..... p. 14

1. Prévenir les pratiques addictives
2. Promouvoir des comportements alimentaires favorables à la santé et lutter contre la sédentarité
3. Prévenir le mal-être et le suicide
4. Agir précocement pour garantir de meilleures chances de bonne santé
5. Prévenir la perte d'autonomie dans une stratégie de « bien vieillir »
6. Permettre l'accès des personnes en situation de handicap aux programmes de prévention, promotion de la santé
7. Promouvoir la santé sexuelle positive
8. Promouvoir un environnement favorable à la santé

2. Réduire les inégalités de santé, qu'elles soient sociales ou territoriales, en offrant une réponse de santé proportionnée aux vulnérabilités ..... p. 46

9. Garantir l'équité en santé selon le principe d'universalisme proportionné
10. Organiser une stratégie ciblée vers les plus vulnérables

3. Chaque usager doit pouvoir, tout au long de sa vie, agir pour sa santé ou celle de ses proches ..... p. 58

11. Rendre l'usager acteur de sa santé
12. Accompagner les aidants

4. Chaque usager doit pouvoir s'exprimer, être entendu et être partie prenante de la qualité du système de santé ..... p. 62

13. Associer les usagers à l'amélioration du système de santé
14. Renforcer la communication et la formation auprès des acteurs de santé et des usagers sur les droits

5. Chaque usager doit avoir accès à une offre en santé adaptée à ses besoins ..... p. 70

15. Renforcer l'attractivité territoriale pour l'exercice des professions de santé
16. Garantir à l'usager l'accès à une offre de services en santé de proximité à chaque étape de son parcours de vie, tout en conciliant qualité et sécurité
17. Organiser graduellement l'accessibilité à une offre de santé complémentaire adossée à l'offre de proximité

6. Chaque usager et chaque professionnel doit disposer d'une information lisible .. p. 82

18. Améliorer l'information des professionnels de santé sur l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale existante
19. Accompagner à l'accès et à la compréhension de l'information de santé

SOMMAIRE

7. Chaque usager doit bénéficier de services et interventions en santé performants p. 90

20. Organiser la veille, l'alerte et la réponse aux évènements graves et situations sanitaires exceptionnelles
21. Assurer une démarche d'amélioration continue de la sécurité et de la qualité des services et interventions en santé
22. Assurer la formation des professionnels en cohérence avec les besoins de santé des usagers
23. Renforcer l'attention à la qualité de vie et la sécurité au travail des professionnels

8. Mettre l'innovation au service du système de santé ..... p. 106

24. Assurer le déploiement de l'innovation technique et technologique : de la télémédecine à l'e-santé et notamment le développement de nouvelles applications en santé
25. Promouvoir et développer la recherche clinique (thérapeutique) et interventionnelle (participative)
26. Favoriser l'innovation à la fois en termes d'organisation et de pratiques professionnelles : développement des coopérations et du partage de compétences

9. Développer et pérenniser les synergies avec les institutions publiques et la coordination de leurs politiques au service d'une action globale de santé..... p. 118

27. Améliorer la connaissance des besoins du public et promouvoir des outils partagés
28. Impulser une approche et une démarche globale de santé des acteurs publics et définir des objectifs communs et partagés entre les acteurs publics tout en assurant la complémentarité des actions
29. Promouvoir des lieux de vie favorables à la santé et contribuer à renforcer l'inclusion et le maintien en milieu ordinaire
30. Affirmer le rôle d'une démocratie en santé contributive

10. Chaque usager doit pouvoir bénéficier d'un parcours fluide ..... p. 134

31. Garantir la fluidité des parcours par la transformation
32. Assurer la fluidité des parcours par des modalités d'intervention coordonnées des acteurs

3. CONSÉQUENCES SUR LES ACTEURS ..... p. 143

1. Conséquences sur les acteurs en prévention et promotion de la santé ..... p. 144

1. Prévention et réduction des pratiques addictives
2. Dépistages organisés des cancers
3. Éducation thérapeutique du patient
4. Vaccination
5. Santé sexuelle

SOMMAIRE

2. Conséquences sur les acteurs du secteur sanitaire - OQQOS ..... p. 161

1. Médecine
2. Chirurgie
3. Gynécologie-obstétrique, néonatologie, réanimation néonatale
4. Psychiatrie
5. Hospitalisation à domicile
6. Soins de suite et de réadaptation
7. Soins de longue durée
8. Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie
9. Médecine d'urgence
10. Réanimation
11. Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale
12. Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités biologiques de diagnostic prénatal
13. Traitement du cancer
14. Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales
15. Équipements matériels lourds
16. Laboratoire de biologie médicale
17. Offre de soins de premier et de deuxième recours
18. Permanence des soins en établissement de santé (PDSES)

3. Conséquences sur les acteurs du secteur médico-social ..... p. 294

1. Accès à la prévention, promotion de la santé et aux soins
2. Accompagnement adapté en structure médico-sociale
3. Repérage / dépistage / diagnostic (enfants et adultes) et interventions précoces
4. Développer des réponses inclusives
5. Pair aidance, soutien, guidance et accompagnement des aidants
6. Maintien à domicile des personnes âgées fragiles
7. Accompagnements adaptés à l'évolution des populations accueillies en EHPAD (hébergement permanent)
8. Personnes en difficultés spécifiques : ESMS « précarité »

4. GLOSSAIRE ..... p. 330

Introduction

LE SRS DE QUOI PARLE-T-ON ?

Des textes (articles R. 1434-3 et suivants du Code de la santé publique)…

La loi relative à la modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a prévu un Projet régional de santé (PRS) doté d'un Schéma régional de santé unique.
Le SRS, établi pour une durée de cinq ans, permet ainsi aux ARS de poursuivre des objectifs plus transversaux au service d'une politique régionale de santé partenariale et décloisonnée.
Les objectifs qualitatifs et quantitatifs de l'offre de prévention, de l'offre sanitaire et de l'offre médico-sociale constituent autant de moyens à mobiliser pour réduire les inégalités sociales et territoriales en matière de santé et conduire les transformations nécessaires à la pérennité de notre système de santé.

Le SRS de Normandie tient compte :

- des exigences d'accessibilité, de qualité, de sécurité, de permanence, de continuité des prises en charge,
- des exigences d'efficience du service rendu et d'optimisation de la ressource publique,
- des spécificités des quartiers prioritaires de la politique de la ville, des zones de revitalisation rurale et des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins,
- de la stratégie nationale de santé (SNS), des orientations des plans ou programmes nationaux de santé,
- des objectifs du programme coordonné élaboré par les conférences départementales des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie.

… à l'élaboration collective du SRS

Le SRS de Normandie est le fruit d'une démarche participative et concertée avec les partenaires institutionnels et professionnels de l'Agence et plus particulièrement les instances de démocratie en santé. Les grandes collectivités incontournables sur les sujets de santé telles que les Conseils départementaux et le Conseil régional mais aussi les communes et leurs groupements siègent dans ces instances aux côtés des représentants des professionnels de santé, des usagers, de l'Etat et des organismes de sécurité sociale. Ainsi, la CRSA et ses commissions spécialisées, les commissions de coordination des politiques publiques et les conseils territoriaux de santé ont été étroitement associés à l'élaboration du SRS.

Sur la base de l'évaluation des PRS de première génération des anciennes régions de Basse et de Haute - Normandie, du diagnostic régional sur les besoins de santé, de l'étude sur l'offre et le recours, des diagnostics territoriaux partagés (DTP) réalisés par les sept Conseil territoriaux de santé (CTS), huit parcours de santé et de vie ont ainsi été identifiés comme prioritaires en Normandie : de santé et de vie ont ainsi été identifiés comme prioritaires en Normandie :

Le parcours « périnatalité et développement de l'enfant »	Le parcours « psychiatrie et santé mentale »
Le parcours « santé des jeunes »	Le parcours « cancers »
Le parcours « personnes en situation de handicap »	Le parcours « maladies chroniques » insuffisance cardiaque
Le parcours « personnes âgées en perte d'autonomie »	Le parcours « maladies chroniques » asthme / BPCO

Ces parcours prioritaires ne résument pas à eux seuls l'action de l'agence mais ils permettent d'identifier les axes de travail à surinvestir pour améliorer la santé des normands.

Dans une approche globale du parcours de santé et de vie, chaque parcours a fait l'objet d'une modélisation théorique. Cet exercice a permis d'identifier collectivement les points de ruptures identifiés ou potentiels.

A ce titre, le SRS intègre la charte du parcours de santé élaborée par la Conférence nationale de santé (CNS) comme cadre général d'action.

Les 32 objectifs spécifiques transverses déclinés ci-après ont été déterminés sur la base des ruptures identifiées dans les parcours et de surcroit, à partir des pistes retenues collectivement pour les limiter.

Le SRS Normand

Le SRS constitue la feuille de route de notre action collective au service de la santé des Normands pour les cinq prochaines années.
Sur la base du diagnostic et de la situation régionale, il répond à plusieurs principes spécifiques qui ont guidé les travaux régionaux et plus particulièrement :

- une exigence de lisibilité de la politique régionale de santé : des objectifs resserrés et lisibles
- la construction collective et une large concertation à la fois avec les instances de démocratie en santé et avec l'ensemble des partenaires régionaux : institutionnels, professionnels et usagers
- la garantie des principes de sécurité et de continuité dans la prise en charge et l'accompagnement des Normands
- le nécessaire décloisonnement des politiques et des interventions en santé
- la prise en compte du caractère éminemment partenarial des politiques de santé au regard des déterminants de santé

Accompagner l'évolution de l'offre et des pratiques professionnelles conformément aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles, permettre aux acteurs d'innover dans le cadre de coopérations intersectorielles renouvelées, favoriser des réponses inclusives et modulaires via l'adaptation et la transformation de l'offre… impliquent :

- une coopération interinstitutionnelle renforcée, en premier lieu avec les Départements, chefs de file des politiques d'autonomie et d'aide sociale et plus particulièrement des politiques dédiées à l'enfance (aide sociale à l'enfance - ASE et protection maternelle et infantile – PMI), aux personnes en situation de handicap (hébergement et insertion sociale), aux personnes âgées (création et gestion d'établissements, maintien à domicile) mais également avec la Région, cheffe de file de la formation professionnelle et de l'aménagement du territoire et les collectivités locales en charge notamment de l'urbanisme et enfin avec les services déconcentrés de l'État (Éducation nationale, DIRRECTE, DRDJSCS, DREAL…) et les organismes de sécurité sociale (Assurance maladie, MSA, CAF, CARSAT,…)…
- de s'appuyer sur l'expertise des usagers et de leurs aidants.

La politique normande vise, en outre, la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Pour y parvenir, le SRS s'appuie sur le principe d'universalisme proportionné, combinant une action différenciée selon les publics (approche ciblée) :

- l'universalisme proportionné à l'aune de la défavorisation sociale et territoriale,
- la stratégie envers les publics « les plus précaires » dans le cadre du PRAPS.

Quelles que soient les populations ou les pathologies, l'action de l'agence, dans ses trois secteurs d'intervention (santé publique, sanitaire, médico-social), poursuit les mêmes objectifs :

- prévenir,
- dépister,
- diagnostiquer,
- soigner et prendre en charge,
- accompagner.

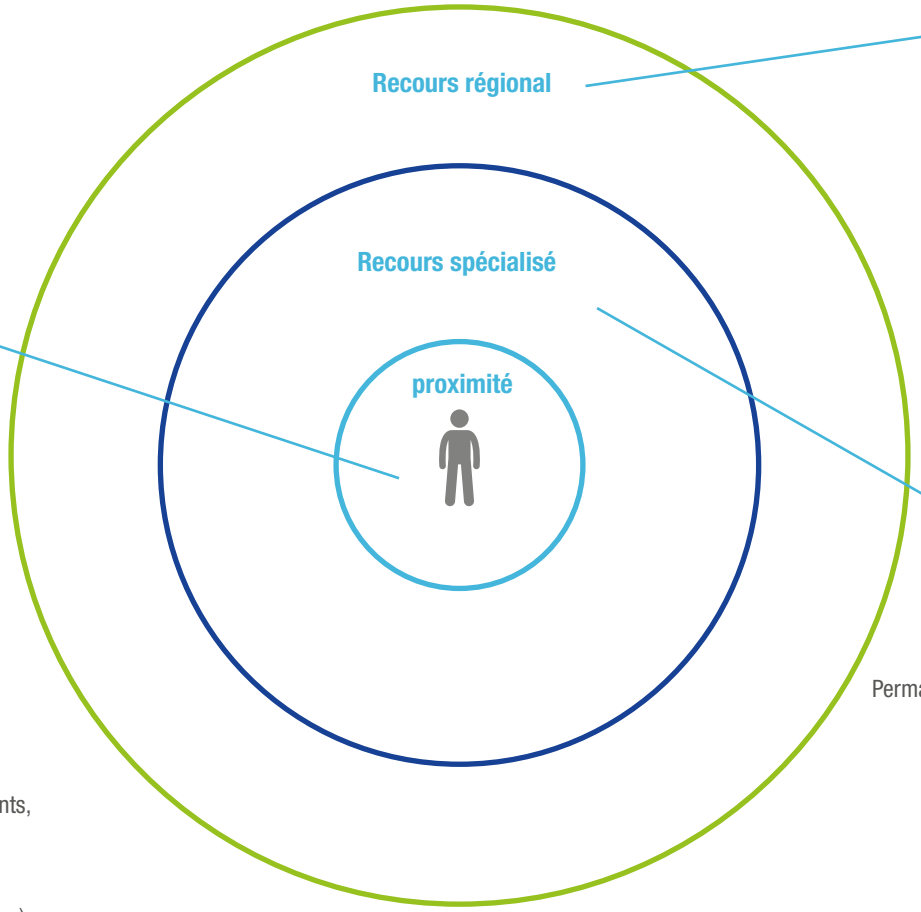
Ainsi, le SRS normand a volontairement été construit de façon transversale et ne revêt pas d'objectifs cloisonnés aux secteurs d'intervention ou aux populations et parcours ciblés.

La structuration et la gradation de l'offre en santé a été envisagée à partir des textes qui disposent que les soins de premier recours comprennent :

- l'éducation pour la santé,
- la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients,
- l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social,
- la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique.

Cette définition a été élargie à l'ensemble des populations, en transversalité pour ainsi définir l'offre de santé de premier recours / de proximité.

Le schéma suivant illustre la notion de gradation des prestations centrée sur les besoins des personnes, et qui sous-tend l'ensemble des propositions relatives à la structuration des opérateurs, des établissements et des services.



Centres d'experts
Structures d'appui
Fonctions ressources
Hyper spécialisation...

Soins de premier recours
Permanence des soins ambulatoire
Prévention et promotion de la santé
(nutrition, santé mentale…)
Aide et soins à domicile
Repérage
Dépistage (y compris fragilité…)
Diagnostic
Intervention précoce
Vaccination
Délivrance administration produits de santé
Éducation pour la santé
Soutien, guidance, accompagnement des aidants,
pair-aidance
Prévention de la perte d'autonomie
Suivi de grossesse / aide à la parentalité (CPP…)
Coordination & orientation
Prestations / services visant au maintien à domicile
Réponses inclusives….

Plateaux techniques
Permanence des soins en établissements de santé
Accompagnements spécialisés
Institutionnalisation / hospitalisation
Unités spécialisées...

Les objectifs 1 à 17 du SRS constituent les principaux objectifs transversaux à atteindre pour améliorer la santé des normands et plus globalement le service rendu à la population par la mobilisation de tous (institutions publiques, collectivités territoriales professionnels de tous les secteurs : prévention, sanitaire, médico-sociales, usagers et leurs représentants et bien évidemment normands eux-mêmes) : asseoir les actions de prévention et de promotion de la santé, réduire les ISTS, rendre l'usager acteur de sa santé et de celle de ses proches, associer pleinement les usagers à l'amélioration de la qualité du système de santé et garantir l'accès à une offre de santé adaptée aux besoins.

Les objectifs 18 à 32 constituent, quant à eux, les principaux leviers institutionnels et organisationnels à mobiliser collectivement pour atteindre les précédents : la lisibilité de l'information, la qualité et la performance des organisations, l'innovation, la coordination et la synergie des politiques publiques, la fluidité des parcours.

Pour chaque objectif, les populations et les parcours prioritaires concernés sont précisés. Les acteurs et les leviers à mobiliser pour atteindre l'objectif sont également identifiés. Autant que faire se peut, chaque objectif est assorti d'indicateurs permettant de nourrir les travaux de pilotage, de suivi et d'évaluation du SRS.

I

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES ET OPÉRATIONNELS

FAIRE DE LA PRÉVENTION ET DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ LE 1ER LEVIER DU BIEN-ÊTRE DE LA POPULATION EN AGISSANT SUR LES DÉTERMINANTS DE SANTÉ TOUT AU LONG DE LA VIE

OBJECTIF N° 1

AMBITION DU COS À 10 ANS

Un impact de l'action sur les déterminants de santé positif sur la santé des Normands

RAPPEL DE CE QUE NOUS ALLONS FAIRE LES 5 PROCHAINES ANNÉES

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 1	**PRÉVENIR LES PRATIQUES ADDICTIVES**
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 2	Promouvoir des comportements alimentaires favorables à la santé et lutter contre la sédentarité
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 3	Prévenir le mal-être et le suicide
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 4	Agir précocement pour garantir de meilleures chances de bonne santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 5	Prévenir la perte d'autonomie dans une stratégie de « bien vieillir »
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 6	Permettre l'accès des personnes en situation de handicap aux programmes de prévention, promotion de la santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 7	Promouvoir la santé sexuelle positive
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 8	Promouvoir un environnement favorable à la santé

CONTEXTE ET SITUATION ACTUELLE EN NORMANDIE

Première cause régionale de mortalité (15 % des décès liés au tabac et 5 % à l'alcool), les pratiques addictives contribuent largement à la situation sanitaire globalement défavorable de la Normandie au regard de la France métropolitaine. Concernant l'alcool et le tabac, il s'agit d'une situation historique, identifiée dès le milieu du XIXe siècle mais les pratiques addictives se caractérisent aujourd'hui par des usages diversifiés et évolutifs, marqués par le développement des poly-consommations et la précocité des premières expérimentations *(Cf. État des lieux réalisé par l'Observatoire régional de la santé : http://orscreainormandie.org/addiction-en-normandie-avril-2017/).*

Leurs conséquences sanitaires et sociales sont multiples et ne se résument pas à la mortalité liée à la dépendance. Elles créent ou entretiennent des situations particulièrement difficiles quand elles se surajoutent à d'autres problématiques (de comorbidité somatique, de santé mentale, de perte d'autonomie, de précarité économique et sociale, de suivi judiciaire, d'isolement social...).

Au-delà d'une situation régionale globalement défavorable, on observe des situations spécifiques selon les territoires et les publics :

- chez les jeunes (enquête ESCAPAD à 17 ans), on constate 18 points d'écart pour les alcoolisations ponctuelles importantes entre l'Eure (11 %) et l'Orne (29 %),
- malgré une réduction des écarts, il existe encore de fortes spécificités de genre (concernant les niveaux d'usage ou leur évolution, mais aussi au regard de la spécificité des prises de risque ou de l'accessibilité réelle aux dispositifs d'addictologie).

Enfin, il faut porter une attention prioritaire sur le « gradient social » qui marque les pratiques addictives et leurs conséquences : pratiques addictives et inégalités sociales de santé se renforcent mutuellement.

Il convient d'amplifier les actions en s'appuyant sur l'expérience acquise (déploiement des Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie [CSAPA], des Consultations jeunes consommateurs [CJC], des pôles de prévention compétents en addictologie, des partenariats avec l'Éducation nationale, la PJJ, la DRDJSCS et les DDCS, la justice, les collectivités territoriales).

LES LIENS AVEC LA STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ ET LES PLANS NATIONAUX

SNS : Prévenir l'entrée dans les pratiques addictives
PNRT/MILDECA

LES LIENS AVEC LES POLITIQUES PUBLIQUES RÉGIONALES ET TERRITORIALES

Jeunesse (Education nationale, PJJ)

Cohésion sociale (DRDJSCS, DDCS)

LES LIENS AVEC LE PRAPS

Adaptation des modalités d'intervention aux publics du PRAPS, notamment le « aller vers »

PRÉVENIR LES PRATIQUES ADDICTIVES

OBJECTIF N° 1

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS
Sensibiliser l'ensemble de la population aux risques
Agir sur l'ensemble des pratiques addictives
Identifier les territoires et les publics prioritaires
Développer l'intervention précoce vers les publics cible (vers le public jeune pour réduire les usages à risques et prévenir les situations de dépendance et en population générale)
Renforcer l'accessibilité et l'efficacité des accompagnements et des soins en addictologie
Définir et conforter la place des usagers et de leur entourage dans les différents dispositifs d'addictologie
Promouvoir la culture positive de réduction des risques et des dommages
Lutter contre les représentations stigmatisantes et culpabilisantes et diffuser la culture de réduction des risques et des dommages - non limitée aux drogues illicites mais élargie à l'ensemble des pratiques addictives (notamment alcool, tabac et cannabis), - par l'appropriation par l'ensemble des acteurs de l'addictologie des référentiels et données probantes, - par une sensibilisation des acteurs non spécialisés.

INDICATEURS « TRACEURS »		
INDICATEUR	**VALEUR ACTUELLE**	**VALEUR CIBLE**
Niveaux de consommation à 17 ans (enquête ESCAPAD)	33 %	29 %
Prévalence de la consommation régulière d'alcool à 17 ans	12 %	7 %
Prévalence du tabagisme quotidien (adultes)		
Prévalence de la consommation régulière d'alcool (adultes)		

PRÉVENIR LES PRATIQUES ADDICTIVES

OBJECTIF N° 1

LES POPULATIONS CONCERNÉES

- Population générale,
- Attention particulière aux publics du PRAPS, aux femmes et aux jeunes

LES HUIT PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE PRIORITAIRES

- ☑ Périnatalité et développement de l'enfant
- ☑ Santé des enfants et des jeunes
- ☑ Personnes en situation de handicap
- ☑ Personnes âgées en perte d'autonomie
- ☑ Psychiatrie et santé mentale
- ☑ Cancers
- ☑ Maladies chroniques - insuffisance cardiaque
- ☑ Maladies Chroniques - asthme/BPCO

LES LEVIERS À ACTIONNER

- ☑ **La réglementation :** définition du cadre d'intervention partagé entre dispositifs médico-sociaux (mission « prévention » des CSAPA) et dispositifs de prévention
- ☑ **Les financements :** ONDAM spécifique « Dispositifs pour personnes en situations spécifiques », opérations de fongibilité entre crédits sanitaires et médico-sociaux, appel à projets, mesures nouvelles, co-financement avec la MILDECA
- ☑ **Les autorisations**
- ☑ **La contractualisation :** conforter la contractualisation avec les acteurs de la prévention et assurer sa cohérence avec les CPOM médico-sociaux
- ☑ **L'innovation :** développer la recherche interventionnelle et soutenir le renouvellement des modalités d'intervention (par exemple avec les nouvelles technologies) ; actualiser les pratiques professionnelles
- ☑ **L'animation territoriale :** assurer la cohérence entre le rôle confié aux acteurs de terrain (pôle de prévention en addictologie), l'animation ARS en promotion de la santé et la MILDECA ; développer des synergies avec la MILDECA ; soutenir les partenariats ; mobilisation de l'animation territoriale pour l'élaboration et la mise en œuvre de projets intersectoriels en proximité
- ☑ **Le contrôle, l'évaluation, l'inspection :** développer l'auto-évaluation par les porteurs de projets ; évaluer des projets financés par l'ARS

FAIRE DE LA PRÉVENTION ET DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ LE 1ER LEVIER DU BIEN-ÊTRE DE LA POPULATION EN AGISSANT SUR LES DÉTERMINANTS DE SANTÉ TOUT AU LONG DE LA VIE

OBJECTIF N° 2

AMBITION DU COS À 10 ANS

Un impact de l'action sur les déterminants de santé positif sur la santé des Normands

RAPPEL DE CE QUE NOUS ALLONS FAIRE LES 5 PROCHAINES ANNÉES

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 1	Prévenir les pratiques addictives
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 2	**PROMOUVOIR DES COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES FAVORABLES À LA SANTÉ ET LUTTER CONTRE LA SÉDENTARITÉ**
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 3	Prévenir le mal-être et le suicide
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 4	Agir précocement pour garantir de meilleures chances de bonne santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 5	Prévenir la perte d'autonomie dans une stratégie de « bien vieillir »
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 6	Permettre l'accès des personnes en situation de handicap aux programmes de prévention, promotion de la santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 7	Promouvoir la santé sexuelle positive
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 8	Promouvoir un environnement favorable à la santé

CONTEXTE ET SITUATION ACTUELLE EN NORMANDIE

L'obésité serait en cause pour 5 à 10 % des décès (tumeurs, maladies de l'appareil circulatoire, maladies endocriniennes et métaboliques).

Lors de la dernière enquête de 2012, l'étude ObEpi faisait le constat d'un ralentissement dans la progression de l'épidémie d'obésité chez les adultes en France. En Normandie, la prévalence de l'obésité a progressé significativement entre 1997 et 2012. Si les deux anciennes régions connaissaient une prévalence sensiblement équivalente en 1997 (9,4 % en Basse-Normandie et 10,9 % en Haute-Normandie), la progression a toutefois été plus rapide en ex-Haute-Normandie sur la période de 1997 à 2012 pour atteindre une fréquence de 19,6 % contre 15,6 % en ex-Basse-Normandie. Entre 2009 et 2012, l'ex-Basse-Normandie a connu une baisse de sa prévalence.

La promotion des comportements alimentaires favorables à la santé et le développement de l'activité physique constituent des priorités régionales depuis plusieurs années dans le cadre de la déclinaison de la politique nationale du Plan national nutrition santé (PNNS) et du plan Sport santé bien-être (SSBE).

Une animation régionale associant de nombreux partenaires institutionnels et acteurs existe en région et des actions ont été développées en faveur des enfants et des jeunes, des personnes en situation de précarité, des personnes en situation de handicap, des personnes âgées, des personnes souffrant de maladies chroniques… Des projets innovants sont soutenus tels que « Intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité » (ICAPS) ou la mise en place d'un dispositif nutrition-précarité et des actions sont réalisées dans les territoires prioritaires dans le cadre des contrats locaux de santé.

Le développement de l'activité physique adaptée est engagé en région (sensibilisation / formation / annuaires / prescription).

Ces efforts doivent être amplifiés en agissant en prévention universelle avec une priorité auprès des enfants et des jeunes, en intervenant auprès des personnes atteintes de pathologies chroniques, des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

LES LIENS AVEC LA STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ ET LES PLANS NATIONAUX

SNS : Promotion d'une alimentation saine et d'une activité physique régulière, Plan national nutrition santé (PNNS), Plan sport santé bien-être (PSSBE)

LES LIENS AVEC LES POLITIQUES PUBLIQUES RÉGIONALES ET TERRITORIALES

Aménagement du territoire (Région et collectivités territoriales), alimentation (DRAAF), Jeunesse et sports (Education nationale, PJJ, DRDJSCS, Région, collectivités territoriales), cohésion sociale (DRDJSCS, Départements)

LES LIENS AVEC LE PRAPS

Adaptation des modalités d'intervention aux publics du PRAPS, notamment le « aller vers »

PROMOUVOIR DES COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES FAVORABLES À LA SANTÉ ET LUTTER CONTRE LA SÉDENTARITÉ

OBJECTIF N° 2

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS
Promouvoir la pratique de l'activité physique et une restauration collective favorable à la santé auprès des collectivités territoriales
Développer l'éducation nutritionnelle pour prévenir le surpoids et l'obésité des enfants, des jeunes et des femmes enceintes
Promouvoir la pratique de l'allaitement maternel en s'appuyant sur un choix éclairé des parents dans le cadre d'une communication positive non jugeante

INDICATEURS « TRACEURS »		
INDICATEUR	**VALEUR ACTUELLE**	**VALEUR CIBLE**
Prévalence du surpoids et de l'obésité population adulte		

PROMOUVOIR DES COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES FAVORABLES À LA SANTÉ ET LUTTER CONTRE LA SÉDENTARITÉ

OBJECTIF N° 2

LES POPULATIONS CONCERNÉES

- Enfants et jeunes
- Personnes atteintes de pathologies chroniques
- Personnes âgées
- Personnes en situation de handicap
- Personnes en situation de précarité

LES HUIT PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE PRIORITAIRES

- ☑ Périnatalité et développement de l'enfant
- ☑ Santé des enfants et des jeunes
- ☑ Personnes en situation de handicap
- ☑ Personnes âgées en perte d'autonomie
- ☑ Psychiatrie et santé mentale
- ☑ Cancers
- ☑ Maladies chroniques - insuffisance cardiaque
- ☑ Maladies Chroniques - asthme/BPCO

LES LEVIERS À ACTIONNER

- ☑ **La réglementation :** mise en place du dispositif de prescription d'activité physique adaptée en faveur des patients porteurs d'affection de longue durée
- ☑ **Les financements :** co-financements notamment avec DRDJSCS ; conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie ; conventions pluriannuelles de financement avec les opérateurs compétents et appel à projets
- ☑ **La contractualisation :** contractualisation avec les autres institutions pilotes de politiques publiques (Education nationale, PJJ, DRAAF) et mobilisation des contrats locaux de santé avec les collectivités territoriales ; contractualisation d'objectifs et de moyens avec les opérateurs compétents
- ☑ **L'innovation :** mise en œuvre de projets reposant sur des données probantes ; promotion de la recherche interventionnelle associant chercheurs et acteurs de promotion de la santé
- ☑ **L'animation territoriale :** mobilisation de l'animation territoriale et notamment des Réseaux territoriaux de promotion de la santé et des Ateliers santé ville pour l'élaboration et la mise en œuvre de projets intersectoriels en proximité ; inscription dans les projets de Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté inter degré (CESCI) de l'Education nationale
- ☑ **Le contrôle, l'évaluation, l'inspection :** développement de l'autoévaluation par les porteurs de projets ; évaluation par l'ARS des projets financés ; développer les évaluations d'impact en santé des politiques publiques

FAIRE DE LA PRÉVENTION ET DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ LE 1ER LEVIER DU BIEN-ÊTRE DE LA POPULATION EN AGISSANT SUR LES DÉTERMINANTS DE SANTÉ TOUT AU LONG DE LA VIE

OBJECTIF N° 3

AMBITION DU COS À 10 ANS

Un impact de l'action sur les déterminants de santé positif sur la santé des Normands

RAPPEL DE CE QUE NOUS ALLONS FAIRE LES 5 PROCHAINES ANNÉES

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 1	Prévenir les pratiques addictives
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 2	Promouvoir des comportements alimentaires favorables à la santé et lutter contre la sédentarité
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 3	**PRÉVENIR LE MAL-ÊTRE ET LE SUICIDE**
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 4	Agir précocement pour garantir de meilleures chances de bonne santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 5	Prévenir la perte d'autonomie dans une stratégie de « bien vieillir »
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 6	Permettre l'accès des personnes en situation de handicap aux programmes de prévention, promotion de la santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 7	Promouvoir la santé sexuelle positive
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 8	Promouvoir un environnement favorable à la santé

CONTEXTE ET SITUATION ACTUELLE EN NORMANDIE

La Normandie se situe au troisième rang des régions françaises pour l'importance du taux standardisé de mortalité par suicide. Avec une mortalité comparable à celle de l'hexagone, près de 150 décès pourraient être évités chaque année. Sur la période 2006-2013, les personnes âgées de 35 à 54 ans sont majoritairement représentées (40 %) devant les personnes de 55 à 74 ans, suivies des 75 ans et plus, puis des 15-34 ans. La surmortalité est plus marquée pour les territoires de Dieppe, de la Manche et de l'Orne.

La prévention du mal-être et du suicide est une priorité depuis plusieurs années en Normandie et fait l'objet d'une animation régionale associant l'ensemble des partenaires institutionnels et des acteurs qui ont permis la mise en œuvre de nombreux projets :

- déploiement des formations « repérage et intervention au cours de la crise suicidaire »,
- formations et soutien de projets portants sur le développement des Compétences psychosociales (CPS),
- mise en œuvre du programme de Soutien aux familles et à la parentalité (SFP) dans plusieurs territoires,
- expérimentation du dispositif Vigilans (prévention de la récidive),
- contractualisation avec la PJJ dont une des priorités concerne la santé mentale,
- soutien des associations d'écoute et d'entraide.

En outre, cette priorité est inscrite dans les Contrats locaux de santé (CLS) attestant la préoccupation des collectivités territoriales pour ce sujet.

Le développement des Compétences psychosociales (CPS) est un levier majeur en promotion de la santé. Chez les enfants, le renforcement des CPS favorise le développement global (social, émotionnel, cognitif, physique), améliore les interactions, augmente le bien-être et contribue donc à diminuer les comportements défavorables à la santé. Chez les adolescents, il permet également de prévenir la consommation de substances psychoactives, les problèmes de santé mentale, les comportements violents et les comportements sexuels à risque. Chez les adultes, il agit toujours sur le bien-être, la qualité des relations et favorise pour les parents les pratiques éducatives positives.

LES LIENS AVEC LA STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ ET LES PLANS NATIONAUX

SNS : prévention et la promotion de la santé, tout au long de la vie et dans tous les milieux

Stratégie nationale santé mentale

LES LIENS AVEC LES POLITIQUES PUBLIQUES RÉGIONALES ET TERRITORIALES

Projets territoriaux de santé mentale

Parcours de santé des élèves

PJJ promotrice de santé

LES LIENS AVEC LE PRAPS

Adaptation des modalités d'intervention aux publics du PRAPS, notamment le « aller vers »

PRÉVENIR LE MAL-ÊTRE ET LE SUICIDE

OBJECTIF N° 3

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS
Développer les Compétences psychosociales (CPS) : intervenir de manière globale en intégrant les CPS dans toutes stratégies d'action sur les déterminants de santé, agir dans les milieux de vie et d'activité (parentalité, milieu scolaire et extra-scolaire) et adapter les actions en fonction de l'âge et de la situation des enfants, des jeunes et des adultes
Définir et mettre en œuvre une stratégie de communication pour contribuer à la prévention du suicide et à la déstigmatisation de la maladie mentale (soutenir les semaines d'information en santé mentale, construire une communication positive).
Dépister et traiter la dépression caractérisée, dont la dépression du post-partum
Affirmer la place des associations d'écoute

INDICATEURS « TRACEURS »		
INDICATEUR	**VALEUR ACTUELLE**	**VALEUR CIBLE**
Evolution de la prévalence du suicide	33,5 / 100 000 pour les hommes 8,6 / 100 000 pour les femmes	25 / 100 000 pour les hommes 7,2 / 100 000 pour les femmes
Evolution des tentatives de suicide (TS hospitalisées)	16,5 / 100 000 pour les hommes (2014) 26,9 / 100 000 pour les femmes (2014)	
Nombre d'associations d'écoute financées	10	10

PRÉVENIR LE MAL-ÊTRE ET LE SUICIDE

OBJECTIF N° 3

LES POPULATIONS CONCERNÉES

- Personnes présentant des facteurs de risques (personnes souffrant de dépression, personnes endeuillées, personnes ayant des pratiques addictives, personnes en situation de rupture familiale, professionnelle ou sociale)
- Jeunes
- Personnes âgées
- Personnes en situation de handicap

LES HUIT PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE PRIORITAIRES

- ☐ Périnatalité et développement de l'enfant
- ☑ Santé des enfants et des jeunes
- ☑ Personnes en situation de handicap
- ☑ Personnes âgées en perte d'autonomie
- ☑ Psychiatrie et santé mentale
- ☐ Cancers
- ☐ Maladies chroniques - insuffisance cardiaque
- ☐ Maladies Chroniques - asthme/BPCO

LES LEVIERS À ACTIONNER

- ☐ **La réglementation**
- ☑ **Les financements :** convention pluriannuelle de financement avec les opérateurs et appel à projets
- ☐ **Les autorisations**
- ☑ **La contractualisation :** avec les autres institutions pilotes de politiques publiques (Education nationale, PJJ, Départements) ; contrats locaux de santé ; contractualisation d'objectifs et de moyens avec les opérateurs
- ☑ **L'innovation :** approche renouvelée favorisant une communication positive auprès du grand public et des médias ; mise en œuvre de projets reposant sur des données probantes
- ☑ **L'animation territoriale :** mobilisation des Réseaux territoriaux de promotion de la santé et des Ateliers santé ville pour l'élaboration et la mise en œuvre de projets intersectoriels en proximité
- ☑ **Le contrôle, l'évaluation, l'inspection :** évaluation des projets financés

FAIRE DE LA PRÉVENTION ET DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ LE 1ER LEVIER DU BIEN-ÊTRE DE LA POPULATION EN AGISSANT SUR LES DÉTERMINANTS DE SANTÉ TOUT AU LONG DE LA VIE

OBJECTIF N° 4

AMBITION DU COS À 10 ANS

Un impact de l'action sur les déterminants de santé positif sur la santé des Normands

RAPPEL DE CE QUE NOUS ALLONS FAIRE LES 5 PROCHAINES ANNÉES

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 1	Prévenir les pratiques addictives
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 2	Promouvoir des comportements alimentaires favorables à la santé et lutter contre la sédentarité
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 3	Prévenir le mal-être et le suicide
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 4	**AGIR PRÉCOCEMENT POUR GARANTIR DE MEILLEURES CHANCES DE BONNE SANTÉ**
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 5	Prévenir la perte d'autonomie dans une stratégie de « bien vieillir »
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 6	Permettre l'accès des personnes en situation de handicap aux programmes de prévention, promotion de la santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 7	Promouvoir la santé sexuelle positive
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 8	Promouvoir un environnement favorable à la santé

CONTEXTE ET SITUATION ACTUELLE EN NORMANDIE

Depuis plusieurs années, l'ARS de Normandie a développé des partenariats pour construire des programmes cohérents, adaptés et de qualité en direction des enfants et des jeunes. Ceux-ci se concrétisent au travers de conventions avec la DRDJSCS, l'Éducation nationale (mise en œuvre du parcours santé de l'élève), la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) et les missions locales.

Un partenariat est également engagé avec les Caisses d'allocations familiales compte tenu de l'impact de la parentalité sur la santé des enfants. Outre les actions menées dans le cadre du Réseau d'appui et d'accompagnement à la parentalité (REAAP), le Programme de soutien aux familles et à la parentalité (PSFP) a été mis en œuvre dans la région, dont l'impact positif en direction des parents et des enfants a été démontré au niveau national.

Avec le soutien des IREPS, ces partenaires ont permis de développer des programmes s'appuyant sur les Compétences psychosociales (CPS), élément indispensable dans la promotion de la santé et le bien-être des personnes. Cet apprentissage doit s'inscrire dans tous les lieux de vie et d'activité des enfants et des jeunes.

Agir dès le plus jeune âge, c'est se donner les meilleures garanties d'efficacité des stratégies déployées. C'est un enjeu de qualité de vie, d'efficience mais aussi de réduction des inégalités sociales de santé, qui se construisent dès la naissance.

Si l'intervention précoce est déterminante, les actions de prévention et de promotion de la santé n'en doivent pas moins être organisées dans un continuum à tous les âges de la vie en tenant compte de l'environnement et de toutes les situations rencontrées par les personnes.

LES LIENS AVEC LA STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ ET LES PLANS NATIONAUX

SNS : Prévention et promotion de la santé, tout au long de la vie et dans tous les milieux, priorités spécifiques à la politique de santé de l'enfant, de l'adolescent et du jeune

LES LIENS AVEC LES POLITIQUES PUBLIQUES RÉGIONALES ET TERRITORIALES

Politiques enfance et jeunesse (PMI, Éducation nationale, PJJ, ASE, collectivités territoriales, organismes de protection sociale…)

LES LIENS AVEC LE PRAPS

Adaptation des modalités d'intervention aux publics du PRAPS, notamment le « aller vers »

AGIR PRÉCOCEMENT POUR GARANTIR DE MEILLEURES CHANCES DE BONNE SANTÉ

OBJECTIF N° 4

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS
Conforter les parents dans leur fonction parentale : donner les moyens aux familles de développer les compétences psychosociales de leurs enfants en mobilisant les acteurs des territoires sur les questions de parentalité, en sensibilisant les familles, et en poursuivant la mise en place du programme de soutien aux familles et à la parentalité
Promouvoir la vaccination auprès de la population en déployant une stratégie de communication positive
Adapter les plans d'actions en fonction de l'âge des enfants et des jeunes
Adapter les plans d'action en fonction de la situation (mineurs pris en charge par l'Aide sociale à l'enfance (ASE), la PJJ, jeunes en insertion et jeunes migrants)
Prévenir et repérer les troubles psychiques

INDICATEURS « TRACEURS »		
INDICATEUR	**VALEUR ACTUELLE**	**VALEUR CIBLE**
Nombre de programmes de soutien à la parentalité mis en œuvre en région soutenus par l'ARS	3	10
Signature d'une convention avec les Départements pour la mise en œuvre de programmes d'actions conjoints (PMI, CPEF, ASE).	0	5
Taux de couverture vaccinale à 9 mois (ou à 1 an) pour les 11 vaccins obligatoires	90 %	95 %

AGIR PRÉCOCEMENT POUR GARANTIR DE MEILLEURES CHANCES DE BONNE SANTÉ

OBJECTIF N° 4

LES POPULATIONS CONCERNÉES

- Enfants et jeunes
- Attention particulière pour les enfants et jeunes en situation de vulnérabilité

LES HUIT PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE PRIORITAIRES

- ☑ Périnatalité et développement de l'enfant
- ☑ Santé des enfants et des jeunes
- ☑ Personnes en situation de handicap
- ☐ Personnes âgées en perte d'autonomie
- ☑ Psychiatrie et santé mentale
- ☐ Cancers
- ☐ Maladies chroniques - insuffisance cardiaque
- ☐ Maladies Chroniques - asthme/BPCO

LES LEVIERS À ACTIONNER

- ☐ **La réglementation**
- ☑ **Les financements :** co-financements avec les partenaires institutionnels ; convention pluriannuelle de financement avec les opérateurs et appel à projets
- ☐ **Les autorisations**
- ☑ **La contractualisation :** avec les autres institutions pilotes de politiques publiques (Éducation nationale, PJJ, conseils départementaux) ; contrats locaux de santé ; contractualisation d'objectifs et de moyens avec les opérateurs
- ☑ **L'innovation**
- ☑ **L'animation territoriale :** mobilisation des Réseaux territoriaux de promotion de la santé et des Ateliers santé ville pour l'élaboration et la mise en œuvre de projets intersectoriels en proximité ; mobilisation des Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté inter-degrés (CESCI) de l'Éducation nationale et des maisons des adolescents
- ☑ **Le contrôle, l'évaluation, l'inspection :** évaluation des projets financés

FAIRE DE LA PRÉVENTION ET DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ LE 1ER LEVIER DU BIEN-ÊTRE DE LA POPULATION EN AGISSANT SUR LES DÉTERMINANTS DE SANTÉ TOUT AU LONG DE LA VIE

OBJECTIF N° 5

AMBITION DU COS À 10 ANS

Un impact de l'action sur les déterminants de santé positif sur la santé des Normands

RAPPEL DE CE QUE NOUS ALLONS FAIRE LES 5 PROCHAINES ANNÉES

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 1	Prévenir les pratiques addictives
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 2	Promouvoir des comportements alimentaires favorables à la santé et lutter contre la sédentarité
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 3	Prévenir le mal-être et le suicide
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 4	Agir précocement pour garantir de meilleures chances de bonne santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 5	**PRÉVENIR LA PERTE D'AUTONOMIE DANS UNE STRATÉGIE DE « BIEN VIEILLIR »**
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 6	Permettre l'accès des personnes en situation de handicap aux programmes de prévention, promotion de la santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 7	Promouvoir la santé sexuelle positive
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 8	Promouvoir un environnement favorable à la santé

CONTEXTE ET SITUATION ACTUELLE EN NORMANDIE

A l'horizon 2040, la population normande serait accrue de 240 000 habitants, principalement dans l'Eure (+ 96 000 hab.) et dans le Calvados (+ 83 000 hab.), mais ce sont exclusivement les effectifs des personnes de 60 ans et plus qui augmentent. Alors qu'elles représentent aujourd'hui 22 % de l'ensemble, ce ratio passerait à 33 % en 2040. Selon les départements, les effectifs augmentent de 50 % (Orne) à 80 % (Eure). Quel que soit le département, les effectifs de 80 ans et plus doubleraient. Ainsi, le taux de personnes âgées de 80 ans et plus ramené à la population atteindrait jusqu'à 13 % dans la Manche et l'Orne. Dans l'Eure, la population des moins de 60 ans se maintiendrait alors qu'elle se réduirait de 4 % dans le Calvados et à 17 % dans l'Orne. L'âge moyen augmenterait ainsi d'environ 5 ans : de 4,6 ans en Seine-Maritime à 6,1 ans dans la Manche.

En Normandie, les populations âgées sont plus nombreuses en proportion à vivre seules (40,2 % contre 38,6 % en France).

Pour faire face à l'enjeu du vieillissement, une meilleure coordination des acteurs est nécessaire pour répondre aux besoins des personnes âgées pour :

- préserver l'autonomie : éduquer pour la santé, développer une culture de l'autonomie tout au long de la vie,
- prévenir les pertes d'autonomie évitables au cours de l'avancée en âge : repérer les facteurs de risque de la fragilité et de la fragilité installée, à domicile ou en établissement,
- éviter l'aggravation des situations déjà caractérisées par une incapacité,
- réduire les inégalités sociales et territoriales de santé,
- former les professionnels à la prévention de la perte d'autonomie,
- développer la recherche et les stratégies d'évaluation.

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement a permis la création d'une conférence départementale des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées dans les cinq départements normands. Cette conférence coordonne dans chaque département les financements de la prévention de la perte d'autonomie autour d'une stratégie commune.

LES LIENS AVEC LA STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ ET LES PLANS NATIONAUX

SNS : Prévenir la perte d'autonomie

Loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV)

Plan national de prévention de la perte d'autonomie/ PNNS/PNMD/Plan sport, santé, bien-être

LES LIENS AVEC LES POLITIQUES PUBLIQUES RÉGIONALES ET TERRITORIALES

Politiques en faveur des personnes âgées, d'aménagement du territoire, d'urbanisme et de services collectifs

SRADDET/Schémas départementaux de l'autonomie

Politique de la CARSAT

LES LIENS AVEC LE PRAPS

Adaptation des modalités d'intervention aux publics du PRAPS, notamment le « aller vers »

PRÉVENIR LA PERTE D'AUTONOMIE DANS UNE STRATÉGIE DE « BIEN VIEILLIR »

OBJECTIF N° 5

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS
Promouvoir des actions de prévention (nutrition, activités physiques adaptées, risque de chutes, lutte contre l'isolement, suicide) à domicile et dans les établissements
Mettre en place des consultations longues dédiées aux repérages des fragilités
Agir auprès des collectivités territoriales pour un environnement favorable au bien vieillir (urbanisme, habitat adapté, mobilité…)

INDICATEURS « TRACEURS »		
INDICATEUR	**VALEUR ACTUELLE**	**VALEUR CIBLE**
Nombre de CPOM intégrant des actions de prévention sur les thèmes de la nutrition/dénutrition, de la promotion d'une alimentation adaptée aux besoins des seniors et de l'activité physique adaptée; de prévention du risque suicidaire, iatrogénie médicamenteuse, le risque de chute (programme d'éducation thérapeutique concernant le parcours du chuteur).		100%

PRÉVENIR LA PERTE D'AUTONOMIE DANS UNE STRATÉGIE DE « BIEN VIEILLIR »

OBJECTIF N° 5

LES POPULATIONS CONCERNÉES

- Personnes âgées

LES HUIT PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE PRIORITAIRES

- ☐ Périnatalité et développement de l'enfant
- ☐ Santé des enfants et des jeunes
- ☐ Personnes en situation de handicap
- ☑ Personnes âgées en perte d'autonomie
- ☑ Psychiatrie et santé mentale
- ☐ Cancers
- ☐ Maladies chroniques - insuffisance cardiaque
- ☐ Maladies Chroniques - asthme/BPCO

LES LEVIERS À ACTIONNER

- ☐ **La réglementation**
- ☑ **Les financements :** conférence départementale des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées ; conventions pluriannuelles de financement avec les opérateurs et appel à projets
- ☐ **Les autorisations**
- ☑ **La contractualisation :** CPOM des ESMS ; contrats locaux de santé avec les collectivités territoriales ; contractualisation d'objectifs et de moyens avec les opérateurs
- ☑ **L'innovation :** utilisation de nouveaux moyens de communication, domotique
- ☑ **L'animation territoriale :** mobilisation de l'animation territoriale pour l'élaboration et la mise en œuvre de projets intersectoriels en proximité (instance de concertation MAIA, réseaux territoriaux de promotion de la santé)
- ☑ **Le contrôle, l'évaluation, l'inspection :** évaluation des projets financés

FAIRE DE LA PRÉVENTION ET DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ LE 1ER LEVIER DU BIEN-ÊTRE DE LA POPULATION EN AGISSANT SUR LES DÉTERMINANTS DE SANTÉ TOUT AU LONG DE LA VIE

OBJECTIF N° 6

AMBITION DU COS À 10 ANS

Un impact de l'action sur les déterminants de santé positif sur la santé des Normands

RAPPEL DE CE QUE NOUS ALLONS FAIRE LES 5 PROCHAINES ANNÉES

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 1	Prévenir les pratiques addictives
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 2	Promouvoir des comportements alimentaires favorables à la santé et lutter contre la sédentarité
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 3	Prévenir le mal-être et le suicide
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 4	Agir précocement pour garantir de meilleures chances de bonne santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 5	Prévenir la perte d'autonomie dans une stratégie de « bien vieillir »
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 6	**PERMETTRE L'ACCÈS DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP AUX PROGRAMMES DE PRÉVENTION, PROMOTION DE LA SANTÉ**
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 7	Promouvoir la santé sexuelle positive
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 8	Promouvoir un environnement favorable à la santé

CONTEXTE ET SITUATION ACTUELLE EN NORMANDIE

Depuis la promulgation de la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées en 2005, l'insertion des personnes en situation de handicap est devenue une priorité nationale.

Cette loi rappelle le principe général de non-discrimination et oblige la collectivité à garantir les conditions de l'égalité des chances et des droits de chacun. Toutefois, les obstacles à l'accès à la prévention et à la promotion demeurent multiples et complexes.

Les personnes en situation de handicap rencontrent des difficultés spécifiques d'accès aux programmes de prévention et de promotion de la santé :

- méconnaissance des spécificités du handicap des acteurs de prévention et des professionnels de santé et prévention,
- sensibilisation insuffisante des professionnels du secteur médico-social,
- campagnes de prévention et de promotion de santé insuffisamment adaptées et non accessibles aux personnes en situation de handicap en termes de message de communication, matériels, conditions techniques…

Difficultés que la stratégie régionale de santé doit s'attacher à réduire.

LES LIENS AVEC LA STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ ET LES PLANS NATIONAUX

SNS : Faciliter la mise en œuvre des actions de promotion de la santé dans tous les milieux et à tous les âges de la vie

Stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale / Plan national Autisme / Réponse accompagnée pour tous (RAPT)

LES LIENS AVEC LES POLITIQUES PUBLIQUES RÉGIONALES ET TERRITORIALES

Politique handicap des Départements, CPAM, IREPS, Universités

LES LIENS AVEC LE PRAPS

Adaptation des modalités d'intervention aux publics du PRAPS, notamment le « aller vers »

PERMETTRE L'ACCÈS DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP AUX PROGRAMMES DE PRÉVENTION, PROMOTION DE LA SANTÉ

OBJECTIF N° 6

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS
Renforcer et valoriser les démarches de prévention et promotion de la santé au sein des établissements et services médico-sociaux comme démarche particulière inscrite dans le projet d'établissement (distincte de la prise en charge), notamment en : - soutenant l'essaimage des démarches remarquables, - favorisant l'acculturation réciproque (entre secteur du handicap et secteur de la promotion de la santé), former à la fois les acteurs de prévention et les professionnels du secteur médico-social
Adapter les programmes et les outils (actions globales de promotion de la santé) incluant notamment : - la sensibilisation aux bonnes pratiques en matière de nutrition et pratique de l'activité physique, - le développement de l'estime de soi, la promotion de l'hygiène bucco-dentaire et développement de consultations de dépistage, - la prévention de la dépression et des tentatives de suicide, - la prévention, le repérage et la réduction des conduites addictives, - la promotion d'une vie affective et sexuelle favorisant le respect mutuel, l'estime de soi, - l'accès à une contraception choisie et adaptée, - l'accès à la vaccination et aux dépistages du cancer

INDICATEURS « TRACEURS »		
INDICATEUR	**VALEUR ACTUELLE**	**VALEUR CIBLE**
Nombre de CPOM d'ESMS intégrant un objectif d'intégration de la PPS dans le projet d'établissement		100 %
Taux de dépistage des cancers des personnes bénéficiaires de l'AAH		Taux de dépistage de la population générale actualisé

PERMETTRE L'ACCÈS DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP AUX PROGRAMMES DE PRÉVENTION, PROMOTION DE LA SANTÉ

OBJECTIF N° 6

LES POPULATIONS CONCERNÉES

- Personnes en situation de handicap

LES HUIT PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE PRIORITAIRES

- ☐ Périnatalité et développement de l'enfant
- ☐ Santé des enfants et des jeunes
- ☑ Personnes en situation de handicap
- ☐ Personnes âgées en perte d'autonomie
- ☐ Psychiatrie et santé mentale
- ☐ Cancers
- ☐ Maladies chroniques - insuffisance cardiaque
- ☐ Maladies Chroniques - asthme/BPCO

LES LEVIERS À ACTIONNER

- ☐ **La réglementation**
- ☑ **Les financements :** financement Assurance maladie, appels à candidatures
- ☐ **Les autorisations**
- ☑ **La contractualisation :** CPOM des ESMS, contrats avec les opérateurs, contrats locaux de santé
- ☑ **L'innovation :** télésanté, innovation dans les vecteurs de communication
- ☑ **L'animation territoriale :** appui sur le réseau de services pour une vie autonome (RSVA), conseils territoriaux de santé
- ☑ **Le contrôle, l'évaluation, l'inspection**

FAIRE DE LA PRÉVENTION ET DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ LE 1ER LEVIER DU BIEN-ÊTRE DE LA POPULATION EN AGISSANT SUR LES DÉTERMINANTS DE SANTÉ TOUT AU LONG DE LA VIE

OBJECTIF N° 7

AMBITION DU COS À 10 ANS

Un impact de l'action sur les déterminants de santé positif sur la santé des Normands

RAPPEL DE CE QUE NOUS ALLONS FAIRE LES 5 PROCHAINES ANNÉES

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 1	Prévenir les pratiques addictives
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 2	Promouvoir des comportements alimentaires favorables à la santé et lutter contre la sédentarité
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 3	Prévenir le mal-être et le suicide
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 4	Agir précocement pour garantir de meilleures chances de bonne santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 5	Prévenir la perte d'autonomie dans une stratégie de « bien vieillir »
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 6	Permettre l'accès des personnes en situation de handicap aux programmes de prévention, promotion de la santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 7	**PROMOUVOIR LA SANTÉ SEXUELLE POSITIVE**
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 8	Promouvoir un environnement favorable à la santé

CONTEXTE ET SITUATION ACTUELLE EN NORMANDIE

La définition de la santé sexuelle par l'OMS est « un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en matière de sexualité ; ce n'est pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sécuritaires, sans coercition, ni discrimination et ni violence. Pour atteindre et maintenir une bonne santé sexuelle, les droits humains et droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et réalisés ».

La stratégie nationale santé sexuelle a fixé comme priorités de :

- investir dans la promotion de la santé sexuelle, en particulier en direction des jeunes dans une approche globale et positive,
- renforcer et diversifier la prévention des infections sexuellement transmissibles et du VIH,
- renforcer l'information sur les moyens de contraception,
- prendre en compte les besoins spécifiques des personnes (hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes, personnes transsexuelles, migrants, personnes en situation de prostitution, personnes en situation de handicap et personnes âgées).

La région Normandie :

- présente un recours à l'IVG des mineures proche des moyennes nationales,
- connaît une augmentation récente du nombre de déclarations de cas de syphilis et une hausse importante du nombre de déclarations de cas de gonococcie depuis 2013,
- est en 2016 au 4e rang des régions ayant une faible activité de dépistage du VIH et en 2015 un taux de positivité proche de la moyenne nationale. Le nombre de personnes ayant découvert leur infection à VIH en 2016 place la Normandie au 4e rang de découvertes de séropositivité les moins élevées de France métropolitaine.

De nombreux acteurs sont investis en région (professionnels de santé libéraux, établissements de santé, acteurs de prévention, promotion de la santé dont les plannings familiaux, associations d'usagers, centres gratuits, d'information, de dépistage et de diagnostic ((CeGIDD), COREVIHST).

LES LIENS AVEC LA STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ ET LES PLANS NATIONAUX

SNS : Promouvoir la santé sexuelle et l'éducation à la sexualité

Stratégie nationale santé sexuelle

Programme national d'action pour améliorer l'accès à l'IVG

LES LIENS AVEC LES POLITIQUES PUBLIQUES RÉGIONALES ET TERRITORIALES

Jeunesse (Éducation nationale, PJJ, DRAAF)

Cohésion sociale (DRDJSCS, Départements)

Centres de planification et d'éducation familiale

LES LIENS AVEC LE PRAPS

Adaptation des modalités d'intervention aux publics du PRAPS, notamment le « aller vers »

PROMOUVOIR LA SANTÉ SEXUELLE POSITIVE

OBJECTIF N° 7

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS
Développer les actions d'éducation à la vie affective et sexuelle
Renforcer la prévention des maladies transmissibles (infections sexuellement transmissibles, hépatites…)
Prévenir les grossesses non désirées en rendant : - effectif le déploiement des actions d'éducation à la vie affective et sexuelle en milieu scolaire dans le cadre du parcours éducatif des élèves - accessible l'information sur les moyens de contraception
Réduire toutes les formes de violences relatives à la sexualité : - violences liées au genre ou à l'orientation sexuelle, les relations sexuelles non consenties / prévention du suicide par le développement des compétences psychosociales et prévention des pratiques addictives par le renforcement des liens avec les acteurs de l'addictologie et de la santé mentale - permettre à chacun de vivre une sexualité choisie et respecter l'intimité et la sexualité des personnes en établissement (personnes âgées, personnes en situation de handicap, personnes en situation de précarité hébergées en foyer)

INDICATEURS « TRACEURS »		
INDICATEUR	**VALEUR ACTUELLE**	**VALEUR CIBLE**
Nombre de comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESCI) ayant intégré cet objectif dans leur plan d'actions		
Evolution du nombre de grossesses mineures		

PROMOUVOIR LA SANTÉ SEXUELLE POSITIVE

OBJECTIF N° 7

LES POPULATIONS CONCERNÉES

- Enfants et jeunes
- Personnes en situation de handicap
- Publics PRAPS
- Personnes âgées

LES HUIT PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE PRIORITAIRES

- ☑ Périnatalité et développement de l'enfant
- ☑ Santé des enfants et des jeunes
- ☑ Personnes en situation de handicap
- ☑ Personnes âgées en perte d'autonomie
- ☑ Psychiatrie et santé mentale
- ☐ Cancers
- ☐ Maladies chroniques - insuffisance cardiaque
- ☐ Maladies Chroniques - asthme/BPCO

LES LEVIERS À ACTIONNER

- ☑ **La réglementation :** réforme portant création des CEGIDD
- ☑ **Les financements :** co-financements ; conventions pluriannuelles de financement avec les opérateurs et appel à projets
- ☑ **Les autorisations :** habilitations des CEGIDD
- ☑ **La contractualisation :** avec les autres institutions pilotes de politiques publiques (Éducation nationale, PJJ, DRAAF) ; contrats locaux de santé ; contractualisation avec les opérateurs (ex. Planning familial) ; CPOM des ESMS
- ☑ **L'innovation :** projets reposant sur des données probantes ; promotion de la recherche interventionnelle associant chercheurs et acteurs de promotion de la santé
- ☑ **L'animation territoriale :** Réseaux territoriaux de promotion de la santé et des Ateliers santé ville pour élaborer et mettre en œuvre les projets intersectoriels en proximité ; mobilisation des CECSI de l'Éducation nationale
- ☑ **Le contrôle, l'évaluation, l'inspection :** auto-évaluation ; évaluation des projets financés

FAIRE DE LA PRÉVENTION ET DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ LE 1ER LEVIER DU BIEN-ÊTRE DE LA POPULATION EN AGISSANT SUR LES DÉTERMINANTS DE SANTÉ TOUT AU LONG DE LA VIE

OBJECTIF N° 8

AMBITION DU COS À 10 ANS

Un impact de l'action sur les déterminants de santé positif sur la santé des Normands

RAPPEL DE CE QUE NOUS ALLONS FAIRE LES 5 PROCHAINES ANNÉES

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 1	Prévenir les pratiques addictives
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 2	Promouvoir des comportements alimentaires favorables à la santé et lutter contre la sédentarité
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 3	Prévenir le mal-être et le suicide
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 4	Agir précocement pour garantir de meilleures chances de bonne santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 5	Prévenir la perte d'autonomie dans une stratégie de « bien vieillir »
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 6	Permettre l'accès des personnes en situation de handicap aux programmes de prévention, promotion de la santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 7	Promouvoir la santé sexuelle positive
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 8	PROMOUVOIR UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE À LA SANTÉ

CONTEXTE ET SITUATION ACTUELLE EN NORMANDIE

La prise en compte de l'impact des risques environnementaux sur la santé est reconnue comme une priorité par l'OMS depuis plusieurs années. La dégradation de l'environnement serait responsable de 14 % des pathologies dans les pays développés. Les facteurs environnementaux peuvent avoir des conséquences sur l'état de santé à plus ou moins long terme à travers la survenue d'intoxications aiguës (dans le cas d'exposition directe), d'accidents cardiovasculaires ou de maladies chroniques. Le plan régional santé environnement 3, co-piloté par la Préfecture de région, la Région et l'ARS de Normandie, a pour ambition de contribuer à améliorer la santé des Normands et réduire les disparités territoriales d'exposition, identifiées à travers les éléments de diagnostics avec une attention particulière à la prise en compte des publics sensibles, notamment les femmes enceintes et les jeunes enfants.

La santé au travail représente également un enjeu de santé publique considérable car le milieu du travail est susceptible d'intervenir sur plusieurs déterminants prioritaires (activité physique, bien-être mental et conduites de consommation à risque mais aussi dans des activités d'éducation plus spécifiques au champ de la santé telles que diabète, hypertension ou dépistage du cancer). Différentes études mettent en évidence combien les facteurs d'insécurité dans le travail, de chômage, de précarité de l'emploi se reflètent sur les indicateurs de santé de la population (stress, prévalence des idées suicidaires, épisodes dépressifs caractérisés, consommation de substances addictives).

Piloté par la DIRECCTE, le plan régional santé travail (PRST) normand ambitionne, à côté des actions de prévention des risques dits « prioritaires » comme l'amiante, les chutes de hauteur, les risques psychosociaux ou les troubles musculo-squelettiques, de :

- donner la priorité à la prévention primaire et le développement de la culture de prévention notamment au sein des très petites entreprises,
- améliorer le maintien dans l'emploi des salariés,
- développer la qualité de vie au travail,
- rapprocher les politiques de santé et de travail.

LES LIENS AVEC LA STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ ET LES PLANS NATIONAUX

SNS : Promouvoir des conditions de vie et de travail favorables à la santé et maîtriser les risques environnementaux / PNSE / PNST / Plan national contre la maladie de Lyme et des maladies transmissibles par les tiques

LES LIENS AVEC LES POLITIQUES PUBLIQUES RÉGIONALES ET TERRITORIALES

PRSE 3 / PRST 3 / SRADDET

Plans départementaux d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées

LES LIENS AVEC LE PRAPS

Adaptation des modalités d'intervention aux publics du PRAPS, notamment le « aller vers »

PROMOUVOIR UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE À LA SANTÉ

OBJECTIF N° 8

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS
Agir localement pour un environnement favorable à la santé pour tous (PRSE 3)
Améliorer la qualité des eaux destinées à la consommation humaine et littorale (PRSE 3)
Agir pour des bâtiments et un habitat sain (PRSE 3)
Limiter l'exposition à la pollution de l'environnement extérieur et aux espèces nuisibles à la santé humaine (PRSE 3)
Agir en transversalité pour promouvoir un environnement de travail favorable à la santé (PRST 3)

INDICATEURS « TRACEURS »		
INDICATEUR	**VALEUR ACTUELLE**	**VALEUR CIBLE**
Indicateurs du PRSE 3		
Indicateurs du PRST		

PROMOUVOIR UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE À LA SANTÉ

OBJECTIF N° 8

LES POPULATIONS CONCERNÉES

- Population générale
- Population active

LES HUIT PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE PRIORITAIRES

- ☑ Périnatalité et développement de l'enfant
- ☑ Santé des enfants et des jeunes
- ☑ Personnes en situation de handicap
- ☑ Personnes âgées en perte d'autonomie
- ☑ Psychiatrie et santé mentale
- ☑ Cancers
- ☑ Maladies chroniques - insuffisance cardiaque
- ☑ Maladies Chroniques - asthme/BPCO

LES LEVIERS À ACTIONNER

- ☑ **La réglementation :** réforme portant création des CEGIDD
- ☑ **Les financements :** co-financements avec les autres pilotes de politiques publiques, conventions de financement avec les opérateurs de promotion de la santé
- ☐ **Les autorisations**
- ☑ **La contractualisation :** avec les opérateurs de promotion de la santé
- ☑ **L'innovation :** évolution des pratiques, projets basés sur des données probantes et soutien des projets de recherche interventionnelle en promotion de la santé
- ☑ **L'animation territoriale :** mise en œuvre de projets intersectoriels en proximité
- ☑ **Le contrôle, l'évaluation, l'inspection :** évaluation des projets financés

RÉDUIRE LES INÉGALITES DE SANTÉ, QU'ELLES SOIENT SOCIALES OU TERRITORIALES, EN OFFRANT UNE RÉPONSE DE SANTÉ PROPORTIONNÉE AUX VULNÉRABILITÉ

OBJECTIF N° 9

AMBITION DU COS À 10 ANS

Une meilleure prise en compte des personnes en situation de fragilité par une réponse de santé proportionnée aux vulnérabilités

RAPPEL DE CE QUE NOUS ALLONS FAIRE LES 5 PROCHAINES ANNÉES

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 9	GARANTIR L'ÉQUITÉ EN SANTÉ SELON LE PRINCIPE D'UNIVERSALISME PROPORTIONNÉ
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 10	Organiser une stratégie ciblée vers les plus vulnérables

CONTEXTE ET SITUATION ACTUELLE EN NORMANDIE

En Normandie, les déterminants individuels et comportementaux ayant le plus d'impact sur la santé des Normands présentent tous un gradient social et territorial : tabagisme, obésité et ses principales causes (mauvaise alimentation et sédentarité), alcool, faible participation aux dépistages organisés des cancers colorectal et du sein, santé mentale dégradée.

Les déterminants liés aux conditions de vie, environnementaux et sociaux, sont l'isolement social, les conditions de logement et de travail, l'environnement physique, les difficultés d'accès aux services de proximité, le milieu scolaire et les barrières culturelles et linguistiques.

La politique normande de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé combine trois orientations :

- l'universalisme de santé pour la population générale : même offre de service de santé à toute la population,
- l'universalisme proportionné à l'aune de la défavorisation sociale et territoriale : il s'agit de combiner proportionnellement les interventions sur les déterminants de santé comportementaux et liés aux conditions de vie ; pour réduire la pente du gradient social et territorial, les actions doivent être universelles, mais avec des modalités et/ou une intensité qui varient selon les besoins de la population à l'aune du gradient social et territorial de défavorisation,
- la stratégie des publics « les plus précaires » dans le cadre du Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS).

Il s'agit donc de déterminer les offres de santé territoriales graduées et spécifiques aux territoires selon les caractéristiques territoriales socio-économiques et sanitaires en complément de l'offre de santé déployée pour la population générale.

LES LIENS AVEC LA STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ ET LES PLANS NATIONAUX

SNS : Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la de santé
Plan de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale

LES LIENS AVEC LES POLITIQUES PUBLIQUES RÉGIONALES ET TERRITORIALES

Toutes les politiques publiques en rapport avec les déterminants de santé

LES LIENS AVEC LE PRAPS

Faciliter l'accès aux droits et au système de santé pour tous

GARANTIR L'ÉQUITÉ EN SANTÉ SELON LE PRINCIPE D'UNIVERSALISME PROPORTIONNÉ

OBJECTIF N° 9

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS
Ajuster les compositions et les volumes des offres territoriales de santé au regard de la sévérité des indicateurs socio-économiques et des prévalences des déterminants comportementaux, de leurs conséquences sanitaires dans les territoires

INDICATEURS « TRACEURS »		
INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE

GARANTIR L'ÉQUITÉ EN SANTÉ SELON LE PRINCIPE D'UNIVERSALISME PROPORTIONNÉ

OBJECTIF N° 9

LES POPULATIONS CONCERNÉES

- Population générale
- Populations vulnérables : personnes sous main de justice, enfants, jeunes (16-25 ans), personnes âgées en perte d'autonomie, personnes en situation de handicap, publics en insertion professionnelle

LES HUIT PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE PRIORITAIRES

- ☑ Périnatalité et développement de l'enfant
- ☑ Santé des enfants et des jeunes
- ☑ Personnes en situation de handicap
- ☑ Personnes âgées en perte d'autonomie
- ☑ Psychiatrie et santé mentale
- ☑ Cancers
- ☑ Maladies chroniques - insuffisance cardiaque
- ☑ Maladies Chroniques - asthme/BPCO

LES LEVIERS À ACTIONNER

- ☐ **La réglementation**
- ☑ **Les financements :** allocation des crédits de manière prioritaires aux actions participant à la réduction des inégalités sociales de santé et leviers d'un maillage renforcé du territoire
- ☑ **Les autorisations**
- ☑ **La contractualisation :** CPOM, CLS, conventions ARS (Région, ADEME, DREAL, Éducation nationale, DRDJSCS, contrats de ruralité, Politiques régionales de l'éducation, de l'emploi et sociale)
- ☐ **L'innovation**
- ☑ **L'animation territoriale :** mobilisation des CTS, comités techniques de promotion de la santé, promotion de l'outil PPS « OSCARS », réseaux territoriaux PPS, dynamiques territoriales
- ☑ **Le contrôle, l'évaluation, l'inspection :** évaluations d'impact en santé.

RÉDUIRE LES INÉGALITÉS DE SANTÉ, QU'ELLES SOIENT SOCIALES OU TERRITORIALES, EN OFFRANT UNE RÉPONSE DE SANTÉ PROPORTIONNÉE AUX VULNÉRABILITÉS

OBJECTIF N° 10

AMBITION DU COS À 10 ANS

Une meilleure prise en compte des personnes en situation de fragilité par une réponse de santé proportionnée aux vulnérabilités

RAPPEL DE CE QUE NOUS ALLONS FAIRE LES 5 PROCHAINES ANNÉES

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 9	Garantir l'équité en santé selon le principe d'universalisme proportionné
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 10	ORGANISER UNE STRATÉGIE CIBLÉE VERS LES PLUS VULNÉRABLES

CONTEXTE ET SITUATION ACTUELLE EN NORMANDIE

Le programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) a pour vocation de faciliter leur accès à la prévention et aux soins.

Les personnes ciblées par le PRAPS, les plus éloignées du système de santé, présentent un état de santé plus dégradé que les personnes moins défavorisées. Ce sont les personnes en situation de précarité :

- financière : quartiers politique de la ville, zones de revitalisation rurale à forte défavorisation sociale, bénéficiaires d'aides sociales (RSA, AAH, FSV, bénéficiaires des dispositifs légaux obligatoires en matière d'accès aux soins, personnes sous mandat de protection),
- liée à leurs conditions de vie : sans abri, hébergées ou en situation de « mal-logement »,
- liée à l'emploi : difficultés d'accès à l'emploi (liées à une carence éducative, de qualification ou de diplôme), précarité professionnelle (contrats précaires et chômeurs de longue durée),
- sociale : isolement social, fragilité sociale liée à l'âge et croisement avec d'autres catégories,
- spécifique : migrants, personnes placées sous main de justice, gens du voyage, personnes en situation de prostitution.

Les « publics PRAPS », cumulant fréquemment des difficultés médico-psycho-sociales, sont des personnes en situation complexe entravant leur accès à la santé (principalement par un faible « empowerment » en santé, un renoncement aux soins et aux droits ou un refus de soins).

Organiser une stratégie ciblée vers les personnes les plus vulnérables, c'est intensifier la réponse de santé pour ces personnes afin de :

- renforcer les interventions sur les déterminants de santé (DS) pour et avec ces publics,
- faciliter leur accès aux droits de santé et à la santé,
- garantir la continuité de leurs parcours de santé.

LES LIENS AVEC LA STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ ET LES PLANS NATIONAUX

SNS : Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé / Plan de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale / Plan de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux femmes / Cahier des charges du dispositif « Un chez-soi d'abord »

LES LIENS AVEC LES POLITIQUES PUBLIQUES RÉGIONALES ET TERRITORIALES

Cohésion sociale ; jeunesse ; ministères de l'Intérieur et de la Justice

LES LIENS AVEC LE PRAPS

Adaptation des modalités d'intervention aux publics du PRAPS, notamment le « aller vers »

ORGANISER UNE STRATÉGIE CIBLÉE VERS LES PLUS VULNÉRABLES

OBJECTIF N° 10

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS
Renforcer la coordination des politiques publiques en faveur des personnes les plus vulnérables (Axe 1 du PRAPS)
Agir sur les déterminants de santé (Axe 2 du PRAPS)
Faciliter l'accès aux droits et au système de santé pour tous (Axe 3 du PRAPS)
Prendre en compte des personnes les plus vulnérables dans chaque parcours de santé (Axe 4 du PRAPS)
Organiser le repérage et le dépistage des fragilités par l'ensemble des intervenants y compris auprès des personnes âgées
Améliorer le repérage des situations de violences faites aux femmes par les professionnels de santé et mieux accompagner les femmes victimes de violences
Rendre accessible la vaccination aux populations les plus vulnérables (organisation de séances de vaccination dans les PASS, sur les aires de voyages…)
Prioriser les programmes d'ETP et développer des actions spécifiques sur les territoires prioritaires, quartiers politique de la ville et notamment vers les publics les plus éloignés du système de santé pour mieux rendre en compte les inégalités sociales de santé (ISS)
Valoriser l'expertise et les savoir-faire des opérateurs pour être un acteur ressource sur les problématiques « santé / précarité » auprès des partenaires de la santé et du social du territoire

INDICATEURS « TRACEURS »		
INDICATEUR	**VALEUR ACTUELLE**	**VALEUR CIBLE**
Taux de non recours sur les territoires EDI classe 5		

ORGANISER UNE STRATÉGIE CIBLÉE VERS LES PLUS VULNÉRABLES

OBJECTIF N° 10

LES POPULATIONS CONCERNÉES

- Populations vulnérables
- Les personnes sans abri, hébergées ou mal logées
- Les personnes placées sous main de justice
- Les personnes migrantes
- Les gens du voyage
- Les personnes en situation de prostitution

LES HUIT PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE PRIORITAIRES

- ☑ Périnatalité et développement de l'enfant
- ☑ Santé des enfants et des jeunes
- ☑ Personnes en situation de handicap
- ☑ Personnes âgées en perte d'autonomie
- ☑ Psychiatrie et santé mentale
- ☑ Cancers
- ☑ Maladies chroniques - insuffisance cardiaque
- ☑ Maladies Chroniques - asthme/BPCO

LES LEVIERS À ACTIONNER

- ☑ **La réglementation :** cahier des charges du dispositif « Un chez-soi d'abord », AAP, AAC, cahiers des charges nationaux pour la gestion des places de chaque dispositif « précarité »
- ☑ **Les financements :** prioriser les financements en direction des publics PRAPS ; Co-financements ; conventions pluriannuelles de financement avec les opérateurs et appel à projets
- ☑ **Les autorisations :** dispositifs spécifiques (PASS, EMPP, LHSS, ACT…)
- ☑ **La contractualisation :** avec les autres institutions pilotes de politiques publiques ; avec les opérateurs ; contrats locaux de santé ; partenariat entre ESMS pour personnes en difficultés spécifiques ; CPOM des ES et ESMS
- ☑ L'innovation : projets reposant sur des données probantes ; promotion de la recherche interventionnelle associant chercheurs et acteurs de promotion de la santé
- ☑ **L'animation territoriale :** Réseaux territoriaux de promotion de la santé et Ateliers santé ville pour l'élaboration et la mise en œuvre de projets intersectoriels en proximité, mise en œuvre de la stratégie régionale d'allocation de ressources ; participation aux instances d'évaluation et de coordination des champs de la santé et du social
- ☑ **Le contrôle, l'évaluation, l'inspection :** auto-évaluation ; évaluation des projets financés

CHAQUE USAGER DOIT POUVOIR, TOUT AU LONG DE SA VIE, AGIR POUR SA SANTÉ OU CELLE DE SES PROCHES

OBJECTIF N° 11

AMBITION DU COS À 10 ANS

Des comportements individuels plus favorables à la santé et une diminution de la mortalité prématurée

RAPPEL DE CE QUE NOUS ALLONS FAIRE LES 5 PROCHAINES ANNÉES

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 11	**RENDRE L'USAGER ACTEUR DE SA SANTÉ**
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 12	Accompagner les aidants

CONTEXTE ET SITUATION ACTUELLE EN NORMANDIE

Il est nécessaire de développer l'éducation pour la santé afin que chaque citoyen acquière tout au long de sa vie les compétences et les moyens qui lui permettront de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celle de la collectivité.

L'éducation pour la santé comporte :

- des actions de communication,
- la mise à disposition d'informations scientifiquement validées sur la promotion de la santé, les moyens de prévention, les maladies, les services de santé… en utilisant des supports, des formulations variés, adaptés à chaque groupe de population,
- des actions éducatives de proximité qui, grâce à un accompagnement individuel ou communautaire, permettent aux personnes et aux groupes de s'approprier des informations et d'acquérir des aptitudes pour agir dans un sens favorable à leur santé et à celle de la collectivité.

En Normandie, la Plateforme promotion santé Normandie constitue la structure ressource pour les acteurs dans ce domaine (formation, méthodologie et accompagnement de projets, points et ressources documentaires…).

Le développement de l'Éducation thérapeutique du patient (ETP) en proximité des lieux de vie des personnes malades chroniques demeure insuffisant et inégal en Normandie.

Par ailleurs, les patients, usagers, aidants ou proches ne sont pas suffisamment impliqués dans le parcours de santé :

- insuffisante reconnaissance de l'expertise des aidants familiaux, acteurs de « première ligne » dans les accompagnements des personnes âgées ou handicapées,
- méconnaissance du rôle des usagers experts par les professionnels du sanitaire, social, médico-social,
- déficit de formation et de sensibilisation des usagers qui nécessite de renforcer la présence des associations représentants les usagers et de leurs aidants dans les instances de décision afin de participer à l'élaboration et au suivi des politiques publiques.

Il est nécessaire de :

- renforcer le travail de coopération entre les usagers, les aidants et l'ensemble des professionnels à travers la reconnaissance mutuelle des expertises,
- reconnaître et valoriser le savoir expérientiel dans le cadre de formation pour les pairs et pour les professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

LES LIENS AVEC LA STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ ET LES PLANS NATIONAUX

SNS : Réaffirmer la place de l'usager dans le système de santé
Plan cancer /Loi ASV /Stratégie quinquennale d'évolution de l'offre médico-sociale
Réponse accompagnée pour tous (RAPT)

LES LIENS AVEC LES POLITIQUES PUBLIQUES RÉGIONALES ET TERRITORIALES

Jeunesse (Éducation nationale, DRAAF, PJJ, ASE), cohésion sociale (DRDJSCS/DDCS et Départements), politiques en faveur des personnes âgées et personnes en situation de handicap des Départements, projets territoriaux en santé mentale

LES LIENS AVEC LE PRAPS

Adaptation des modalités d'intervention aux publics du PRAPS, notamment le « aller vers »

RENDRE L'USAGER ACTEUR DE SA SANTÉ

OBJECTIF N° 11

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS
Promouvoir des comportements favorables à la santé par le développement des actions d'éducation pour la santé
Garantir le choix éclairé des usagers et des familles
Aider les malades chroniques à mieux vivre avec leur pathologie par le développement de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) en intégrant les patients dans toutes les instances d'organisation de l'ETP et dans tous les programmes à toutes les étapes et en renforçant la couverture territoriale (cf. accès à l'offre de services)
Développer la pair-aidance et la pair-émulation en favorisant la création d'associations représentatives des usagers et en permettant l'accès à des formations de pairs accompagnants, développer et consolider le fonctionnement des groupes d'entraide mutuelle (GEM)
Reconnaître et valoriser l'expertise des personnes en situation de handicap, des aidants et / ou des usagers-experts notamment dans les formations à l'attention des pairs, des professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux afin de renforcer leurs alliances
Définir et conforter la place des usagers dans les différents dispositifs d'addictologie en tant qu'usager « actif » de leur santé et acteur associé dans le dispositif de réduction des risques en addictologie (usager pair, usager ressource…)
S'assurer de la co-construction avec les usagers et les aidants du projet de vie et de soins individualisé et les positionner comme co-acteurs du projet

INDICATEURS « TRACEURS »

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
Présence des représentants des usagers dans les instances de gouvernance de l'ETP	OUI	OUI
Nombre de personnes ayant suivi un programme d'ETP	12 252 en 2016	20 000
Nombre de groupes d'entraide mutuelle (GEM)	24	32

RENDRE L'USAGER ACTEUR DE SA SANTÉ

OBJECTIF N° 11

LES POPULATIONS CONCERNÉES

- Enfants et jeunes
- Personnes atteintes de pathologies chroniques
- Personnes âgées
- Personnes en situation de handicap
- Personnes en situation de précarité

LES HUIT PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE PRIORITAIRES

- ☑ Périnatalité et développement de l'enfant
- ☑ Santé des enfants et des jeunes
- ☑ Personnes en situation de handicap
- ☑ Personnes âgées en perte d'autonomie
- ☑ Psychiatrie et santé mentale
- ☑ Cancers
- ☑ Maladies chroniques - insuffisance cardiaque
- ☑ Maladies Chroniques - asthme/BPCO

LES LEVIERS À ACTIONNER

- ☑ **La réglementation**
- ☑ **Les financements :** co-financements ; conventions pluriannuelles de financement avec les opérateurs et notamment la future association régionale en charge de la coordination de l'ETP en Normandie, appels à projets
- ☑ **Les autorisations :** autorisation des programmes d'ETP, Appels à projets, Appels à candidatures médico-sociaux
- ☑ **La contractualisation :** avec les autres institutions pilotes de politiques publiques ; avec les acteurs de la formation ; avec les opérateurs ; contrats locaux de santé ; CPOM médico-sociaux
- ☑ **L'innovation :** projets reposant sur des données probantes et promotion de la recherche interventionnelle
- ☑ **L'animation territoriale :** réseaux territoriaux de promotion de la santé et Ateliers santé ville pour l'élaboration et la mise en œuvre de projets intersectoriels en proximité, CTS, RAPT
- ☑ **Le contrôle, l'évaluation, l'inspection :** évaluation des programmes d'ETP

CHAQUE USAGER DOIT POUVOIR, TOUT AU LONG DE SA VIE, AGIR POUR SA SANTÉ OU CELLE DE SES PROCHES

OBJECTIF N° 12

AMBITION DU COS À 10 ANS

Des comportements individuels plus favorables à la santé et une diminution de la mortalité prématurée

RAPPEL DE CE QUE NOUS ALLONS FAIRE LES 5 PROCHAINES ANNÉES

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 11	Rendre l'usager acteur de sa santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 12	ACCOMPAGNER LES AIDANTS

CONTEXTE ET SITUATION ACTUELLE EN NORMANDIE

Les aidants étant des acteurs majeurs du soutien des personnes âgées, en situation de handicap, atteintes de maladies chroniques, il s'agit de les reconnaître et de les préserver dans la durée.

- Une personne sur 10, de 16 ans ou plus, aide de façon régulière et à domicile une ou plusieurs personnes de son entourage pour des raisons de santé, de perte d'autonomie ou de handicap (DRESS),
- 88 % des aidants disent ressentir une charge lourde, éprouver un sentiment de solitude et 75 % se sentent anxieux, stressés ou surmenés (INSEE),
- Manque de reconnaissance et déficit d'évaluation des besoins spécifiques des aidants,
- Déficit d'information et manque de soutien psychologique,
- Difficultés de conciliation entre vie familiale et vie professionnelle, et insuffisante prise en compte des enjeux de parentalité,
- Manque de lisibilité des dispositifs de répit, offre de répit incomplète,
- Vieillissement des personnes en situation de handicap à domicile et vieillissement des aidants familiaux,
- Difficultés d'accessibilité financière.

Les grands enjeux :

- augmenter l'offre sur les territoires afin d'améliorer la fréquence des services et réduire la distance d'accès pour rendre effectif le droit au répit,
- diversifier le panier de services afin de permettre des réponses individualisées à domicile et en établissement via la mobilisation et l'adaptation de l'offre existante,
- renfocer le travail de coopération entre les aidants et l'ensemble des professionnels amenés à intervenir : reconnaissance mutuelle de l'expertise.

LES LIENS AVEC LA STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ ET LES PLANS NATIONAUX

SNS : accompagner les adiants
Stratégie quinquennale d'évolution de l'offre médico-sociale / Loi ASV / PMND / Plan autisme

LES LIENS AVEC LES POLITIQUES PUBLIQUES RÉGIONALES ET TERRITORIALES

Schémas départementaux de l'autonomie

Conférence des financeurs de la perte d'autonomie (CFPPA)

LES LIENS AVEC LE PRAPS

Adaptation des modalités d'intervention aux publics du PRAPS, notamment le « aller vers »

ACCOMPAGNER LES AIDANTS

OBJECTIF N° 12

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS
Repérer, informer et conseiller les aidants : organiser l'accueil, l'information et l'orientation des familles et des aidants de personnes âgées (PA), de personnes handicapées (PH) et de personnes atteintes de maladies chroniques
Améliorer le repérage, la prise en charge et l'accès au répit des aidants en difficulté
Améliorer l'accompagnement des parents dès le repérage et l'évocation d'un diagnostic et les associer au projet personnalisé d'accompagnement et de soin de leur enfant
Développer des formations adaptées à plusieurs niveaux pour soutenir les aidants dans le territoire : formations croisées aidants / usagers / professionnels et formations communes aidants / professionnels
Soutenir les aidants en développant l'accès aux dispositifs de droit commun (crèches, périscolaire et loisirs) et en soutenant des dispositifs spécifiques notamment la parentalité en lien avec acteurs institutionnels concernés
Sensibiliser et former les professionnels aux enjeux du répit afin d'en faire un enjeu partagé avec les aidants
Favoriser l'entraide entre aidants (mise en place de groupes de paroles, cafés rencontres…)
Renforcer la guidance familiale par le développement de prestations externalisées des établissements et l'élaboration de référentiel de bonnes pratiques des services
Améliorer la prise en compte et l'évaluation des besoins des aidants par la diffusion et l'appropriation d'outils
Diversifier les offres susceptibles d'être mobilisées dans une approche graduée et personnalisée : création de plateformes de répit, mobilisation de places d'hébergement temporaire, d'accueil de jour, services à domicile, relayage…

INDICATEURS « TRACEURS »		
INDICATEUR	**VALEUR ACTUELLE**	**VALEUR CIBLE**
Nombre de plateformes de répit PA	16	22

ACCOMPAGNER LES AIDANTS

OBJECTIF N° 12

LES POPULATIONS CONCERNÉES

- Les personnes âgées en perte d'autonomie notamment les personnes avec maladies neurodégénératives
- Les personnes en situation de handicap
- Les personnes atteintes de maladies chroniques

LES HUIT PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE PRIORITAIRES

- ☐ Périnatalité et développement de l'enfant
- ☐ Santé des enfants et des jeunes
- ☑ Personnes en situation de handicap
- ☑ Personnes âgées en perte d'autonomie
- ☑ Psychiatrie et santé mentale
- ☑ Cancers
- ☑ Maladies chroniques - insuffisance cardiaque
- ☑ Maladies Chroniques - asthme/BPCO

LES LEVIERS À ACTIONNER

- ☑ **La réglementation :** Code de l'action sociale et des familles, AAP, AAC , cahier des charges GEM, instruction relative aux modalités de pilotage du dispositif des GEM
- ☑ **Les financements :** renfort de l'offre de répit existante par mesures nouvelles et adaptation de l'offre, enveloppe PA/PH, prévention, section 4 de la CNSA, PAERPA, enveloppe en santé publique
- ☑ **Les autorisations :** appels à projets visant la structuration d'une offre de répit, la mobilisation de ressources en ESMS
- ☑ **La contractualisation :** conventions avec les GEM, CPOM PA/PH, contrats locaux de santé (CLS)
- ☑ **L'innovation :** prestations inovantes du type baluchonnage / relayage, les plateformes de répit pour les PH
- ☑ **L'animation territoriale :** instance MAIA (diagnostic et projet de territoire), instance gouvernance RAPT , conseil territoriaux de santé
- ☐ **Le contrôle, l'évaluation, l'inspection**

CHAQUE USAGER DOIT POUVOIR S'EXPRIMER, ÊTRE ENTENDU ET ÊTRE PARTIE PRENANTE DE LA QUALITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ

OBJECTIF N° 13

AMBITION DU COS À 10 ANS

Des usagers, partie prenante de l'amélioration de notre système de santé

RAPPEL DE CE QUE NOUS ALLONS FAIRE LES 5 PROCHAINES ANNÉES

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 13	**ASSOCIER LES USAGERS À L'AMÉLIORATION DU SYSTÈME DE SANTÉ**
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 14	Renforcer la communication et la formation auprès des acteurs de santé et des usagers sur les droits

CONTEXTE ET SITUATION ACTUELLE EN NORMANDIE

La démocratie en santé a fait l'objet de grands progrès depuis la loi du 4 mars 2002 avec notamment le rôle croissant de la Conférence nationale de santé (CNS) et des Conférences régionales de santé et de l'autonomie (CRSA). Toutefois, il reste encore d'importantes étapes à franchir.

L'amélioration continue de la qualité et de la sécurité du système de santé repose notamment sur la participation de l'usager, fondement de la démocratie sanitaire.

En effet, tout usager d'un établissement de santé ou d'un service à domicile peut exprimer, par oral ou par écrit, son avis concernant son séjour : un questionnaire de sortie d'hospitalisation est remis au patient. Les résidents et leurs familles participent à la vie de la structure médico-sociale via le Conseil de la vie sociale.

A l'occasion de « la semaine de la sécurité des patients », il est rappelé l'importance d'associer les usagers afin de promouvoir une culture alliant qualité et sécurité des soins pour tous. De plus, la déclaration d'un évènement indésirable grave est facilitée par la mise en place d'un portail de signalement commun aux usagers et aux professionnels.

Au-delà de l'expression directe, la représentation des usagers est assurée dans les commissions des usagers (CDU) des établissements de santé (anciennement CRUQPC, CVS), au travers de leur représentation dans les instances de démocratie sanitaire (CRSA, CTS, commission d'information et de sélection des appels à projet médico-sociaux), dans les Groupements hospitaliers de territoire (GHT) ou plus largement au travers des nombreuses associations agréées santé au premier rang desquelles France Assos Santé et sa déclinaison régionale.

France Assos Santé est une association prévue par l'article 1er de la loi de modernisation de notre système de santé afin de renforcer la légitimité et la reconnaissance de la représentation des usagers. France Assos Santé Normandie s'est constituée le 28 juin 2017.

Actuellement, la complétude des représentants des usagers dans les CDU des établissements de santé n'est pas assurée et varie fortement selon les départements de la région. Il est constaté des difficultés à susciter l'investissement de bénévoles pour ces fonctions.

LES LIENS AVEC LA STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ ET LES PLANS NATIONAUX

SNS : Développer une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, en y associant les usagers

LES LIENS AVEC LES POLITIQUES PUBLIQUES RÉGIONALES ET TERRITORIALES

LES LIENS AVEC LE PRAPS

Adaptation des modalités d'intervention aux publics du PRAPS, notamment le « aller vers »

ASSOCIER LES USAGERS À L'AMÉLIORATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

OBJECTIF N° 13

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS
Communiquer sur le rôle des représentants des usagers
Associer les usagers et/ou leurs familles à l'élaboration, au suivi des politiques de santé, projets de territoire et des projets d'établissements médico-sociaux
Promouvoir la communication et l'expression des usagers
Favoriser les mobilisations citoyennes sur les questions de santé (organisation de débats publics, promotion des nouvelles technologies de l'information et de la communication dans le champ de la santé, actions d'observation et de recherche dans les matières sanitaires, économiques et sociales et relatives aux droits des usagers et à la démocratie sanitaire)
Promouvoir la participation de la population en fonction de niveaux territoriaux et des compétences (missions, formation en promotion de la santé) : - soutenir les associations de patients, - impliquer la commission spécialisée prévention de la CRSA, - promouvoir la santé communautaire
Mettre l'accent sur la promotion de la bientraitance
Assurer une représentation des usagers au sein de la Commission des usagers (CDU) de l'ensemble des établissements de santé
S'assurer que chaque établissement et service médico-social dispose d'un Conseil de vie sociale (CVS) actif
Reconnaître le rôle des usagers comme lanceurs d'alerte
Associer d'avantage les usagers à la semaine sécurité des patients
Intégrer le patient dans toutes les instances d'organisation et dans tous les programmes d'ETP et à toutes les étapes, de la réflexion initiale à la mise en place et l'évaluation

INDICATEURS « TRACEURS »

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
Pourcentage d'ES intégrant les usagers au sein de CSDU d'établissement de santé (ES)		100 %
Nombre CVS dans les Établissements et services médico-sociaux (ESMS)		100 %

ASSOCIER LES USAGERS À L'AMÉLIORATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

OBJECTIF N° 13

LES POPULATIONS CONCERNÉES

- Population générale
- Enfants
- Adolescents
- Jeunes dont étudiants et apprentis
- Personnes en situation de handicap
- Populations en situation de précarité
- Personnes âgées en perte d'autonomie
- Publics en insertion professionnelle
- Personnes placées sous main de justice
- Aidants

LES LEVIERS À ACTIONNER

- ☑ **La réglementation :** articles 175 à 192 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
- ☑ **Les financements :** FIR
- ☑ **Les autorisations**
- ☑ **La contractualisation :** Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), CPOM des établissements et services médico-sociaux (ESMS) et des établissements de santé
- ☑ **L'innovation**
- ☑ **L'animation territoriale :** Conseils territoriaux de santé (CTS)
- ☐ **Le contrôle, l'évaluation, l'inspection**

LES HUIT PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE PRIORITAIRES

- ☑ Périnatalité et développement de l'enfant
- ☑ Santé des enfants et des jeunes
- ☑ Personnes en situation de handicap
- ☑ Personnes âgées en perte d'autonomie
- ☑ Psychiatrie et santé mentale
- ☑ Cancers
- ☑ Maladies chroniques - insuffisance cardiaque
- ☑ Maladies Chroniques - asthme/BPCO

CHAQUE USAGER DOIT POUVOIR S'EXPRIMER, ÊTRE ENTENDU ET ÊTRE PARTIE PRENANTE DE LA QUALITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ

OBJECTIF N° 14

AMBITION DU COS À 10 ANS

Des usagers, partie prenante de l'amélioration de notre système de santé

RAPPEL DE CE QUE NOUS ALLONS FAIRE LES 5 PROCHAINES ANNÉES

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 13	Associer les usagers à l'amélioration du système de santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 14	RENFORCER LA COMMUNICATION ET LA FORMATION AUPRÈS DES ACTEURS DE SANTÉ ET DES USAGERS SUR LES DROITS

CONTEXTE ET SITUATION ACTUELLE EN NORMANDIE

Au cœur du dispositif de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, les droits fondamentaux aux usagers sont définitivement reconnus. Les usagers bénéficient ainsi d'un éventail de droits : information claire et loyale, co-décision, confidentialité, droit à la dignité, accès au dossier médical, droit de porter plainte et d'être indemnisé, libre choix, etc.

La loi du 29 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement réaffirme les droits et libertés des personnes âgées. Ces droits sont élargis, dans la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, par l'introduction de la notion de droits collectifs.

Ces droits ont pour corollaire de rendre l'usager acteur de sa santé et d'être considéré comme un interlocuteur dans son parcours, allant de la prévention aux soins et à l'accompagnement, le rendant ainsi capable de partager une information et de prendre une décision.

Les représentants des usagers participent à la politique d'amélioration du système de santé comme acteur essentiel en défendant et veillant au respect des droits des patients/usagers. Pour assurer une représentation des usagers efficace et efficiente, ceux-ci doivent être également formés et présents en nombre suffisant dans toutes les instances où leur représentation est prévue.

Cependant, tous ces droits sont encore insuffisamment connus du grand public et des professionnels de santé eux-mêmes. Une généralisation à tous les établissements de campagnes d'information au sujet des droits des patients permettrait aux soignants d'être régulièrement à jour de leurs connaissances dans ce domaine. Des outils type « quiz » sur les droits des patients sont mis en place dans certains établissements.

Enfin, une plus grande place aux droits des usagers sera nécessaire au sein des formations initiales des professionnels de santé.

LES LIENS AVEC LA STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ ET LES PLANS NATIONAUX

SNS : Réaffirmer la place des usagers dans notre système de santé comme acteur de leur parcours de santé

LES LIENS AVEC LES POLITIQUES PUBLIQUES RÉGIONALES ET TERRITORIALES

France Assos Santé Normandie, garant de la promotion des droits des usagers pour tous

Label « Droits des usagers de la santé »

LES LIENS AVEC LE PRAPS

Adaptation des modalités d'intervention aux publics du PRAPS, notamment le « aller vers »

RENFORCER LA COMMUNICATION ET LA FORMATION AUPRÈS DES ACTEURS DE SANTÉ ET DES USAGERS SUR LES DROITS

OBJECTIF N° 14

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS
Amplifier l'information auprès des acteurs de santé sur les droits des usagers (accès aux soins et au choix du médecin, information et respect de la confidentialité, participation à la décision médicale, respect de la personne soignée, contentieux et indemnisation)
Sensibiliser les professionnels de santé au moyen d'actions de formation aux droits des usagers
Outiller les acteurs de la démocratie en santé en s'appuyant sur les leviers du numérique pour faciliter l'expression collective et la participation active des usagers à la veille sanitaire
Améliorer l'effectivité des droits des usagers sur l'ensemble de leur parcours de santé et créer une culture de décision partagée entre soignants et patients ou leurs représentants
Veiller, en lien avec l'URAASS / France Assos Santé Normandie, au développement de la formation des représentants d'usagers
Accompagner les usagers les plus éloignés du système de santé dans leurs démarches (cf. PRAPS)
Assurer un suivi régional, en lien avec l'Assurance maladie, afin de quantifier, de qualifier et de lutter contre le phénomène de non-recours aux droits
Promouvoir un mode de résolution des litiges comme la médiation en santé dans les structures de soins, médico-sociales et à domicile
Accompagner les droits des usagers dans le virage ambulatoire

INDICATEURS « TRACEURS »		
INDICATEUR	**VALEUR ACTUELLE**	**VALEUR CIBLE**
Nombre de labels « Droit des usagers de santé »	5 (valeur 2016-2017)	en augmentation
Nombre moyen de participations aux conférences/réunions d'information sur les droits des usagers		

RENFORCER LA COMMUNICATION ET LA FORMATION AUPRÈS DES ACTEURS DE SANTÉ ET DES USAGERS SUR LES DROITS

OBJECTIF N° 14

LES POPULATIONS CONCERNÉES

- Population générale
- Enfants (5-12 ans)
- Adolescents (13-18 ans)
- Jeunes (16-25 ans)
- Etudiants
- Apprentis
- Personnes en situation de handicap
- Usagers de drogues
- Populations précaires
- Personnes âgées en perte d'autonomie
- Publics en insertion professionnelle
- Personnes placées sous main de justice
- Aidants

LES LEVIERS À ACTIONNER

- ☑ **La réglementation :** loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé : « Associer les usagers à l'élaboration de la politique de santé et renforcer les droits » ; loi du 9 août 2004 ; loi du 4 mars 2002 ; loi du 2 janvier 2002.
- ☑ **Les financements :** FIR
- ☐ **Les autorisations**
- ☑ **La contractualisation :** convention ARS / organismes d'assurance maladie
- ☑ **L'innovation :** formation des usagers et des professionnels de santé sur les droits
- ☑ **L'animation territoriale :** conseil territorial de santé (CTS)
- ☐ **Le contrôle, l'évaluation, l'inspection**

LES HUIT PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE PRIORITAIRES

- ☑ Périnatalité et développement de l'enfant
- ☑ Santé des enfants et des jeunes
- ☑ Personnes en situation de handicap
- ☑ Personnes âgées en perte d'autonomie
- ☑ Psychiatrie et santé mentale
- ☑ Cancers
- ☑ Maladies chroniques - insuffisance cardiaque
- ☑ Maladies Chroniques - asthme/BPCO

CHAQUE USAGER DOIT AVOIR ACCÈS À UNE OFFRE EN SANTE ADAPTÉE À SES BESOINS

OBJECTIF N° 15

AMBITION DU COS À 10 ANS

Organiser l'attractivité des territoires pour relever notamment le défi de la démographie défavorable des professionnels de santé tout en conciliant sécurité, qualité, efficience et proximité

RAPPEL DE CE QUE NOUS ALLONS FAIRE LES 5 PROCHAINES ANNÉES

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 15	**RENFORCER L'ATTRACTIVITÉ TERRITORIALE POUR L'EXERCICE DES PROFESSIONS DE SANTÉ**
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 16	Garantir à l'usager l'accès à une offre de services en santé de proximité à chaque étape de son parcours de vie, tout en conciliant qualité et sécurité
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 17	Organiser graduellement l'accessibilité à une offre de santé complémentaire adossée à l'offre de proximité

CONTEXTE ET SITUATION ACTUELLE EN NORMANDIE

La région Normandie est la 2e région de France métropolitaine qui présente les indicateurs de densité médicale les plus défavorables, avec, toutes spécialités et tous modes d'exercice confondus, 256 médecins* pour 100 000 habitants (moyenne nationale = 300). Ce constat est valable également pour un certain nombre de professions médicales comme les dentistes et non médicales comme les masseurs-kinésithérapeutes. Des tensions sont également constatées notamment pour les professions de sages-femmes ou d'ophtalmologues mais de manière contrastée sur les territoires.

Certaines zones sont identifiées comme étant particulièrement prioritaires en termes d'amélioration de l'accès territorial aux soins. Cette situation doit conduire l'ensemble des partenaires à mobiliser les leviers existants de manière concertée, en privilégiant des réponses favorisant les modes d'exercice pluri-professionnel en ville, l'attractivité des carrières médicales à l'hôpital sur les spécialités les plus en tension et la formation des professionnels sur l'ensemble du territoire de la Normandie.

Les actions pourront s'appuyer sur une dynamique partenariale déjà engagée au cours du précédent projet régional de santé (PRS) que sont, entre autres, la charte sur les Pôles de santé libéraux et ambulatoires (PSLA) et le dispositif des Assistants spécialistes régionaux (ASR).

(* source : Atlas de la démographie médicale 2017 Conseil National de l'Ordre des médecins)

LES LIENS AVEC LA STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ ET LES PLANS NATIONAUX

SNS : garantir l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire
Plan national « Renforcer l'accès territorial aux soins »

LES LIENS AVEC LES POLITIQUES PUBLIQUES RÉGIONALES ET TERRITORIALES

Charte partenariale régionale sur l'offre de soins ambulatoires et sur le déploiement des PSLA

RENFORCER L'ATTRACTIVITÉ TERRITORIALE POUR L'EXERCICE DES PROFESSIONS DE SANTÉ

OBJECTIF N° 15

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS
Favoriser l'installation des professionnels de santé notamment médecins spécialistes de médecine générale plus particulièrement dans les zones d'intervention prioritaires dans une optique d'équité dans l'accès aux soins
Poursuivre l'accompagnement au développement des pôles de santé libéraux et ambulatoires (PSLA) conformément à la charte régionale partenariale 2017-2020
Organiser avec les universités une augmentation du nombre de terrains de stage ambulatoires pour les étudiants et internes en médecine
Maintenir un équilibre entre les stages en centre hospitalier universitaire et les stages en centre hospitalier périphérique pour le 3e cycle des études de médecine
Favoriser la création de postes d'assistants partagés entre la ville et l'hôpital
Poursuivre la dynamique engagée pour le financement de postes d'Assistants spécialistes régionaux hospitaliers à temps partagé
Créer des postes d'Assistants universitaires de médecine générale à temps partagé entre l'université et des zones de sous-densité médicale
Promouvoir les dispositifs permettant de rendre plus attractives les carrières médicales hospitalières
Accompagner les initiatives territoriales dans le cadre notamment du plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires
Déployer avec les partenaires de nouveaux leviers pour renforcer l'attractivité des professions de santé paramédicales et leur installation en Normandie
Déployer l'Accord conventionnel interprofessionnel (ACI) relatif aux structures pluri-professionnelles en réaffirmant la fonction centrale du médecin traitant
Assurer un déploiement efficace des plates-formes territoriales d'appui (PTA)

RENFORCER L'ATTRACTIVITÉ TERRITORIALE POUR L'EXERCICE DES PROFESSIONS DE SANTÉ

OBJECTIF N° 15

INDICATEURS « TRACEURS »		
INDICATEUR	**VALEUR ACTUELLE**	**VALEUR CIBLE**
Nombre d'assistants spécialistes régionaux / an	70	70
Nombre d'Assistants universitaires de médecine générale	0	10 / an
Nombre de nouvelles installations de médecins dans les Zones d'implantation et zones d'intervention prioritaires (ZIP)	17	En augmentation
Solde des départs et des installations dans les Zones d'implantation et zones d'intervention prioritaires (ZIP)	-5	Positif

RENFORCER L'ATTRACTIVITÉ TERRITORIALE POUR L'EXERCICE DES PROFESSIONS DE SANTÉ

OBJECTIF N° 15

LES ACTEURS CONCERNÉS

- Professionnels de santé
- Fédérations hospitalières
- Unions régionales des professionnels de santé
- Collectivités territoriales et leurs groupements
- Universités
- Ordres professionnels

LES LEVIERS À ACTIONNER

- ☑ **La réglementation :** dispositifs prévus dans le code de la santé publique
- ☑ **Les financements :** fonds d'intervention régional (FIR)
- ☐ **Les autorisations**
- ☑ **La contractualisation :** contrats d'engagement avec les établissements et les professionnels
- ☑ **L'innovation :** soutien aux organisations innovantes
- ☑ **L'animation territoriale :** synergie avec les politiques menées par les collectivités
- ☐ **Le contrôle, l'évaluation, l'inspection**

LES HUIT PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE PRIORITAIRES

- ☑ Périnatalité et développement de l'enfant
- ☑ Santé des enfants et des jeunes
- ☑ Personnes en situation de handicap
- ☑ Personnes âgées en perte d'autonomie
- ☑ Psychiatrie et santé mentale
- ☑ Cancers
- ☑ Maladies chroniques - insuffisance cardiaque
- ☑ Maladies Chroniques - asthme/BPCO

CHAQUE USAGER DOIT AVOIR ACCÈS À UNE OFFRE EN SANTE ADAPTÉE À SES BESOINS

OBJECTIF N° 16

AMBITION DU COS À 10 ANS

Organiser l'attractivité des territoires pour relever notamment le défi de la démographie défavorable des professionnels de santé tout en conciliant sécurité, qualité, efficience et proximité

RAPPEL DE CE QUE NOUS ALLONS FAIRE LES 5 PROCHAINES ANNÉES

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 15	Renforcer l'attractivité territoriale pour l'exercice des professions de santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 16	**GARANTIR À L'USAGER L'ACCÈS À UNE OFFRE DE SERVICES EN SANTÉ DE PROXIMITÉ À CHAQUE ÉTAPE DE SON PARCOURS DE VIE, TOUT EN CONCILIANT QUALITÉ ET SÉCURITÉ**
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 17	Organiser graduellement l'accessibilité à une offre de santé complémentaire adossée à l'offre de proximité

CONTEXTE ET SITUATION ACTUELLE EN NORMANDIE

Le projet régional de santé (PRS) doit accompagner les mutations permanentes du système de santé induites principalement par l'évolution des besoins de la population, tout en préservant l'équité d'accès aux droits.

Le maintien à domicile, le développement des prises en charge ambulatoires, l'accompagnement en milieu ordinaire, l'ajustement régulier des modalités d'accompagnement, en fonction des aspirations des personnes, de leurs choix et de l'évolution de leur environnement sont autant d'enjeux à relever.

En Normandie, quel que soit le parcours de santé et de vie analysé, l'hétérogénéité des territoires en termes d'accès à la prévention et à la promotion de la santé, au repérage, au diagnostic, aux soins de premier recours et second recours a été soulignée.

Ces constats conduisent à définir un ensemble de prestations, services et soins auxquels doivent pouvoir accéder les personnes en fonction de leurs besoins, en premier recours : l'offre de services en santé de proximité.

Cette offre est rendue accessible par un maillage territorial défini comme espace d'organisation des services en santé qui permet « d'aller vers » l'usager, en particulier les plus fragiles et les plus isolés. Deux notions fondamentales y sont rattachées : la proximité et l'accessibilité géographique, financière et culturelle. Le but est de développer une culture de la prévention et de la promotion de la santé, mais aussi de permettre le repérage des fragilités, l'accès aux diagnostics et aux interventions précoces.

Cette offre de santé se structure autour des associations en promotion de la santé, des professionnels de santé de premier et de second recours, libéraux ou salariés, des établissements de santé, des structures médico-sociales et sociales.

Dans cette perspective, tous ces acteurs de santé doivent s'organiser dans une démarche coordonnée et décloisonnée.

LES LIENS AVEC LA STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ ET LES PLANS NATIONAUX

SNS : Garantir l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire. Transformer l'offre de santé dans les territoires pour répondre aux nouveaux besoins de la population.
Plan national d'accès territorial aux soins
Plan national autisme
Plan national soins palliatifs
Programme national d'action pour l'accès à l'IVG

LES LIENS AVEC LES POLITIQUES PUBLIQUES RÉGIONALES ET TERRITORIALES

Charte partenariale régionale sur l'offre de soins ambulatoires et sur le déploiement des PSLA en Normandie.
Stratégie régionale d'accès des personnes en situation de précarité aux accompagnements médico-sociaux.

LES LIENS AVEC LE PRAPS

Faciliter l'accès au système de santé pour tous avec des dispositifs spécifiques.

GARANTIR À L'USAGER L'ACCÈS À UNE OFFRE DE SERVICES EN SANTÉ DE PROXIMITÉ À CHAQUE ÉTAPE DE SON PARCOURS DE VIE, TOUT EN CONCILIANT QUALITÉ ET SÉCURITÉ

OBJECTIF N° 16

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS
Développer les actions de prévention dans les lieux de vie et d'activité
Permettre l'accès à l'éducation en santé
Garantir l'accès au dépistage : - Dépistages organisés des cancers - Dépistage IST et VIH pour les publics cibles
Développer le repérage et le dépistage précoces : - des troubles psychiques - de la perte d'autonomie - du handicap - des addictions - des pathologies
Accroître l'accessibilité à la vaccination
Faciliter l'accès au diagnostic et les interventions précoces pour les pathologies, le handicap ou la perte d'autonomie
Faciliter l'accès aux soins de premier recours pour toutes les populations
Développer l'accès à une offre d'activité physique adaptée (personnes âgées, personnes atteintes d'une pathologie chronique, d'un cancer…)
Développer les programmes d'éducation thérapeutique au plus près des patients (diagnostic éducatif, ateliers, évaluation des compétences acquises, suivi du parcours ETP)
Assurer la réponse aux demandes de soins non programmés
Consolider l'accessibilité à la permanence des soins ambulatoires
Favoriser le maintien à domicile en renforçant l'offre d'accompagnement et en développant des modalités alternatives à l'accueil en établissements médico-sociaux ou à l'hospitalisation complète
Renforcer l'offre d'accompagnement médico-sociale et sanitaire en milieu de vie ordinaire par le développement de réponses souples, modulaires et coopératives
Structurer l'offre médico-sociale, sanitaire et sociale afin de permettre l'insertion professionnelle dans une visée inclusive des personnes en situation de handicap
Organiser et anticiper le retour à domicile après une hospitalisation et/ou un accueil en établissement médico-social
Améliorer l'accès à l'IVG
Garantir le suivi de grossesse et repérer les vulnérabilités pendant la grossesse
Organiser les actions de soutien à la parentalité
Soutenir et accompagner les aidants en favorisant le repérage des aidants en difficulté, en proposant une offre intégrée de répit à domicile et en établissement
Dans le cadre de l'élaboration des projets territoriaux de santé mentale, organiser l'accès rapide à un avis spécialisé en psychiatrie pour les professionnels du premier recours
Structurer l'offre ressource compétente en mutilation génitale féminine
Rendre cette offre de services en santé de proximité accessible à tous en améliorant les conditions de transports et d'accès des usagers, notamment des personnes les plus fragiles, vers l'offre de services en santé
Garantir la lisibilité de l'offre sur les lieux de vie et d'activité

GARANTIR À L'USAGER L'ACCÈS À UNE OFFRE DE SERVICES EN SANTÉ DE PROXIMITÉ À CHAQUE ÉTAPE DE SON PARCOURS DE VIE, TOUT EN CONCILIANT QUALITÉ ET SÉCURITÉ

OBJECTIF N° 16

INDICATEURS « TRACEURS »		
INDICATEUR	**VALEUR ACTUELLE**	**VALEUR CIBLE**
Pourcentage de la population résidant dans une zone dans laquelle l'accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes est inférieure à 3	47,40 %	
Nombre PSLA et de maisons de santé pluridisciplinaires (MSP)	63	120
Taux de dépistage du cancer du sein	57,4 % (2015-2016)	70 %
Taux de dépistage du cancer colorectal	29,1 % (2015-2016)	45 %
Nombre de structures en addictologie CSAPA et CJC		
Taux de ré-hospitalisation à 30 jours		
Nombre d'EHPAD dont les résidents ont accès à des consultations de télémédecine		

GARANTIR À L'USAGER L'ACCÈS À UNE OFFRE DE SERVICES EN SANTÉ DE PROXIMITÉ À CHAQUE ÉTAPE DE SON PARCOURS DE VIE, TOUT EN CONCILIANT QUALITÉ ET SÉCURITÉ

OBJECTIF N° 16

LES ACTEURS CONCERNÉS

- Professionnels de santé de premier recours et de deuxième recours
- Équipes de soins primaires
- Centres de santé
- PSLA / CPTS
- Associations œuvrant en prévention – promotion de la santé
- CSAPA / Centres de vaccination
- CMP / CAMSP / PMI
- Établissements et services médico-sociaux
- Groupements hospitaliers de territoires
- Établissements de santé
- Collectivités territoriales

LES LEVIERS À ACTIONNER

- ☑ **La réglementation**
- ☑ **Les financements :** cadre régional d'allocation de ressources pour les établissements médico-sociaux pour personnes en difficultés spécifiques, mobilisation du FIR, fongibilité des crédits
- ☑ **Les autorisations**
- ☑ **La contractualisation :** cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires, contractualisation pluriannuelle avec les opérateurs de prévention, promotion de la santé
- ☑ **L'innovation :** innovation des organisations ; développer « l'aller-vers »
- ☑ **L'animation territoriale :** contrats territoriaux de santé ; conseils territoriaux de santé
- ☑ **Le contrôle, l'évaluation :** évaluation des actions et des structures

LES HUIT PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE PRIORITAIRES

- ☑ Périnatalité et développement de l'enfant
- ☑ Santé des enfants et des jeunes
- ☑ Personnes en situation de handicap
- ☑ Personnes âgées en perte d'autonomie
- ☑ Psychiatrie et santé mentale
- ☑ Cancers
- ☑ Maladies chroniques - insuffisance cardiaque
- ☑ Maladies Chroniques - asthme/BPCO

CHAQUE USAGER DOIT AVOIR ACCÈS À UNE OFFRE EN SANTE ADAPTÉE À SES BESOINS

OBJECTIF N° 17

AMBITION DU COS À 10 ANS

Organiser l'attractivité des territoires pour relever notamment le défi de la démographie défavorable des professionnels de santé tout en conciliant sécurité, qualité, efficience et proximité

RAPPEL DE CE QUE NOUS ALLONS FAIRE LES 5 PROCHAINES ANNÉES

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 15	Renforcer l'attractivité territoriale pour l'exercice des professions de santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 16	Garantir à l'usager l'accès à une offre de services en santé de proximité à chaque étape de son parcours de vie, tout en conciliant qualité et sécurité
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 17	ORGANISER GRADUELLEMENT L'ACCESSIBILITÉ À UNE OFFRE DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE ADOSSÉE À L'OFFRE DE PROXIMITÉ

CONTEXTE ET SITUATION ACTUELLE EN NORMANDIE

Le principe de gradation de l'offre de santé, à l'intérieur du parcours de santé, vise à répondre aux besoins des personnes, qui évoluent dans le temps ou selon leur environnement, et diminuer les ruptures dans les parcours. Il concourt à l'efficience des accompagnements, des prises en charge et des organisations en optimisant les ressources dans un contexte budgétaire contraint.

L'organisation graduée de l'offre en santé vise à apporter une réponse à toutes les situations, même celles nécessitant un accompagnement renforcé ou une prise en charge spécialisée à travers le principe de subsidiarité.

Là encore, ce principe de gradation s'applique à l'ensemble de l'offre en santé : offre en prévention et en promotion de la santé, et en éducation thérapeutique, offre sanitaire, sociale et médico-sociale, pour répondre aux besoins de la population.

Cette gradation s'organise en trois niveaux : la proximité (évoqué dans l'objectif précédent), le recours spécialisé et le niveau régional (voire le recours interrégional).

Le niveau de recours se caractérise par une offre spécialisée, qui peut accompagner et prendre en charge la personne directement et dispose d'une mission d'appui à l'offre de proximité.

Le niveau régional recouvre les activités hautement spécialisées et les fonctions de ressources et de référence.

Aujourd'hui, la couverture du territoire par des filières structurées, dans le cadre des projets médicaux partagés des GHT par exemple est hétérogène. Les fonctions ressources ne sont pas toutes identifiées. Le rôle de chacun des niveaux n'est pas systématiquement formalisé, lisible voire respecté.

LES LIENS AVEC LA STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ ET LES PLANS NATIONAUX

SNS : Transformer l'offre de santé dans les territoires pour répondre aux nouveaux besoins de la population.
Plan national maladie neuro-dégénératives
Plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie

LES LIENS AVEC LES POLITIQUES PUBLIQUES RÉGIONALES ET TERRITORIALES

Appui au déploiement et à l'élaboration des projets médicaux partagés et des projets de soins partagés des GHT / Projet médical régional de cancérologie (PMRC) / Réponse accompagnée pour tous (RAPT)

LES LIENS AVEC LE PRAPS

Les priorités régionales s'appuieront sur les parcours prioritaires, avec l'état des lieux des dispositifs et de l'offre spécifiques PRAPS/personnes.

ORGANISER GRADUELLEMENT L'ACCESSIBILITÉ À UNE OFFRE DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE ADOSSÉE À L'OFFRE DE PROXIMITÉ

OBJECTIF N° 17

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS
Organiser le recours aux soins spécialisés quels que soient la situation, l'âge, le handicap ou la pathologie
Améliorer l'accès aux soins somatiques courants pour les personnes en situation de handicap
Structurer l'accès aux accompagnements spécialisés
Organiser l'accès à l'expertise
Garantir l'accès à des fonctions ressources à vocation régionale en charge : - du développement d'outils communs - de l'optimisation des parcours, y compris des situations complexes, par l'analyse des besoins et des dysfonctionnements - de la participation à la recherche - de la veille documentaire - de la formation
Identifier et structurer les différents niveaux pertinents de repérage, dépistage, de diagnostic, de prise en charge et d'accompagnement, particulièrement pour les parcours prioritaires
Définir les modalités d'appui entre ces différents niveaux d'intervention, selon le principe de subsidiarité
Adapter et diversifier l'offre d'accompagnement
Développer les complémentarités et la coopération entre les différents niveaux d'accompagnement, d'intervention, de prises en charge
Organiser des filières territoriales clairement identifiées, notamment la filière : - gériatrique - addictologie - troubles nutritionnels
Organiser un parcours gradué jusqu'à la chirurgie réparatrice des mutilations génitales féminines
Définir et mettre en œuvre les projets territoriaux de santé mentale
Garantir la réponse à l'urgence, y compris psychiatrique, pour tous
Valoriser et conforter le rôle des hôpitaux de proximité en lien avec les acteurs de la ville notamment
Améliorer l'accès aux plateaux techniques en confortant leur rôle de niveau de recours spécialisé
Garantir la permanence des soins en établissements de santé
Conforter le positionnement des CHU comme établissement de recours régional (et des Centres de lutte contre le cancer spécifiquement pour le cancer)
Rendre cette offre territorialisée et graduée accessible à tous en amélioration les conditions de transports et d'accès des usagers, notamment des personnes les plus fragiles, vers l'offre de services en santé
Améliorer la lisibilité de l'offre territorialisée et graduée

ORGANISER GRADUELLEMENT L'ACCESSIBILITÉ À UNE OFFRE DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE ADOSSÉE À L'OFFRE DE PROXIMITÉ

OBJECTIF N° 17

INDICATEURS « TRACEURS »		
INDICATEUR	**VALEUR ACTUELLE**	**VALEUR CIBLE**
Nombre d'actes de télé-expertise		
Nombre de filières de soins gériatriques labellisées		

ORGANISER GRADUELLEMENT L'ACCESSIBILITÉ À UNE OFFRE DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE ADOSSÉE À L'OFFRE DE PROXIMITÉ

OBJECTIF N° 17

LES ACTEURS CONCERNÉS

- Professionnels de santé de premier recours et de deuxième recours
- Centres de santé
- PSLA / CPTS
- Professionnels sociaux, médico-sociaux et de santé
- Opérateurs prévention promotion de la santé
- CAARUD / CeGGID / COREVIHST
- Établissements et services médico-sociaux
- Groupements hospitaliers de territoire
- Établissements de santé
- Collectivités territoriales

LES FILIÈRES DE SOINS

- Addictologie
- Gériatrie
- Urgences

LES LEVIERS À ACTIONNER

- ☑ **La réglementation**
- ☑ **Les financements :** campagnes budgétaires, fongibilité des crédits, fonds d'intervention régional
- ☑ **Les autorisations**
- ☑ **La contractualisation :** CPOM, volet PDSES, organisation des filières de soins (urgence, addictologie, gériatrie, etc.), reconnaissances contractuelles, contractualisation ad hoc avec les centres ou les équipes ressources, contractualisation pluriannuelle avec les opérateurs de prévention, promotion de la santé
- ☑ **L'innovation :** soutien aux dispositifs de coordination des acteurs ; innovation des organisations ; développements des fonctions spécialisées
- ☑ **L'animation territoriale :** contrats territoriaux de santé ; conseils territoriaux de santé
- ☑ **Le contrôle, l'évaluation :** évaluation des actions et des structures

LES HUIT PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE PRIORITAIRES

- ☑ Périnatalité et développement de l'enfant
- ☑ Santé des enfants et des jeunes
- ☑ Personnes en situation de handicap
- ☑ Personnes âgées en perte d'autonomie
- ☑ Psychiatrie et santé mentale
- ☑ Cancers
- ☑ Maladies chroniques - insuffisance cardiaque
- ☑ Maladies Chroniques - asthme/BPCO

CHAQUE USAGER ET CHAQUE PROFESSIONNEL DOIT DISPOSER D'UNE INFORMATION LISIBLE

OBJECTIF N° 18

AMBITION DU COS À 10 ANS

Des Normands et des professionnels de santé mieux informés pour :

- *des choix éclairés de santé*
- *diminuer le renoncement aux soins et le non recours aux droits et à la santé*
- *des parcours de vie et de santé rendus plus fluides*

RAPPEL DE CE QUE NOUS ALLONS FAIRE LES 5 PROCHAINES ANNÉES

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 18	**AMÉLIORER L'INFORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ SUR L'OFFRE SANITAIRE, SOCIALE ET MÉDICO-SOCIALE**
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 19	Accompagner à l'accès et à la compréhension de l'information de santé

CONTEXTE ET SITUATION ACTUELLE EN NORMANDIE

Le cloisonnement entre les professionnels des différents secteurs entraine l'utilisation de supports divers et pas toujours accessibles aux usagers, notamment aux personnes en situation de handicap. Les professionnels rencontrent des difficultés à disposer d'une information lisible de l'ensemble de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale existante du fait de la multiplicité de structures, établissements et dispositifs de coordination existants.

Les plateformes et dispositifs d'appui ont un rôle majeur à jouer pour informer et orienter les professionnels vers les structures et dispositifs sanitaires, sociaux et médico-sociaux les plus adaptés au parcours du patient.

Au-delà de l'accès à des informations claires et complètes, Il est également nécessaire de disposer d'un temps de concertation et d'échange avec des professionnels et/ou des pairs afin que les usagers ou leur famille puisse(nt) faire des choix éclairés.

LES LIENS AVEC LA STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ ET LES PLANS NATIONAUX

SNS : Accompagner le recours aux services de santé des personnes vulnérables qui en sont éloignées
Programme national de médiation sanitaire

LES LIENS AVEC LES POLITIQUES PUBLIQUES RÉGIONALES ET TERRITORIALES

LES LIENS AVEC LE PRAPS

Attention particulière pour les publics PRAPS

AMÉLIORER L'INFORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ SUR L'OFFRE SANITAIRE, SOCIALE ET MÉDICO-SOCIALE

OBJECTIF N° 18

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS
Rendre plus accessible l'offre d'informations via le portail d'accompagnement des professionnels de santé (PAPS)
Mettre en place un guichet unique d'informations et d'orientation des professionnels de santé en lien avec les partenaires concernés
Mettre en œuvre le Répertoire opérationnel des ressources (ROR) pour disposer d'une vision harmonisée de l'offre de santé dans la région

INDICATEURS « TRACEURS »		
INDICATEUR	**VALEUR ACTUELLE**	**VALEUR CIBLE**
Peuplement du ROR	non peuplé	100 %
Taux de médecins ayant recours à la PTA	Non disponible au 01/01/2018	En augmentation

AMÉLIORER L'INFORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ SUR L'OFFRE SANITAIRE, SOCIALE ET MÉDICO-SOCIALE

OBJECTIF N° 18

LES ACTEURS CONCERNÉS

- Fédérations hospitalières
- Fédérations médico-sociales
- Union régionale des médecins libéraux
- Unions régionales des professionnels de santé
- Organismes de sécurité sociale (Assurance maladie, MSA, CAF, CARSAT,…)
- Établissements de santé
- Établissements médico-sociaux
- Acteurs de la prévention et de la promotion de la santé

LES LEVIERS À ACTIONNER

- ☐ **La réglementation**
- ☑ **Les financements**
- ☑ **Les autorisations :** autorisation des Plateformes territoriales d'appui (PTA)
- ☑ **La contractualisation**
- ☑ **L'innovation :** poursuite des expérimentations existantes et accompagner la diffusion de nouveaux projets
- ☑ **L'animation territoriale :** mobilisation de l'animation territoriale pour le développement de projets intersectoriels
- ☑ **Le contrôle, l'évaluation, l'inspection :** évaluation des expérimentations en cours

LES HUIT PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE PRIORITAIRES

- ☑ Périnatalité et développement de l'enfant
- ☑ Santé des enfants et des jeunes
- ☑ Personnes en situation de handicap
- ☑ Personnes âgées en perte d'autonomie
- ☑ Psychiatrie et santé mentale
- ☑ Cancers
- ☑ Maladies chroniques - insuffisance cardiaque
- ☑ Maladies Chroniques - asthme/BPCO

CHAQUE USAGER ET CHAQUE PROFESSIONNEL DOIT DISPOSER D'UNE INFORMATION LISIBLE

OBJECTIF N° 19

AMBITION DU COS À 10 ANS

Des Normands et des professionnels de santé mieux informés pour :

- *des choix éclairés de santé*
- *diminuer le renoncement aux soins et le non recours aux droits et à la santé*
- *des parcours de vie et de santé rendus plus fluides*

RAPPEL DE CE QUE NOUS ALLONS FAIRE LES 5 PROCHAINES ANNÉES

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 18	Améliorer l'information des professionnels de santé sur l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 19	ACCOMPAGNER À L'ACCÈS ET À LA COMPRÉHENSION DE L'INFORMATION DE SANTÉ

CONTEXTE ET SITUATION ACTUELLE EN NORMANDIE

La littératie est la possibilité des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information en vue de prendre des décisions concernant leur santé. Pour des raisons différentes, les personnes en situation de handicap, les personnes ne maîtrisant pas l'écrit, les personnes âgées sont souvent concernées par des difficultés spécifiques. Certaines études montrent le lien entre une faible littératie en santé et un moins bon état de santé des individus.

Un décalage est parfois relevé entre les méthodes de diffusion de l'information et l'évolution rapide des pratiques liées aux nouvelles technologies, en particulier en direction des adolescents. Par ailleurs, cette tendance doit s'accompagner d'une réflexion sur les risques de fracture numérique, liée à différents publics ayant un moindre accès aux nouvelles technologies que ce soit pour des raisons de génération, de compréhension ou de territoires (zones blanches).

L'enjeu est de mieux connaître et prendre en compte les différents niveaux de littératie en santé des publics et d'adapter la diffusion de l'information, la communication, les outils, les organisations et la formation des professionnels. Faire un effort de lisibilité pour les publics à faible littératie, c'est aussi rendre plus simple l'accès à l'information de tous.

Pour que chaque usager puisse se saisir des questions relatives à sa santé et pour éviter les retards ou les erreurs de prise en charge, voire les renoncements aux soins, il faut que sa compréhension soit complète, ce qui nécessite parfois de mobiliser des dispositifs particuliers. Plus largement, le système de santé doit intégrer davantage d'outils d'interprétariat pour les personnes non francophones et/ou de médiation sanitaire pour les publics en marge pour des raisons culturelles, communautaires ou situation de discrimination (ex. personnes migrantes, gens du voyage…).

LES LIENS AVEC LA STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ ET LES PLANS NATIONAUX

SNS : La réaffirmation du rôle des usagers comme acteurs de leur parcours de santé est une priorité : « accompagner le recours aux services de santé des personnes vulnérables qui en sont éloignées »

LES LIENS AVEC LES POLITIQUES PUBLIQUES RÉGIONALES ET TERRITORIALES

Politique de cohésion sociale

LES LIENS AVEC LE PRAPS

Attention particulière pour les publics PRAPS

ACCOMPAGNER À L'ACCÈS ET À LA COMPRÉHENSION DE L'INFORMATION DE SANTÉ

OBJECTIF N° 19

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS
Rendre lisible l'organisation des soins et permettre aux habitants de mieux connaître les actions de santé et les projets locaux en place
Développer le Service public d'information en santé (SPIS) afin de permettre aux usagers de recourir au système de santé de façon pertinente
Adapter les moyens de communication aux populations concernées (enfants, adolescents, jeunes, personnes en situation de handicap, personnes en perte d'autonomie)
Renforcer l'information des usagers pour améliorer les dépistages (cancers, IST/VIH, fragilités…)
Intégrer la littératie en santé dans tous les programmes et dispositifs y compris dans les projets d'établissement
Développer et faire connaître la médiation en santé
Développer le recours à l'interprétariat
Mieux identifier les populations précaires prises en charge dans les programmes d'Éducation thérapeutique du patient (ETP) pour une meilleure adaptation des outils de communication dédiés

INDICATEURS « TRACEURS »		
INDICATEUR	**VALEUR ACTUELLE**	**VALEUR CIBLE**
Maillage territorial en médiation santé	Projets financés sur les territoires de Rouen et du Calvados	Au moins un projet par territoire
Mise en place du Service public d'information en santé (SPIS)		

ACCOMPAGNER À L'ACCÈS ET À LA COMPRÉHENSION DE L'INFORMATION DE SANTÉ

OBJECTIF N° 19

LES POPULATIONS CONCERNÉES

- Population générale
- Populations vulnérables
- Personnes placées sous main de justice
- Personnes migrantes
- Gens du voyage
- Personnes en situation de handicap (notamment les personnes sourdes ou malentendantes et le handicap psychique)
- Personnes âgées
- Enfants
- Jeunes (16-25 ans) dont les étudiants et les apprentis
- Familles et les aidants

LES LEVIERS À ACTIONNER

- ☐ **La réglementation**
- ☐ **Les financements**
- ☐ **Les autorisations**
- ☑ **La contractualisation :** contractualisation avec les opérateurs de prévention, contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des établissements, démarches hôpitaux promoteurs de santé
- ☑ **L'innovation :** partenariat régional entre l'Université, la Région, la préfecture et l'ARS pour le développement de la recherche interventionnelle ; développement et diversification des supports d'apprentissage
- ☐ **L'animation territoriale**
- ☐ **Le contrôle, l'évaluation, l'inspection**

LES HUIT PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE PRIORITAIRES

- ☑ Périnatalité et développement de l'enfant
- ☑ Santé des enfants et des jeunes
- ☑ Personnes en situation de handicap
- ☑ Personnes âgées en perte d'autonomie
- ☑ Psychiatrie et santé mentale
- ☑ Cancers
- ☑ Maladies chroniques - insuffisance cardiaque
- ☑ Maladies Chroniques - asthme/BPCO

CHAQUE USAGER DOIT BÉNÉFICIER DE SERVICES ET INTERVENTIONS EN SANTÉ PERFORMANTS

OBJECTIF N° 20

AMBITION DU COS À 10 ANS

Garantir la sécurité et la qualité des interventions en santé

Réduire les écarts de pratiques professionnelles et notamment de prescriptions

RAPPEL DE CE QUE NOUS ALLONS FAIRE LES 5 PROCHAINES ANNÉES

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 20	**ORGANISER LA VEILLE, L'ALERTE ET LA RÉPONSE AUX ÉVÈNEMENTS GRAVES ET SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES**
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 21	Assurer une démarche d'amélioration continue de la sécurité et de la qualité des services et interventions en santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 22	Assurer la formation des professionnels en cohérence avec les besoins de santé des usagers
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 23	Renforcer l'attention à la qualité de vie et la sécurité au travail des professionnels

CONTEXTE ET SITUATION ACTUELLE EN NORMANDIE

La mission veille et alerte représente l'ensemble des processus visant à assurer en permanence le recueil de tous les évènements pouvant présenter un risque pour la santé humaine dans une perspective d'anticipation, d'alerte et d'action précoce. La déclaration des évènements ayant potentiellement un impact sur la santé de la population par les professionnels et établissements de santé au point focal régional de l'ARS représente un enjeu majeur pour favoriser une intervention rapide et efficace visant à limiter l'impact d'un risque sanitaire.

Depuis 2017, le portail national des signalements constitue l'outil de déclaration pour les évènements indésirables graves associés aux soins mais son déploiement nécessite de renforcer la communication en direction des professionnels et établissements sanitaires et médico-sociaux.

Par ailleurs, au cours d'événements inhabituels ou graves (épidémies, risques industriels, menace terroriste, etc.), il importe de garantir la continuité et la qualité des soins par la mobilisation au plus juste des ressources sanitaires, de manière adaptée aux besoins de la population et à l'ampleur de la situation. La nécessité d'apporter une réponse continue et graduée n'oppose pas la gestion des situations sanitaires exceptionnelles à celle du quotidien.

Enfin, le dispositif intégré d'organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles dit « ORSAN » a été mis en place pour préparer la montée en charge coordonnée du système de santé et définir des parcours de soins des patients adaptés à tous types de situations exceptionnelles.

LES LIENS AVEC LA STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ ET LES PLANS NATIONAUX

SNS : adapter le système de veille et de vigilance aux signaux faibles ou aux risques émergents et renforcer la résilience du système de santé face aux situations sanitaires exceptionnelles

LES LIENS AVEC LES POLITIQUES PUBLIQUES RÉGIONALES ET TERRITORIALES

Politique de sécurité intérieure

ORGANISER LA VEILLE, L'ALERTE ET LA RÉPONSE AUX ÉVÈNEMENTS GRAVES ET SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES

OBJECTIF N° 20

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS
Organiser la réponse du système de santé en cas de situation sanitaire exceptionnelle (cf. ORSAN) selon en quatre axes : - organiser l'offre de soins pour répondre aux situations sanitaires exceptionnelles - acquérir et répartir des moyens sanitaires mobilisables pour faire face aux menaces identifiées - former et entraîner les professionnels à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles - consolider le dispositif d'urgence médico-psychologique
Favoriser la déclaration des signalements et des évènements indésirables graves

INDICATEURS « TRACEURS »		
INDICATEUR	**VALEUR ACTUELLE**	**VALEUR CIBLE**
Nombre de volets/axes d'ORSAN finalisés	2 sur 4	4 sur 4
Taux de signalements VSS clôturés dans l'année	82 %	95 %
Part de signalements ayant fait l'objet d'une rétro information au signalant	20 %	95 %

ORGANISER LA VEILLE, L'ALERTE ET LA RÉPONSE AUX ÉVÈNEMENTS GRAVES ET SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES

OBJECTIF N° 20

LES ACTEURS CONCERNÉS

- Établissements de santé
- Établissements et services médico-sociaux
- Fédérations hospitalières
- Fédérations médico-sociales

LES LEVIERS À ACTIONNER

- ☑ **La réglementation :** obligations de déclaration des professionnels de santé
- ☑ **Les financements :** mobilisation et répartition de la MIG « moyens tactiques »
- ☑ **Les autorisations**
- ☑ **La contractualisation :** CPOM des établissements de santé (place dans ORSAN) et CPOM des ESMS (plan bleu)
- ☑ **L'animation territoriale :** réunions territoriales des acteurs de la réponse SSE
- ☑ **Le contrôle, l'évaluation, l'inspection :** audits de conformité des moyens tactiques

LES HUIT PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE PRIORITAIRES

- ☑ Périnatalité et développement de l'enfant
- ☑ Santé des enfants et des jeunes
- ☑ Personnes en situation de handicap
- ☑ Personnes âgées en perte d'autonomie
- ☑ Psychiatrie et santé mentale
- ☑ Cancers
- ☑ Maladies chroniques - insuffisance cardiaque
- ☑ Maladies Chroniques - asthme/BPCO

CHAQUE USAGER DOIT BÉNÉFICIER DE SERVICES ET INTERVENTIONS EN SANTÉ PERFORMANTS

OBJECTIF N° 21

AMBITION DU COS À 10 ANS

Garantir la sécurité et la qualité des interventions en santé

Réduire les écarts de pratiques professionnelles et notamment de prescriptions

RAPPEL DE CE QUE NOUS ALLONS FAIRE LES 5 PROCHAINES ANNÉES

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 20	Organiser la veille, l'alerte et la réponse aux évènements graves et situations sanitaires exceptionnelles
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 21	**ASSURER UNE DÉMARCHE D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA SÉCURITÉ ET DE LA QUALITÉ DES SERVICES ET INTERVENTIONS EN SANTÉ**
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 22	Assurer la formation des professionnels en cohérence avec les besoins de santé des usagers
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 23	Renforcer l'attention à la qualité de vie et la sécurité au travail des professionnels

CONTEXTE ET SITUATION ACTUELLE EN NORMANDIE

Les démarches d'amélioration continue de la qualité ont pour objectif de garantir que les soins, les prises en charge en établissements ou en structures soient les plus sécurisés et les plus optimisés possibles. Il va donc s'agir d'inscrire les démarches nécessaires à l'atteinte de cet objectif dans une stratégie managériale et organisationnelle qui doit s'inscrire dans la durée et rester une des priorités en établissement comme en structure. Cet enjeu s'inscrit dans un contexte marqué par les évolutions suivantes :

- contexte financier parfois défavorable dans certains établissements,
- évolution rapide des techniques et organisations médicales et soignantes,
- augmentation des exigences et des objectifs en termes de qualité fixés dans les versions successives de certification par la Haute autorité de santé (HAS),
- évaluations internes et externes pour les établissements médico-sociaux,
- démographie fragile pour certaines professions de santé,
- redéfinition des parcours patients dans les Groupements hospitaliers de territoire (GHT) et restructuration de l'offre hospitalière,
- dynamique des coûts des médicaments et dispositifs innovants.

La Normandie présente malgré tout, des indicateurs qualité / sécurité satisfaisants, avec les 2/3 de ses établissements de santé certifiés en niveau A ou B par la Haute autorité de santé (HAS) au 31 décembre 2017.

Asseoir la politique régionale et les actions en prévention, promotion de la santé sur des données probantes à un coût soutenable nécessite d'identifier et déployer les stratégies d'intervention efficaces et efficientes tout en contribuant à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

LES LIENS AVEC LA STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ ET LES PLANS NATIONAUX

SNS : Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge au bénéfice de la population
Plan national de gestion du risque et d'efficience du système de soins (PNGDRESS)
Stratégie de transformation du système de santé

LES LIENS AVEC LES POLITIQUES PUBLIQUES RÉGIONALES ET TERRITORIALES

Déclinaison régionale de la stratégie nationale de transformation du système de santé

Plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS)

ASSURER UNE DÉMARCHE D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA SÉCURITÉ ET DE LA QUALITÉ DES SERVICES ET INTERVENTIONS EN SANTÉ

OBJECTIF N° 21

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS
Garantir des accompagnements homogènes en tout point du territoire normand
Contribuer à la rencontre et au partage de bonnes pratiques entre tous les acteurs par l'intégration de l'offre de services sanitaire, sociale et médico-sociale
Asseoir la politique régionale et les actions en prévention et promotion de la santé sur les données probantes : - veiller activement les données probantes et organiser le transfert des connaissances - développer la recherche interventionnelle en prévention, promotion de la santé
Poursuivre la démarche réflexive et collective axée sur la qualité des pratiques et des prises en charge entre médecins libéraux
Diffuser une culture qualité/sécurité des soins en établissement de santé et ESMS incluant la promotion de la déclaration des événements indésirables
Améliorer la qualité et la sécurité en ESMS (exploitation des évaluations externes)
Concourir à l'amélioration et l'optimisation des prestations des services médico-sociaux enfants et adultes
Poursuivre l'accompagnement et le suivi des établissements de santé dans le cadre de la certification Haute Autorité de Santé
Éviter les hospitalisations
Organiser l'hospitalisation en psychiatrie des mineurs dans des unités dédiées
Favoriser les expérimentations innovantes qui contribuent à améliorer la qualité des soins et des prises en charge
Améliorer la pertinence des actes en réduisant la variation de recours dans les territoires en atypies significatives
Améliorer la pertinence des prescriptions
Promouvoir le bon usage et l'efficience des prescriptions de produits de santé, pour développer notamment les médicaments génériques et bio similaires
Lutter contre la iatrogénie médicamenteuse et le risque infectieux à domicile et en établissement
Favoriser une mutualisation régionale des outils numériques adaptés au suivi des pratiques innovantes (pharmacie clinique dont conciliation médicamenteuse; case management : pour le suivi de patients sous anticoagulants, chimiothérapie orales …)
Garantir l'efficience et la qualité des soins et des prises en charge par l'optimisation des fonctions achats et logistiques hospitalières
Contribuer au développement de la simulation en santé pour la formation des professionnels de la région Normandie
Élaborer un programme régional de qualité et de sécurité des soins, en lien avec le Réseau régional de vigilances et d'appui (REEVA)
Promouvoir la vaccination antigrippale des professionnels de santé et médico-sociaux
Sécuriser les prises en charge de nuit en EHPAD

ASSURER UNE DÉMARCHE D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA SÉCURITÉ ET DE LA QUALITÉ DES SERVICES ET INTERVENTIONS EN SANTÉ

OBJECTIF N° 21

INDICATEURS « TRACEURS »		
INDICATEUR	**VALEUR ACTUELLE**	**VALEUR CIBLE**
Taux de couverture vaccinale grippe des professionnels de santé et médico-sociaux	25 %	En augmentation
Pourcentage d'établissements de santé certifiés A et B	64 %	85 %
Prévalence de la polymédication (3 délivrances au moins pour 10 molécules sur une année) chez les personnes de plus 75 ans		
Taux d'hospitalisations potentiellement évitables		
Taux d'atteinte des objectifs (volet socle) du Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES)	ND au 1er juin 2018	100 %
Nombre de mineurs hospitalisés dans des unités dédiées/nombre de mineurs hospitalisés en psychiatrie		

ASSURER UNE DÉMARCHE D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA SÉCURITÉ ET DE LA QUALITÉ DES SERVICES ET INTERVENTIONS EN SANTÉ

OBJECTIF N° 21

LES ACTEURS CONCERNÉS

- Établissements de santé
- GHT
- Établissements et services sociaux et médico-sociaux
- Structures et acteurs en prévention et promotion de la santé
- Fédérations hospitalières et médico-sociales
- URML
- URPS
- Instance Régionale d'Appui à la Pertinence des soins
- Structure régionale d'appui à la qualité

LES LEVIERS À ACTIONNER

- ☑ **La réglementation :** article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 concernant les expérimentations
- ☑ **Les financements :** politique d'intéressement dans le cadre des CAQES et appels à projets régionaux pour financer les initiatives en matière de qualité/sécurité des soins
- ☑ **Les autorisations**
- ☑ **La contractualisation :** contractualisation avec la structure régionale d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients ; CAQES avec les établissements de santé ; mise en œuvre du partenariat ARS/Région/Préfecture de région/Université portant sur le renforcement de l'efficience en PPS (charte signée en juin 2017)
- ☑ **L'innovation :** soutien aux expérimentations
- ☐ **L'animation territoriale**
- ☑ **Le contrôle, l'évaluation, l'inspection :** évaluation de l'efficience des interventions en PPS , évaluation des expérimentations

LES HUIT PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE PRIORITAIRES

- ☑ Périnatalité et développement de l'enfant
- ☑ Santé des enfants et des jeunes
- ☑ Personnes en situation de handicap
- ☑ Personnes âgées en perte d'autonomie
- ☑ Psychiatrie et santé mentale
- ☑ Cancers
- ☑ Maladies chroniques - insuffisance cardiaque
- ☑ Maladies Chroniques - asthme/BPCO

CHAQUE USAGER DOIT BÉNÉFICIER DE SERVICES ET INTERVENTIONS EN SANTÉ PERFORMANTS

OBJECTIF N° 22

AMBITION DU COS À 10 ANS

Garantir la sécurité et la qualité des interventions en santé

Réduire les écarts de pratiques professionnelles et notamment de prescriptions

RAPPEL DE CE QUE NOUS ALLONS FAIRE LES 5 PROCHAINES ANNÉES

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 20	Organiser la veille, l'alerte et la réponse aux évènements graves et situations sanitaires exceptionnelles
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 21	Assurer une démarche d'amélioration continue de la sécurité et de la qualité des services et interventions en santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 22	**ASSURER LA FORMATION DES PROFESSIONNELS EN COHÉRENCE AVEC LES BESOINS DE SANTÉ DES USAGERS**
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 23	Renforcer l'attention à la qualité de vie et la sécurité au travail des professionnels

CONTEXTE ET SITUATION ACTUELLE EN NORMANDIE

Chaque année en Normandie, plus de 4 100 personnes se voient délivrer un diplôme par l'une des deux universités normandes ou un institut de formation leur permettant d'exercer un métier de professionnel de santé sur le territoire national.

La formation initiale et continue des professionnels constitue un enjeu particulièrement important pour garantir le maintien et l'amélioration des compétences et pratiques professionnelles dans un environnement en profonde mutation :

- révolution numérique et technologique,
- enjeux liés à la prévention et à la promotion de la santé,
- prise en charge de maladies chroniques impliquant un travail en équipes pluri-professionnelles,
- augmentation des exigences de qualité et de sécurité des soins,
- adaptation à la prise en charge de publics spécifiques.

Ces éléments doivent conduire l'ensemble des acteurs (ARS, Région, Universités, Instituts, Organismes de formation continue,…) à partager des objectifs collectifs et des priorités d'actions dans le champ de la formation initiale et continue, au bénéfice des besoins des usagers du système de santé.

L'enjeu de la transformation dépasse le seul secteur sanitaire et concerne également les professionnels du secteur social et médico-social.

LES LIENS AVEC LA STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ ET LES PLANS NATIONAUX

SNS : adapter la formation initiale des professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux et faire progresser les compétences tout au long de la vie professionnelle

LES LIENS AVEC LES POLITIQUES PUBLIQUES RÉGIONALES ET TERRITORIALES

Schéma régional des formations sanitaires et sociales

LES LIENS AVEC LE PRAPS

Formation des professionnels de santé intégrée dans le PRAPS en particulier sous forme de formations croisées santé/social

ASSURER LA FORMATION DES PROFESSIONNELS EN COHÉRENCE AVEC LES BESOINS DE SANTÉ DES USAGERS

OBJECTIF N° 22

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS
Adapter les flux de formation des professions de santé au regard des besoins régionaux
Favoriser le déploiement du développement professionnel continu (DPC) au regard des besoins
Développer des formations pour les professionnels des établissements de santé et établissements médico-sociaux en conformité avec les recommandations de bonnes pratiques
Renforcer la formation et l'actualisation des pratiques des professionnels de santé sur le repérage précoce des consommations de substances psychoactives et leurs prises en charge en lien avec les acteurs concernés
Diffuser la culture de la Réduction des risques et des dommages (RdRD) en addictologie pour lutter contre les représentations « stigmatisantes » et culpabilisantes
Former de nouveaux professionnels libéraux en ETP et assurer la formation continue des équipes déjà formées
Développer les compétences des acteurs en Prévention, promotion de la santé (PPS) dans les formations initiales et continues et organiser le transfert des connaissances
Sensibiliser et former l'ensemble des acteurs à la prise en charge des publics spécifiques
Sensibiliser les professionnels de santé sur l'importance pour l'usager de la pratique d'une activité physique ou sportive adaptée
Sensibiliser et informer les professionnels de santé sur l'importance de la vaccination
Former les professionnels à la littératie en santé
Former et entraîner les professionnels à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles
Accompagner la mise en œuvre du service sanitaire pour familiariser les étudiants en santé aux enjeux de la prévention - promotion en santé
Appuyer la mise en œuvre de la réforme du 3e cycle des études de médecine en région Normandie en garantissant la diversité des terrains de stages formateurs et « professionnalisants »
Continuer à favoriser la fonction de maître de stage au sein des PSLA
Accompagner « l'universitarisation » des professions paramédicales
Intégrer dans les formations initiales une culture pluri-professionnelle (enseignements communs / échanges de pratiques)
Inciter les établissements de santé à proposer des dispositifs de formation continue sur les pratiques ambulatoires dans leurs plans de formation
Accompagner la mise en œuvre des formations et des missions liées aux pratiques avancées des professions de santé
Sensibiliser et développer la formation en santé mentale à l'approche par les compétences psychosociales
Sensibiliser et former au repérage de la crise suicidaire, notamment en direction des territoires et des professionnels prioritaires
Former les professionnels de santé à l'écoute, au repérage et à l'orientation d'une presonne victime de violences, notamment de violences sexuelles
Accompagner la mise en œuvre des groupes qualités à destination des médecins libéraux et autres professionnels de santé
Développer des formations communes adaptées avec les usagers, les aidants et les professionnels sur la question du soutien aux aidants
Former les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux au repérage et à la prise en charge des aidants en situation d'épuisement
Sensibiliser les professionnels à l'évaluation de la douleur notamment des personnes «dyscommunicantes»

ASSURER LA FORMATION DES PROFESSIONNELS EN COHÉRENCE AVEC LES BESOINS DE SANTÉ DES USAGERS

OBJECTIF N° 22

INDICATEURS « TRACEURS »		
INDICATEUR	**VALEUR ACTUELLE**	**VALEUR CIBLE**
Nombre de professionnels formés en « pratiques avancées » en Normandie	0	
Nombre de terrains de stage ambulatoire en 2e et 3e cycle des études de médecine		
Taux de CPOM des ESMS intégrant des objectifs de formation adapté à l'évolution des publics accueillis : maladies neurodégénératives, vieillissement, aux soins palliatifs et au handicap notamment le polyhandicap, les troubles du spectre de l'autisme, les troubles spécifiques du langage et des apprentissages		100 %

ASSURER LA FORMATION DES PROFESSIONNELS EN COHÉRENCE AVEC LES BESOINS DE SANTÉ DES USAGERS

OBJECTIF N° 22

LES ACTEURS CONCERNÉS

- Acteurs en prévention et promotion de la santé
- Professionnels de l'enfance et de la petite enfance
- Médecins et professionnels de l'éducation nationale
- Médecins généralistes
- Pédiatres
- Médecins de PMI
- Professionnels de santé libéraux
- Établissements sanitaires et leurs groupements
- Etablissements et services médico-sociaux
- Conseil régional
- Universités, instituts et organismes de formation
- Organismes paritaires collecteurs agréés

LES LEVIERS À ACTIONNER

- ☐ **La réglementation**
- ☑ **Les financements :** incitation auprès des partenaires pour développer des formations en lien avec les orientations du PRS
- ☐ **Les autorisations**
- ☑ **La contractualisation**
- ☐ **L'innovation**
- ☐ **L'animation territoriale**
- ☐ **Le contrôle, l'évaluation, l'inspection**

LES HUIT PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE PRIORITAIRES

- ☑ Périnatalité et développement de l'enfant
- ☑ Santé des enfants et des jeunes
- ☑ Personnes en situation de handicap
- ☑ Personnes âgées en perte d'autonomie
- ☑ Psychiatrie et santé mentale
- ☑ Cancers
- ☑ Maladies chroniques - insuffisance cardiaque
- ☑ Maladies Chroniques - asthme/BPCO

CHAQUE USAGER DOIT BÉNÉFICIER DE SERVICES ET INTERVENTIONS EN SANTÉ PERFORMANTS

OBJECTIF N° 23

AMBITION DU COS À 10 ANS

Garantir la sécurité et la qualité des interventions en santé

Réduire les écarts de pratiques professionnelles et notamment de prescriptions

RAPPEL DE CE QUE NOUS ALLONS FAIRE LES 5 PROCHAINES ANNÉES

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 20	Organiser la veille, l'alerte et la réponse aux évènements graves et situations sanitaires exceptionnelles
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 21	Assurer une démarche d'amélioration continue de la sécurité et de la qualité des services et interventions en santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 22	Assurer la formation des professionnels en cohérence avec les besoins de santé des usagers
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 23	**RENFORCER L'ATTENTION À LA QUALITÉ DE VIE ET LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL DES PROFESSIONNELS**

CONTEXTE ET SITUATION ACTUELLE EN NORMANDIE

La qualité de vie au travail des professionnels du système de santé est un enjeu majeur qui impacte directement la qualité de notre système de santé et du service rendu aux usagers. Les métiers de la santé portent en effet en eux des facteurs de stress et de risques professionnels, qui nécessitent des réponses managériales adaptées, et ce d'autant que l'environnement institutionnel et professionnel connaît, en Normandie comme sur le reste du territoire, des évolutions structurantes impactant les conditions de travail des acteurs du système de santé :

- environnement fragilisé et marqué par des tensions accrues notamment liées aux problèmes d'insécurité, depuis les incivilités jusqu'au risque d'attentat,
- expression d'un sentiment de malaise de professionnels, pouvant être à l'origine de risques psychosociaux dans les établissements de santé et médico-sociaux,
- développement des prises en charge en ambulatoire entrainant des changements de pratiques professionnelles,
- déficit de ressources et de compétences en matière de services de médecine du travail en région Normandie,
- réformes hospitalières successives modifiant en profondeur l'organisation territoriale de l'offre de soins (GHT), le financement, la gouvernance interne…

Ces difficultés se traduisent notamment par un absentéisme significatif dans les établissements de santé (taux d'absentéisme de 3 % pour le personnel médical et de 8 % pour le personnel non médical en Normandie en 2017) et médico-sociaux (42 % des EHPAD normands ont un taux d'absentéisme supérieur à 10 %) et des signalements relatifs à des situations de dégradation des conditions de travail ou de risques psycho-sociaux. Les réponses à apporter pour faire face à ces enjeux sont multiples et reposent sur des actions coordonnées impliquant les directions d'établissements, les communautés médicales, les organisations syndicales représentatives, les organismes de formation,… pour favoriser la construction collective des solutions proposées et leur traduction en termes organisationnels.

LES LIENS AVEC LA STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ ET LES PLANS NATIONAUX

SNS : améliorer la qualité de vie et la sécurité au travail des professionnels de santé et médico-sociaux (SNQVT)
Plan national de sécurisation des établissements
Programme national de médiation sanitaire

LES LIENS AVEC LES POLITIQUES PUBLIQUES RÉGIONALES ET TERRITORIALES

Plan régional santé au travail (PRST)

RENFORCER L'ATTENTION À LA QUALITÉ DE VIE ET LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL DES PROFESSIONNELS

OBJECTIF N° 23

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS
Favoriser l'amélioration des conditions de travail au sein des établissements, principalement dans le champ de la prévention des risques psycho-sociaux
Diffuser les bonnes pratiques en matière de politique de qualité de vie au travail (QVT) au au sein des établissements
Encourager la mise en œuvre de baromètres sociaux au sein des établissements de santé
Dresser un bilan annuel relatif à la qualité de vie au travail dans les établissements
Créer un observatoire régional de la qualité de vie au travail dans les établissements sanitaires et médico-sociaux
Promouvoir des dispositifs de reconversion et de requalification professionnelle pour des métiers en tension
Accompagner les évolutions de parcours professionnel des personnels de santé concernés par des opérations de recomposition de l'offre
Mettre en place un vivier régional de médiateurs médicaux et non médicaux en lien avec les orientations nationales
Développer des partenariats avec des acteurs institutionnels qui contribuent aux actions de qualité de vie des professionnels de santé
Appuyer la création de services mutualisés de santé au travail pluri-professionnels
Assurer le déploiement du plan national de sécurisation des établissements

INDICATEURS « TRACEURS »

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
Pourcentage d'ES avec taux d'absentéisme supérieur à 10 % pour les personnels non médicaux		Stabilisation
Pourcentage d'ESMS avec taux d'absentéisme supérieur à 10 % ayant défini un plan Qualité de vie au travail (QVT)		
Pourcentage d'ES ayant mis en œuvre une démarche QVT (formation, sensibilisation, accompagnement cluster…)	Indicateur non mesuré aujourd'hui	100 %

RENFORCER L'ATTENTION À LA QUALITÉ DE VIE ET LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL DES PROFESSIONNELS

OBJECTIF N° 23

LES ACTEURS CONCERNÉS

- Fédérations hospitalières
- Fédérations sociales et médico-sociales
- Établissements sanitaires et leurs groupements
- Établissements et services médico-sociaux
- Organisations syndicales représentatives
- Agence régionale d'amélioration des conditions de travail
- Associations professionnelles
- Fonds paritaire de sécurisation des parcours professionnels
- Conseils départementaux pour les structures médico-sociales

LES LEVIERS À ACTIONNER

- ☐ **La réglementation**
- ☑ **Les financements :** mobilisation du FIR sur les actions de qualité de vie au travail, appels à projets du fonds pour l'amélioration des conditions de travail
- ☐ **Les autorisations**
- ☑ **La contractualisation :** inscription d'indicateurs de qualité de vie au travail dans les CPOM des établissements de santé et des ESMS
- ☑ **L'innovation :** favoriser les expérimentations dans le champ de la QVT
- ☐ **L'animation territoriale**
- ☑ **Le contrôle, l'évaluation, l'inspection :** résultats obtenus par les établissements après mobilisation de crédits FIR sur la QVT

LES HUIT PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE PRIORITAIRES

- ☑ Périnatalité et développement de l'enfant
- ☑ Santé des enfants et des jeunes
- ☑ Personnes en situation de handicap
- ☑ Personnes âgées en perte d'autonomie
- ☑ Psychiatrie et santé mentale
- ☑ Cancers
- ☑ Maladies chroniques - insuffisance cardiaque
- ☑ Maladies Chroniques - asthme/BPCO

METTRE L'INNOVATION AU SERVICE DU SYSTÈME DE SANTÉ

OBJECTIF N° 24

AMBITION DU COS À 10 ANS

Un système de santé ayant intégré l'innovation pour proposer les meilleurs soins et accompagnements

RAPPEL DE CE QUE NOUS ALLONS FAIRE LES 5 PROCHAINES ANNÉES

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 24	**ASSURER LE DÉPLOIEMENT DE L'INNOVATION TECHNIQUE ET TECHNOLOGIQUE : DE LA TÉLÉMÉDECINE À L'E-SANTÉ ET NOTAMMENT LE DÉVELOPPEMENT DE NOUVELLES APPLICATIONS EN SANTÉ**
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 25	Promouvoir et développer la recherche clinique (thérapeutique) et interventionnelle (participative)
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 26	Favoriser l'innovation à la fois en termes d'organisation et de pratiques professionnelles : développement des coopérations et du partage de compétences

CONTEXTE ET SITUATION ACTUELLE EN NORMANDIE

Les révolutions technologiques et numériques en santé offrent aux patients et aux professionnels de santé de nouvelles perspectives permettant d'améliorer les prises en charge, d'abolir les distances via l'usage des outils de télémédecine et de mieux partager l'information médicale tout au long du parcours de santé du patient.

Pour conduire la politique régionale du numérique en santé, l'ARS s'appuie sur un groupement régional d'appui au développement de la e-santé, le Groupement de coopération sanitaire (GCS) Normand'e-santé.

Au-delà de cet acteur, la définition des orientations stratégiques régionales et des priorités d'action doit se structurer autour d'une gouvernance régionale spécifique mobilisant tous les acteurs.

Les actions en matière d'e-santé s'inscrivent dans le contexte suivant :

- une démographie de professionnels de santé en recul dans certains territoires de la région, nécessitant que les outils du numérique soient un levier pour des innovations organisationnelles,
- le développement des maladies chroniques qui rend nécessaire le partage d'informations de santé entre de nombreux acteurs responsables de la prise en charge pour mettre fin au cloisonnement,
- l'émergence de structures de coordination, d'intégration et d'appui (PTA, MAIA,PAERPA,…) qui impose la définition de services numériques standardisés au niveau territorial et régional pour fluidifier le parcours du patient,
- les contraintes économiques, qui doivent conduire à améliorer la pertinence des actes et à éviter les transports sanitaires ou les passages aux urgences inutiles.

La Normandie peut s'appuyer sur des professionnels et structures particulièrement investis dans le champ de la télésanté et du numérique pour mettre en œuvre des orientations ambitieuses sur les cinq prochaines années.

LES LIENS AVEC LA STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ ET LES PLANS NATIONAUX

SNS : Généraliser les usages du numérique en santé pour abolir les distances.
Programme ETAPES (Expérimentations de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé)

LES LIENS AVEC LES POLITIQUES PUBLIQUES RÉGIONALES ET TERRITORIALES

Plan de numérisation de la Normandie

ASSURER LE DÉPLOIEMENT DE L'INNOVATION TECHNIQUE ET TECHNOLOGIQUE : DE LA TÉLÉMÉDECINE À L'E-SANTÉ ET NOTAMMENT LE DÉVELOPPEMENT DE NOUVELLES APPLICATIONS EN SANTÉ

OBJECTIF N° 24

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS
Élaborer un schéma directeur régional des systèmes d'information en santé pour fixer les priorités d'actions de la région Normandie
Généraliser en région les usages de la télémédecine (télé-consultation, télé-expertise, télé-surveillance), notamment au profit des résidents en structures médico-sociales
Mettre en place une gouvernance régionale destinée à coordonner les actions des acteurs du système de santé pour le déploiement des actions en e-santé, incluant une charte partenariale sur la télémédecine
S'appuyer sur le groupement régional d'appui au développement de l'e-santé (GRADeS) de Normandie pour mettre en œuvre les priorités d'actions régionales
Déployer les outils numériques permettant la réalisation de staffs médicaux à distance (télé-staffs et réunions de concertations pluridisciplinaires…)
Déployer les dossiers médicaux communicants partagés auprès des professionnels
Déployer le Dossier médical partagé (DMP) et la messagerie sécurisée en santé (MS Santé) en lien avec l'Assurance maladie
Finaliser et déployer le dossier périnatal partagé informatisé
Mettre en œuvre le Répertoire opérationnel des ressources (ROR) pour disposer d'une vision harmonisée de l'offre de santé dans la région et avoir un référentiel régional pour les systèmes d'information
Déployer un système d'information de suivi des orientations pour améliorer le parcours des personnes en situation de handicap, dans le cadre de la Réponse accompagnée pour tous (RAPT)
Permettre l'accès à l'innovation de tous les patients éligibles (cancérologie, maladies chroniques…)

ASSURER LE DÉPLOIEMENT DE L'INNOVATION TECHNIQUE ET TECHNOLOGIQUE : DE LA TÉLÉMÉDECINE À L'E-SANTÉ ET NOTAMMENT LE DÉVELOPPEMENT DE NOUVELLES APPLICATIONS EN SANTÉ

OBJECTIF N° 24

INDICATEURS « TRACEURS »		
INDICATEUR	**VALEUR ACTUELLE**	**VALEUR CIBLE**
Nombre d'actes de télémédecine enregistrés sur la plate-forme régionale	8 754	17 500
Taux de patients suivis par une PTA disposant d'un DMP actif	0	80 %
Taux d'établissements publics de santé disposant d'une messagerie sécurisée en santé	23 %	70 %

ASSURER LE DÉPLOIEMENT DE L'INNOVATION TECHNIQUE ET TECHNOLOGIQUE : DE LA TÉLÉMÉDECINE À L'E-SANTÉ ET NOTAMMENT LE DÉVELOPPEMENT DE NOUVELLES APPLICATIONS EN SANTÉ

OBJECTIF N° 24

LES ACTEURS CONCERNÉS

- Normand'e-santé
- Fédérations hospitalières
- Fédérations médico-sociales
- Union régionale des médecins libéraux
- Unions régionales des professionnels de santé
- Conseil régional
- Organismes de sécurité sociale (Assurance maladie, MSA, CAF, CARSAT,…)
- Établissements de santé
- Établissements et services médico-sociaux

LES LEVIERS À ACTIONNER

- ☑ **La réglementation :** articles 51 et 54 de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018
- ☑ **Les financements :** financements Assurance maladie, mobilisation du FIR sur des appels à projets permettant le déploiement des usages du numérique (télémédecine, DMP notamment), possibilité de crédits médico-sociaux
- ☐ **Les autorisations**
- ☑ **La contractualisation :** CPOM avec le GCS Normand'e-santé et contrats de télémédecine
- ☑ **L'innovation :** outils numériques qui doivent être accompagnés par des innovations organisationnelles
- ☐ **L'animation territoriale**
- ☐ **Le contrôle, l'évaluation, l'inspection**

LES HUIT PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE PRIORITAIRES

- ☑ Périnatalité et développement de l'enfant
- ☑ Santé des enfants et des jeunes
- ☑ Personnes en situation de handicap
- ☑ Personnes âgées en perte d'autonomie
- ☑ Psychiatrie et santé mentale
- ☑ Cancers
- ☑ Maladies chroniques - insuffisance cardiaque
- ☑ Maladies Chroniques - asthme/BPCO

METTRE L'INNOVATION AU SERVICE DU SYSTÈME DE SANTÉ

OBJECTIF N° 25

AMBITION DU COS À 10 ANS

Un système de santé ayant intégré l'innovation pour proposer les meilleurs soins et accompagnements

RAPPEL DE CE QUE NOUS ALLONS FAIRE LES 5 PROCHAINES ANNÉES

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 24	Assurer le déploiement de l'innovation technique et technologique : de la télémédecine à l'e-santé et notamment le développement de nouvelles applications en santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 25	**PROMOUVOIR ET DÉVELOPPER LA RECHERCHE CLINIQUE (THÉRAPEUTIQUE) ET INTERVENTIONNELLE (PARTICIPATIVE)**
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 26	Favoriser l'innovation à la fois en termes d'organisation et de pratiques professionnelles : développement des coopérations et du partage de compétences

CONTEXTE ET SITUATION ACTUELLE EN NORMANDIE

La recherche clinique représente un enjeu majeur de santé au service des patients. En effet, c'est une étape indispensable dans le développement de nouveaux traitements et de médicaments innovants. Strictement encadrée par la loi, les essais cliniques ne peuvent se dérouler que dans des conditions bien précises.

Complémentaire de la recherche fondamentale, la recherche clinique s'étend de la recherche translationnelle, ou biomédicale, à cheval sur les structures de soins et les laboratoires, jusqu'aux études épidémiologiques, en passant par les essais cliniques indispensables pour évaluer l'efficacité et la sécurité des nouvelles thérapeutiques, médicaments, actes ou dispositifs médicaux.

La recherche interventionnelle, quant à elle, a pour objectifs de démontrer l'efficacité des interventions, d'analyser les leviers à mobiliser, les mécanismes des interventions, leurs conditions et modalités de mise en œuvre, leur reproductibilité et durabilité. Elle repose sur l'expérimentation et sur la capitalisation des innovations de terrain et pour cela fait appel à un large éventail de disciplines, de méthodes et d'outils scientifiques.

En France et en Normandie, l'efficience des actions de promotion de la santé est limitée par un faible investissement des équipes de recherche dans la recherche interventionnelle (RI) en promotion de la santé et une méconnaissance réciproque des acteurs en Prévention et promotion de la santé (PPS) et des chercheurs.

Néanmoins des besoins sont exprimés :

- par l'ARS de Normandie pour identifier et déployer des stratégies d'intervention en PPS efficientes,
- par les acteurs pour disposer de données de la recherche opérationnelles,
- par certains chercheurs pour travailler sur des projets dont la mise en œuvre aura une influence sur les politiques publiques et les actions de terrain.

La réponse à ces besoins nécessite un renforcement du recours aux données probantes, le transfert des connaissances sur ces données des chercheurs vers les acteurs et les décideurs et l'évaluation des interventions mises en œuvre dans les territoires.

LES LIENS AVEC LA STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ ET LES PLANS NATIONAUX

SNS : développer la production, la diffusion et l'utilisation des connaissances
Plan cancer
Plan maladies neuro-dégénératives
Stratégie nationale de recherche
Programme Horizon 2020

LES LIENS AVEC LES POLITIQUES PUBLIQUES RÉGIONALES ET TERRITORIALES

Projet médical régional de cancérologie (PMRC)

PROMOUVOIR ET DÉVELOPPER LA RECHERCHE CLINIQUE (THÉRAPEUTIQUE) ET INTERVENTIONNELLE (PARTICIPATIVE)

OBJECTIF N° 25

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS
Développer la recherche et les interventions innovantes
Accompagner la capacité régionale en termes de recherche clinique en favorisant le développement de nouvelles méthodes diagnostiques et thérapeutiques
Améliorer la qualité des soins par l'évaluation de nouvelles méthodes diagnostiques et thérapeutiques
Développer un programme d'actions de recherche interventionnelle (RI) associant acteurs de terrain et chercheurs pluridisciplinaires des sciences humaines et sociales et de santé publique portant sur les priorités de santé de la région
Favoriser les démarches de coopération et de partenariats régionaux pour les programmes de recherche clinique
Mobiliser la recherche sur la connaissance des différents niveaux de littératie et les moyens de mise en œuvre
Structurer des coopérations interdépartementales en neuropédiatrie, neurologie, génétique, psychiatrie infanto-juvéniles et générale, centres de ressources autisme pour des explorations et des prises en charge de 3è niveau des troubles du spectre autistique et des déficiences intellectuelles sévères
Organiser une fonction ressource régionale troubles psychiques sévères en situation ou à risque de handicap (notamment schizophrénie, troubles bipolaires) pilotée par les services universitaires avec notamment une mission de recherche clinique

INDICATEURS « TRACEURS »		
INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE

PROMOUVOIR ET DÉVELOPPER LA RECHERCHE CLINIQUE (THÉRAPEUTIQUE) ET INTERVENTIONNELLE (PARTICIPATIVE)

OBJECTIF N° 25

LES ACTEURS CONCERNÉS

- Établissements de santé et leurs groupements
- COMUE et universités
- Conseil régional
- Préfecture de Région
- Centres de recherche clinique des CHU
- ANSM
- CLCC

LES LEVIERS À ACTIONNER

- ☐ **La réglementation**
- ☑ **Les financements :** possibilité de financement du volet « intervention » des recherches interventionnelles
- ☐ **Les autorisations**
- ☑ **La contractualisation :** mise en œuvre de la charte partenariale ARS, COMUE, Préfecture de Région, Plateforme Promotion Santé Normandie, Région relative au développement de l'efficience des actions et dispositifs de PPS et de l'utilité sociétale de la recherche signée en 2017
- ☑ **L'innovation**
- ☑ **L'animation territoriale :** soutien à l'émergence et accompagnement des démarches de coopération et de partenariats régionaux pour les programmes de recherche clinique
- ☐ **Le contrôle, l'évaluation, l'inspection**

LES HUIT PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE PRIORITAIRES

- ☑ Périnatalité et développement de l'enfant
- ☑ Santé des enfants et des jeunes
- ☑ Personnes en situation de handicap
- ☑ Personnes âgées en perte d'autonomie
- ☑ Psychiatrie et santé mentale
- ☑ Cancers
- ☑ Maladies chroniques - insuffisance cardiaque
- ☑ Maladies Chroniques - asthme/BPCO

METTRE L'INNOVATION AU SERVICE DU SYSTÈME DE SANTÉ

OBJECTIF N° 26

AMBITION DU COS À 10 ANS

Un système de santé ayant intégré l'innovation pour proposer les meilleurs soins et accompagnements

RAPPEL DE CE QUE NOUS ALLONS FAIRE LES 5 PROCHAINES ANNÉES

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 24	Assurer le déploiement de l'innovation technique et technologique : de la télémédecine à l'e-santé et notamment le développement de nouvelles applications en santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 25	Promouvoir et développer la recherche clinique (thérapeutique) et interventionnelle (participative)
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 26	**FAVORISER L'INNOVATION À LA FOIS EN TERMES D'ORGANISATION ET DE PRATIQUES PROFESSIONNELLES : DÉVELOPPEMENT DES COOPÉRATIONS ET DU PARTAGE DE COMPÉTENCES**

CONTEXTE ET SITUATION ACTUELLE EN NORMANDIE

Les difficultés liées à la démographie des professions de santé, la transition épidémiologique (maladies chroniques, vieillissement, polypathologie) dans un cadre économique contraint et l'organisation cloisonnée des acteurs du système de santé (ville, hôpital, médico-social, social) nécessitent de repenser les modèles actuels de prise en charge, en accompagnant et en valorisant les organisations innovantes qui permettent de mieux répondre aux besoins de santé des patients.

Cette situation doit conduire à promouvoir des expérimentations, à l'échelon local ou régional, en s'appuyant sur les initiatives des territoires et des professionnels. Ces expérimentations pourront également s'inscrire dans le cadre d'appel à projets nationaux ou régionaux, et dans une logique d'amélioration de l'accès aux soins et de la qualité de la prise en charge entre les différents intervenants.

Les innovations organisationnelles devront également favoriser le développement d'équipes médicales de territoire.

LES LIENS AVEC LA STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ ET LES PLANS NATIONAUX

SNS : faciliter l'émergence et la diffusion des organisations innovantes

Faire confiance aux acteurs des territoires pour construire des projets et innover

LES LIENS AVEC LES POLITIQUES PUBLIQUES RÉGIONALES ET TERRITORIALES

Charte partenariale régionale sur l'offre de soins ambulatoires et sur le déploiement des PSLA

FAVORISER L'INNOVATION À LA FOIS EN TERMES D'ORGANISATION ET DE PRATIQUES PROFESSIONNELLES : DÉVELOPPEMENT DES COOPÉRATIONS ET DU PARTAGE DE COMPÉTENCES

OBJECTIF N° 26

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS
Améliorer la connaissance et l'appropriation des bonnes pratiques par l'organisation de journées régionales sur l'innovation en santé
Identifier, accompagner, développer et évaluer les expérimentations innovantes provenant des territoires, en s'appuyant sur des priorités fixées par appel à projets (rémunération collective, médicaments, transports)
Favoriser l'innovation par l'émergence de nouvelles organisations dans les secteurs sanitaire et médico-social
Développer les équipes médicales de territoires
Développer les protocoles de coopération et la délégation de tâches entre professionnels de santé, notamment dans le suivi des maladies chroniques, pour gagner du temps médical (ex. infirmiers de type ASALEE, protocoles sur la filière visuelle,…)
Expérimenter la mise en œuvre d'EHPAD ressources en lien avec les centres experts notamment Parkinson
Innover dans la prise en compte du transport dans l'organisation des soins en assurant la cohérence entre évolution des organisations médicales et prescriptions de transports

INDICATEURS « TRACEURS »		
INDICATEUR	**VALEUR ACTUELLE**	**VALEUR CIBLE**
Nombre de professionnels impliqués dans un protocole de coopération en Normandie	194	300
Nombre d'expérimentations autorisées en région Normandie (article 51 LFSS 2018)	0	À développer

FAVORISER L'INNOVATION À LA FOIS EN TERMES D'ORGANISATION ET DE PRATIQUES PROFESSIONNELLES : DÉVELOPPEMENT DES COOPÉRATIONS ET DU PARTAGE DE COMPÉTENCES

OBJECTIF N° 26

LES ACTEURS CONCERNÉS

- Professionnels de santé libéraux et leurs regroupements (PSLA/MSP)
- Établissements de santé publics et privés
- Groupements hospitaliers de territoire
- Établissements et services médico-sociaux
- Équipes de soins primaires (ESP)
- Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)
- Associations d'usagers agréées

LES LEVIERS À ACTIONNER

- ☑ **La réglementation :** article 51 de la LFSS 2018, intégration des expérimentations existantes
- ☑ **Les financements :** mobilisation du FIR et du Fonds national pour l'innovation du système de santé (FISS) sur les expérimentations innovantes, appel à projets
- ☐ **Les autorisations**
- ☑ **La contractualisation :** CPOM des établissements de santé, CPOM des ESMS, projets territoriaux de santé (PTS) et contrats territoriaux de santé (CTS)
- ☑ **L'innovation :** soutenir les expérimentations
- ☑ **L'animation territoriale :** encourager et accompagner les porteurs de projets locaux pour accélérer le déploiement de nouvelles organisations en santé
- ☑ **Le contrôle, l'évaluation, l'inspection :** évaluation des projets

LES HUIT PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE PRIORITAIRES

- ☑ Périnatalité et développement de l'enfant
- ☑ Santé des enfants et des jeunes
- ☑ Personnes en situation de handicap
- ☑ Personnes âgées en perte d'autonomie
- ☑ Psychiatrie et santé mentale
- ☑ Cancers
- ☑ Maladies chroniques - insuffisance cardiaque
- ☑ Maladies Chroniques - asthme/BPCO

DÉVELOPPER ET PÉRENNISER LES SYNERGIES AVEC LES INSTITUTIONS PUBLIQUES ET LA COORDINATION DE LEURS POLITIQUES AU SERVICE D'UNE ACTION GLOBALE DE SANTÉ

OBJECTIF N° 27

AMBITION DU COS À 10 ANS

Une action globale de santé améliorée par la coordination et la territorialisation des politiques publiques

RAPPEL DE CE QUE NOUS ALLONS FAIRE LES 5 PROCHAINES ANNÉES

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 27	**AMÉLIORER LA CONNAISSANCE DES BESOINS DU PUBLIC ET PROMOUVOIR DES OUTILS PARTAGÉS**
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 28	Impulser une approche et une démarche globale de santé des acteurs publics et définir des objectifs communs et partagés entre les acteurs publics tout en assurant la complémentarité des actions
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 29	Promouvoir des lieux de vie favorables à la santé et contribuer à renforcer l'inclusion et le maintien en milieu ordinaire
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 30	Affirmer le rôle d'une démocratie en santé contributive

CONTEXTE ET SITUATION ACTUELLE EN NORMANDIE

Un diagnostic partagé entre les usagers et les acteurs de santé constitue un élément essentiel pour améliorer la connaissance des besoins du public à partir d'une analyse des indicateurs de santé et d'une évaluation des offres et des besoins de santé tant dans les domaines de la prévention, du soin que de l'accompagnement médico-social.

L'observation en santé participe à ce travail de diagnostic, au suivi et à l'évaluation des actions et des politiques de santé. Une meilleure connaissance des données de santé permettra d'identifier les priorités d'action et de mesurer leurs effets. Le décloisonnement et la mutualisation de l'observation entre les différents partenaires institutionnels sont deux éléments importants pour faciliter le partage et la circulation de l'information sur les travaux d'études en santé. Il est donc nécessaire de rendre plus visibles les dispositifs de l'observation en santé, les acteurs impliqués et leurs productions.

En France et en Normandie, l'efficience des actions en prévention/promotion de la santé, en sanitaire et en médico-social, est limitée par un manque de connaissances des données consolidées sur les besoins des usagers et des données probantes par les acteurs, un faible investissement des équipes de recherche dans la recherche interventionnelle, un nombre limité d'évaluations et de données territorialisées.

Néanmoins, des besoins sont exprimés par les acteurs pour disposer de données en santé, par l'ARS de Normandie pour identifier et déployer des stratégies d'intervention efficientes, et par certains chercheurs pour travailler sur des projets.

On constate également la nécessité de disposer d'une fonction d'observation régionale personnes âgées et personnes en situation de handicap associant les institutions concernées et les représentants d'usagers et de famille afin d'améliorer la connaissance des profils, des besoins, des parcours (orientation / fluidité / rupture), de mesurer l'adéquation des réponses aux besoins et de disposer d'un outil d'aide à la décision et de prospective.

LES LIENS AVEC LA STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ ET LES PLANS NATIONAUX

Directive européenne « inspire »
Système d'information partagé MDPH

AMÉLIORER LA CONNAISSANCE DES BESOINS DU PUBLIC ET PROMOUVOIR DES OUTILS PARTAGÉS

OBJECTIF N° 27

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS
Développer l'observation partagée des besoins et des réponses pour les personnes en situation de handicap, notamment avec les Conseils Départementaux et les MDPH dans le cadre de la mise en œuvre de leur système d'information
Développer l'observation et l'analyse de données partagées en termes de recours aux dispositifs et aux soins, en lien notamment avec l'Assurance maladie
Développer l'observation et l'analyse de données partagées en termes de non recours aux droits, en lien notamment avec les organismes de sécurité sociale
Accompagner le déploiement des systèmes d'information favorisant le partage des analyses et des données
Déployer le Répertoire opérationnel des ressources (ROR) en tant que référentiel unique de description de l'offre de santé sur l'ensemble des champs d'activité (sanitaire, médico-social, ville)
Développer la plateforme régionale sociale, médico-sociale et sanitaire en lien notamment avec la DRDJSCS et la Région

INDICATEURS « TRACEURS »		
INDICATEUR	**VALEUR ACTUELLE**	**VALEUR CIBLE**
Nombre d'usages de la plateforme d'observation		
Effectivité du ROR	Non	Oui

AMÉLIORER LA CONNAISSANCE DES BESOINS DU PUBLIC ET PROMOUVOIR DES OUTILS PARTAGÉS

OBJECTIF N° 27

LES ACTEURS CONCERNÉS

- Services déconcentrés de l'État (DRDJSCS, DREAL, DIRECCTE, etc.)
- Conseil régional
- Conseils départementaux
- Organismes de sécurité sociale (Assurance maladie, MSA, CAF, CARSAT,…)
- Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA)
- Commissions de coordination des politiques publiques
- MDPH
- Établissements de santé et leurs groupements
- Établissements et services médico-sociaux
- Professionnels de santé libéraux et leurs regroupements (PSLA/MSP)
- Associations d'usagers agréées

LES LEVIERS À ACTIONNER

- ☐ **La réglementation**
- ☑ **Les financements :** financements fléchés, mobilisation du FIR
- ☐ **Les autorisations**
- ☑ **La contractualisation :** CPOM des établissements de santé et des ESMS ; contractualisation des partenariats
- ☑ **L'innovation :** appui sur les SI notamment Via trajectoire sur les PA et le SI suivi des orientations des MDPH ; SERAFIN-PH en construction, formations
- ☑ **L'animation territoriale :** COPIL régional de suivi du Système Informatique via Trajectoire
- ☐ **Le contrôle, l'évaluation, l'inspection**

LES HUIT PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE PRIORITAIRES

- ☑ Périnatalité et développement de l'enfant
- ☑ Santé des enfants et des jeunes
- ☑ Personnes en situation de handicap
- ☑ Personnes âgées en perte d'autonomie
- ☑ Psychiatrie et santé mentale
- ☑ Cancers
- ☑ Maladies chroniques - insuffisance cardiaque
- ☑ Maladies Chroniques - asthme/BPCO

DÉVELOPPER ET PÉRENNISER LES SYNERGIES AVEC LES INSTITUTIONS PUBLIQUES ET LA COORDINATION DE LEURS POLITIQUES AU SERVICE D'UNE ACTION GLOBALE DE SANTÉ

OBJECTIF N° 28

AMBITION DU COS À 10 ANS

Une action globale de santé améliorée par la coordination et la territorialisation des politiques publiques

RAPPEL DE CE QUE NOUS ALLONS FAIRE LES 5 PROCHAINES ANNÉES

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 27	Améliorer la connaissance des besoins du public et promouvoir des outils partagés
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 28	**IMPULSER UNE APPROCHE ET UNE DÉMARCHE GLOBALE DE SANTÉ DES ACTEURS PUBLICS ET DÉFINIR DES OBJECTIFS COMMUNS ET PARTAGÉS ENTRE LES ACTEURS PUBLICS TOUT EN ASSURANT LA COMPLÉMENTARITÉ DES ACTIONS**
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 29	Promouvoir des lieux de vie favorables à la santé et contribuer à renforcer l'inclusion et le maintien en milieu ordinaire
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 30	Affirmer le rôle d'une démocratie en santé contributive

CONTEXTE ET SITUATION ACTUELLE EN NORMANDIE

Si le système de santé est capable de prendre en charge la souffrance et la maladie et d'agir sur les comportements, l'amélioration de l'état de santé des personnes résulte de facteurs économiques, sociaux, environnementaux et personnels. L'état de santé de la population est ainsi influencé par différentes politiques publiques (éducation, logement, transports, emploi, culture, sport…).

Différentes instances de coordination des acteurs publics existent en Normandie. Toutefois, la mobilisation de leurs membres à un niveau stratégique demeure difficile et la cohérence des interventions s'organise plus aisément dans des contractualisations ou des plans d'actions bilatéraux.

L'objectif pour l'ARS est de promouvoir la prise en compte de la santé dans toutes les politiques publiques de manière coordonnée pour garantir l'efficience de la politique régionale de santé.

Pour améliorer la santé des Normands, il s'agit de mobiliser les administrations déconcentrées sur leurs champs de compétences respectifs : l'éducation en lien notamment avec l'éducation à la santé, la prévention et l'inclusion scolaire (l'Education nationale), la santé au travail et l'insertion professionnelle (DIRECCTE), les politiques pour un environnement favorable à la santé (DREAL), les politiques d'accompagnement des publics spécifiques et de soutien à l'activité physique (DRJSCS), etc. Il s'agit également de travailler en partenariat avec le Conseil régional sur les politiques de formation professionnelle, d'aménagement du territoire et d'environnement. Les collectivités locales sont également importantes de par l'impact des politiques sociales et d'urbanisme sur la santé. Les organismes de sécurité sociale sont évidemment des partenaires quotidiens de l'action de l'Agence sur des sujets variés tels que la pertinence, la qualité et l'accessibilité de l'offre de soins mais aussi sur les politiques de prévention.

Enfin, les Conseils départementaux (CD) ont un statut particulier parmi les partenaires de l'Agence car, au-delà de politiques parfois volontaristes dans certains territoires sur la démographie médicale, sur l'attractivité médicale, les CD sont chefs de file des politiques d'autonomie. L'organisation des parcours de vie et de santé des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes en situation de handicap implique un co-pilotage des politiques entre ARS et Conseils départementaux, afin de réorganiser l'offre et accompagner l'évolution des pratiques professionnelles afin d'éviter les ruptures.

LES LIENS AVEC LA STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ ET LES PLANS NATIONAUX

Loi ASV
Réponse accompagnée pour tous (RAPT)
Plan national de lutte contre la maladie de Lyme et les maladies transmissibles par les tiques
Guide interministériel de prévention de la radicalisation

LES LIENS AVEC LES POLITIQUES PUBLIQUES RÉGIONALES ET TERRITORIALES

Schémas départementaux de l'autonomie

Plans d'actions de prévention de la radicalisation annexés aux contrats de ville et autres politiques publiques territorialisées

LES LIENS AVEC LE PRAPS

IMPULSER UNE APPROCHE ET UNE DÉMARCHE GLOBALE DE SANTÉ DES ACTEURS PUBLICS ET DÉFINIR DES OBJECTIFS COMMUNS ET PARTAGÉS ENTRE LES ACTEURS PUBLICS TOUT EN ASSURANT LA COMPLÉMENTARITÉ DES ACTIONS

OBJECTIF N° 28

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS
Renforcer l'approche intersectorielle au niveau régional, départemental et local pour partager les diagnostics, pour identifier les objectifs et plans d'actions communs, et pour mobiliser des cofinancements
Organiser la gouvernance des politiques PA/PH afin d'assurer le co-pilotage des politiques de l'autonomie : gouvernance stratégique organisée au niveau départemental, implication de l'ARS dans les conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA) en lien avec la gouvernance dédiée aux projets territoriaux de santé mentale
Favoriser l'intégration des politiques régionales de santé, d'éducation, de formation, d'emploi, de logement… au sein des commissions de coordination des politiques publiques (prévention et médico-sociale) et via la formalisation de conventions de partenariat
Mettre en œuvre, suivre et évaluer les conventions et protocoles partenariaux signés avec l'Éducation nationale, la PJJ, la DRJSCS et les DDCS, l'Assurance maladie, la DIRECCTE, le Conseil régional…
Appuyer le développement des Conseils locaux en santé mentale (CLSM) en mettant à disposition des acteurs locaux un appui méthodologique au démarrage
Définir une gouvernance stratégique régionale et territoriale dédiée aux projets territoriaux de santé mentale en garantissant une articulation constante entre le niveau régional et le niveau territorial (territoire de santé mentale)
Développer les programmes de prévention et d'intervention précoce hors milieu scolaire (PJJ, missions locales, établissements et services médico-sociaux accueillant des jeunes)
Favoriser la prévention des maladies vectorielles par un travail concerté avec les administrations compétentes
Dans le cadre de la structuration des parcours de santé et de vie en psychiatrie et santé mentale, organiser une plateforme en santé mentale dans chaque territoire, en articulation avec les plateformes territoriales d'appui, avec les offres de réhabilitation psychosociale et avec les dispositifs d'orientation permanente de la MDPH

INDICATEURS « TRACEURS »

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
Nombre de CLS dans les territoires prioritaires	5	8
Nombre de partenaires liés conventionnellement avec l'ARS		
Nombre de CLSM ou d'axes santé mentale dans les CLS		
Nombre de COPIL Territoriaux en santé mentale	0	7

IMPULSER UNE APPROCHE ET UNE DÉMARCHE GLOBALE DE SANTÉ DES ACTEURS PUBLICS ET DÉFINIR DES OBJECTIFS COMMUNS ET PARTAGÉS ENTRE LES ACTEURS PUBLICS TOUT EN ASSURANT LA COMPLÉMENTARITÉ DES ACTIONS

OBJECTIF N° 28

LES ACTEURS CONCERNÉS

- Collectivités territoriales : Conseils départementaux, Conseil régional et collectivités locales
- PJJ
- DRJSCS et DDCS
- DIRECCTE
- Organismes de sécurité sociale (Assurance maladie, MSA, CAF, CARSAT,…)
- Missions locales
- CTS
- Conseils locaux de santé mentale (CLSM)

LES LEVIERS À ACTIONNER

- ☑ **La réglementation**
- ☐ **Les financements**
- ☐ **Les autorisations**
- ☑ **La contractualisation :** convention de partenariats avec les partenaires institutionnels, contrats locaux de santé
- ☐ **L'innovation**
- ☑ **L'animation territoriale :** instance MAIA, RAPT, CLS
- ☑ **Le contrôle, l'évaluation, l'inspection**

LES HUIT PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE PRIORITAIRES

- ☑ Périnatalité et développement de l'enfant
- ☑ Santé des enfants et des jeunes
- ☑ Personnes en situation de handicap
- ☑ Personnes âgées en perte d'autonomie
- ☑ Psychiatrie et santé mentale
- ☑ Cancers
- ☑ Maladies chroniques - insuffisance cardiaque
- ☑ Maladies Chroniques - asthme/BPCO

DÉVELOPPER ET PÉRENNISER LES SYNERGIES AVEC LES INSTITUTIONS PUBLIQUES ET LA COORDINATION DE LEURS POLITIQUES AU SERVICE D'UNE ACTION GLOBALE DE SANTÉ

OBJECTIF N° 29

AMBITION DU COS À 10 ANS

Une action globale de santé améliorée par la coordination et la territorialisation des politiques publiques

RAPPEL DE CE QUE NOUS ALLONS FAIRE LES 5 PROCHAINES ANNÉES

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 27	Améliorer la connaissance des besoins du public et promouvoir des outils partagés
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 28	Impulser une approche et une démarche globale de santé des acteurs publics et définir des objectifs communs et partagés entre les acteurs publics tout en assurant la complémentarité des actions
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 29	**PROMOUVOIR DES LIEUX DE VIE FAVORABLES À LA SANTÉ ET CONTRIBUER À RENFORCER L'INCLUSION ET LE MAINTIEN EN MILIEU ORDINAIRE**
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 30	Affirmer le rôle d'une démocratie en santé contributive

CONTEXTE ET SITUATION ACTUELLE EN NORMANDIE

Changer durablement de regard et de méthode pour accompagner l'autonomie des personnes en situation de handicap, âgées, malades, en souffrance, renforcer leur citoyenneté par leur liberté et leur émancipation, bénéficier de tous leurs talents en rendant la société plus accueillante et plus inclusive sont autant d'ambitions de la politique régionale de santé .

Favoriser les parcours de santé et de vie répondant aux besoins et aux attentes des personnes implique de « sortir du cadre », d'innover et de développer de nouvelles prestations en faveur de l'inclusion : c'est le « virage inclusif », l'accès aux droit « commun », pour une scolarisation, avant tout, en milieu ordinaire, un emploi, si besoin, accompagné, et l'accès à un logement autonome.

La scolarisation en milieu ordinaire nécessite de renforcer les coopérations entre les établissements scolaires, universitaires et les établissements et services médico-sociaux, de créer des passerelles entre les différents dispositifs, d'associer et accompagner les acteurs dans le changement.

L'enjeu de l'insertion professionnelle réside :

- dans l'accès aux parcours de formation qualifiante et
- dans les transitions en fonction de l'âge (enfant / adulte / vieillissement) et/ou en fonction des milieux (ordinaire / adapté).
- dans l'articulation avec les mesures d'accompagnement « périphériques » (logement, mobilité…) au bénéfice du projet d'insertion,

Enfin, les difficultés d'accès, de maintien dans le logement justifient l'émergence de plan d'actions partagés entre institutions compétentes pour développer des formes d'habitat adapté pour toute personne choisissant ce mode de vie.

Pour agir efficacement, il s'agira aussi d'investir les champs de l'accessibilité et des transports, de l'accès aux sports, à la culture et aux loisirs est de manière coordonnée par les politiques publiques afin de promouvoir des lieux de vie favorables à la santé.

LES LIENS AVEC LA STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ ET LES PLANS NATIONAUX

SNS : agir pour une société plus inclusive

Stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale, « une réponse accompagnée pour tous »

Orientations du Conseil National du Handicap (CNH)

Plan autisme

LES LIENS AVEC LES POLITIQUES PUBLIQUES RÉGIONALES ET TERRITORIALES

Politique de formation et d'insertion des collectivités territoriales

Plan Régional d'Insertion pour les Travailleurs Handicapés (PRITH)

Schémas départementaux de l'autonomie

Plans locaux de l'habitat

LES LIENS AVEC LE PRAPS

Attention particulière pour les publics PRAPS

PROMOUVOIR DES LIEUX DE VIE FAVORABLES À LA SANTÉ ET CONTRIBUER À RENFORCER L'INCLUSION ET LE MAINTIEN EN MILIEU ORDINAIRE

OBJECTIF N° 29

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS
Améliorer les conditions de vie, l'inclusion sociale et citoyenne
Favoriser les lieux de vie et d'activité favorables à la santé, à l'inclusion sociale et au maintien à domicile (adaptation du logement en lien avec l'avancée en âge et les spécificités du handicap)
Renforcer l'offre d'accompagnement médico-sociale et sanitaire en milieu de vie ordinaire
Renforcer la scolarisation et l'accès aux études supérieures pour les enfants et les jeunes en situation de handicap
Structurer l'offre médico-sociale, sanitaire et sociale afin de favoriser l'insertion professionnelle dans une visée inclusive des personnes en situation de handicap (dès 16 ans)
Contribuer au développement d'une réponse en terme d'habitat inclusif
Promouvoir et développer les pratiques et outils d'aide à la réalisation du projet professionnel de l'usager au sein des ESMS (projet d'établissement, formation...)
Favoriser l'articulation, sur les territoires, des offres de prestations pour l'accompagnement et la sécurisation des parcours incluant logement et transport
Renforcer les services d'accompagnement et la coordination des acteurs afin de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées
Poursuivre le déploiement des fonctions de réhabilitation psychosociale (appui et expertise à l'évaluation des compétences, soins spécifiques de réhabilitation, appui à l'élaboration des projets de réinsertion)

PROMOUVOIR DES LIEUX DE VIE FAVORABLES À LA SANTÉ ET CONTRIBUER À RENFORCER L'INCLUSION ET LE MAINTIEN EN MILIEU ORDINAIRE

OBJECTIF N° 29

INDICATEURS « TRACEURS »		
INDICATEUR	**VALEUR ACTUELLE**	**VALEUR CIBLE**
Taux d'IME, IEM et ITEP disposant d'au moins une unité d'enseignement externalisée et/ou UEM et/ou d'un dispositif innovant d'inclusion scolaire	43 %	80 %
Nombre de pôles de compétences et prestations en faveur de l'insertion professionnelle	0	6
Pourcentage de personnes en « amendement Creton » sur le nombre de places en établissement pour enfant en situation de handicap	8,50 %	5 %
Réponse apportée aux demandes de retour en France de personnes en situation de handicap accueillies en Belgique		100 %
Taux de scolarisation en milieu ordinaire des enfants accompagnés en établissements spécialisés		80 %

PROMOUVOIR DES LIEUX DE VIE FAVORABLES À LA SANTÉ ET CONTRIBUER À RENFORCER L'INCLUSION ET LE MAINTIEN EN MILIEU ORDINAIRE

OBJECTIF N° 29

LES ACTEURS CONCERNÉS

- Conseils départementaux
- Conseil régional
- Collectivités locales
- Éducation nationale
- DIRECCTE
- MAIA
- ESMS

LES LEVIERS À ACTIONNER

- ☑ **La réglementation**
- ☑ **Les financements :** financement de droit commun, appels à projets, renfort des moyens des PCPE par mesures nouvelles (PRIAC) et mobilisation du FIR
- ☑ **Les autorisations**
- ☑ **La contractualisation :** conventions avec les partenaires institutionnels, CPOM des ESMS et avec les opérateurs compétents, contrats locaux de santé
- ☐ **L'innovation**
- ☑ **L'animation territoriale :** instance MAIA, gouvernance RAPT, Conseils territoriaux de santé
- ☐ **Le contrôle, l'évaluation, l'inspection**

LES HUIT PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE PRIORITAIRES

- ☑ Périnatalité et développement de l'enfant
- ☑ Santé des enfants et des jeunes
- ☑ Personnes en situation de handicap
- ☑ Personnes âgées en perte d'autonomie
- ☑ Psychiatrie et santé mentale
- ☑ Cancers
- ☑ Maladies chroniques - insuffisance cardiaque
- ☑ Maladies Chroniques - asthme/BPCO

DÉVELOPPER ET PÉRENNISER LES SYNERGIES AVEC LES INSTITUTIONS PUBLIQUES ET LA COORDINATION DE LEURS POLITIQUES AU SERVICE D'UNE ACTION GLOBALE DE SANTÉ

OBJECTIF N° 30

AMBITION DU COS À 10 ANS

Une action globale de santé améliorée par la coordination et la territorialisation des politiques publiques

RAPPEL DE CE QUE NOUS ALLONS FAIRE LES 5 PROCHAINES ANNÉES

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 27	Améliorer la connaissance des besoins du public et promouvoir des outils partagés
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 28	Impulser une approche et une démarche globale de santé des acteurs publics et définir des objectifs communs et partagés entre les acteurs publics tout en assurant la complémentarité des actions
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 29	Promouvoir des lieux de vie favorables à la santé et contribuer à renforcer l'inclusion et le maintien en milieu ordinaire
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 30	**AFFIRMER LE RÔLE D'UNE DÉMOCRATIE EN SANTÉ CONTRIBUTIVE**

CONTEXTE ET SITUATION ACTUELLE EN NORMANDIE

Les évolutions portées par la Stratégie nationale de santé doivent s'appuyer sur une gouvernance renouvelée des politiques de santé. La démocratie en santé a fait l'objet de grands progrès depuis la loi du 4 mars 2002 avec le rôle croissant de la conférence nationale et des Conférences régionales de santé et de l'autonomie (CRSA). Elle a été renforcée par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 avec la création des Conseils territoriaux de santé (CTS). Les élus, les professionnels et les usagers présents dans ces instances sont impliqués dans l'élaboration de la politique de santé en région.

Le législateur n'ayant pas spécifiquement prévu les modalités de collaboration entre CRSA et CTS, le comité stratégique du PRS a été installé en Normandie. Il est chargé à la fois de participer à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation de la politique régionale de santé et de garantir la transversalité entre toutes les instances de démocratie en santé (CRSA et ses commissions spécialisées, CTS).

Les sept conseils territoriaux de santé normands ont pour mission de veiller à conserver la spécificité des dispositifs et des démarches locales de santé fondées sur la participation des habitants. Ils ont organisé au sein d'une formation spécifique l'expression des usagers, en intégrant celle des personnes en situation de pauvreté ou de précarité et comprennent également une commission spécialisée en santé mentale. Ils ont réalisé un Diagnostic territorial partagé (DTP) en s'appuyant notamment sur les projets des équipes de soins primaires et des communautés professionnelles territoriales de santé. Chaque CTS est informé des créations de plates-formes territoriales d'appui (PTA) à la coordination des parcours de santé complexes ainsi que de la signature des contrats territoriaux et locaux de santé. Il contribue à leur suivi, en lien avec les unions régionales des professionnels de santé.

LES LIENS AVEC LA STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ ET LES PLANS NATIONAUX

SNS : Réaffirmer le rôle des usagers comme acteurs de leur parcours de santé et les associer à la gouvernance du système de santé

LES LIENS AVEC LES POLITIQUES PUBLIQUES RÉGIONALES ET TERRITORIALES

Commissions spécialisées de la CRSA

Conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA)

Conseils territoriaux de santé (CTS)

LES LIENS AVEC LE PRAPS

Gouvernance du PRAPS : Améliorer le partage régulier d'informations avec les partenaires

AFFIRMER LE RÔLE D'UNE DÉMOCRATIE EN SANTÉ CONTRIBUTIVE

OBJECTIF N° 30

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS
Donner toute leur place aux conseils territoriaux de santé (CTS) et au comité stratégique du PRS dans la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de la stratégie régionale de santé
Garantir le lien et l'action transversale entre la Conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA) et ses commissions spécialisées (CSP, CSOS, CSAMS, CSDU) et Conseils territoriaux de santé (CTS) via le comité stratégique du PRS
Faire des instances de démocratie en santé de réelles instances contributives, force de propositions et en charge de l'émergence et du suivi des actions engagées sur les territoires
Faciliter la prise en compte des actions prioritaires et des projets innovants via les travaux des CTS
positionner les CTS et/ou les conseils locaux de santé mentale pour les questions relatives à celle-ci comme lieux d'émergence, d'impulsion et de soutien aux projets locaux de santé avec les collectivités (contrats locaux de santé notamment) et les professionnels (contrats territoriaux de santé)
Développer des projets de santé de territoire (contrats territoriaux de santé)

INDICATEURS « TRACEURS »

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
Nombre de CLS	8	En augmentation
Nombre de contrats territoriaux de santé	0	En augmentation
Taux de participation aux instances de la démocratie en santé		

AFFIRMER LE RÔLE D'UNE DÉMOCRATIE EN SANTÉ CONTRIBUTIVE

OBJECTIF N° 30

LES ACTEURS CONCERNÉS

- Instances de la démocratie en santé :
  - CRSA et ses commissions spécialisées
  - Commissions de coordination des politiques publiques
  - Conseils territoriaux de santé
- Comité stratégique PRS
- Collectivités territoriales et leurs groupements
- Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)
- Équipes de soins primaires (ESP)
- Professionnels de santé libéraux et leurs regroupements (PSLA/MSP)

LES LEVIERS À ACTIONNER

- ☑ **La réglementation**
- ☑ **Les financements :** FIR
- ☐ **Les autorisations**
- ☑ **La contractualisation :** avec les collectivités territoriales (contrats locaux de santé) et avec les professionnels (contrats territoriaux de santé)
- ☑ **L'innovation**
- ☑ **L'animation territoriale :** rôle des conseils territoriaux de santé
- ☑ **Le contrôle, l'évaluation, l'inspection**

LES HUIT PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE PRIORITAIRES

- ☑ Périnatalité et développement de l'enfant
- ☑ Santé des enfants et des jeunes
- ☑ Personnes en situation de handicap
- ☑ Personnes âgées en perte d'autonomie
- ☑ Psychiatrie et santé mentale
- ☑ Cancers
- ☑ Maladies chroniques - insuffisance cardiaque
- ☑ Maladies Chroniques - asthme/BPCO

CHAQUE USAGER DOIT POUVOIR BÉNÉFICIER D'UN PARCOURS FLUIDE

OBJECTIF N° 31

AMBITION DU COS À 10 ANS

Une coordination optimale entre les acteurs de santé (de la prévention, du soin et du médico-social) mais également plus largement entre l'ensemble des acteurs du parcours de vie et de santé d'une personne : acteurs du social, de l'Éducation nationale, du travail, de l'insertion… dans le cadre d'une approche globale de la santé.

RAPPEL DE CE QUE NOUS ALLONS FAIRE LES 5 PROCHAINES ANNÉES

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 31	**GARANTIR LA FLUIDITÉ DES PARCOURS PAR LA TRANSFORMATION**
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 32	Assurer la fluidité des parcours par des modalités d'intervention coordonnées des acteurs

CONTEXTE ET SITUATION ACTUELLE EN NORMANDIE

Plusieurs territoires de la Normandie se caractérisent par un maillage dense de l'offre de soins hospitaliers sans que ce maillage ne réponde favorablement aux besoins de soins de la population, eu égard à la récurrence de problématiques de démographie médicale qui ne permettent pas de garantir un fonctionnement continu dans les conditions de qualité et de sécurité attendues, par exemple, pour des activités requérant une continuité médicale 24h/24.

Par ailleurs, l'évolution progressive – engagée en région mais à poursuivre de manière ambitieuse – des modalités d'hospitalisation à temps complet vers des prises en charge ambulatoires, « hors les murs » de l'hôpital vise à répondre à des enjeux d'efficience du système de santé tout en répondant aux attentes des usagers.

L'organisation de la gradation dans l'accès à l'offre de santé (de premier et de second recours ; en ville ou l'hôpital) de manière coordonnée entre les acteurs concernés et donc l'affirmation plus forte et plus lisible du rôle des structures de proximité, de référence territoriale, de recours régional vise donc à optimiser les ressources dans tous les champs (santé publique, autonomie et soin) en maintenant des réponses de qualité.

Les enjeux d'adaptation et de gradation de l'offre sont tout aussi prégnants dans le domaine médico-social et dans celui de la prévention et de la promotion de la santé afin de proposer des modalités d'accompagnement adaptées aux spécificités et besoins des publics (âgés en perte d'autonomie ou en situation de handicap) afin de permettre notamment le développement des réponses inclusives ou le maintien à domicile pour poursuivre un développement ambitieux des services par transformation de l'offre existante d'hébergement.

Cette volonté de meilleure organisation implique de transformer et de faire évoluer de manière progressive des activités.

LES LIENS AVEC LA STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ ET LES PLANS NATIONAUX

SNS : Transformer l'offre dans les territoires pour répondre aux nouveaux besoins de la population.
Stratégie de transformation du système de santé

LES LIENS AVEC LES POLITIQUES PUBLIQUES RÉGIONALES ET TERRITORIALES

Aménagement du territoire

PRIAC

LES LIENS AVEC LE PRAPS

Prendre en compte les publics les plus vulnérables dans les projets de recomposition

GARANTIR LA FLUIDITÉ DES PARCOURS PAR LA TRANSFORMATION

OBJECTIF N° 31

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS
Après objectivation des besoins, faire évoluer les services proposés et les capacités dans l'optique de gradation des réponses et d'atteinte d'un seuil critique d'activité, gage d'efficience et de qualité (ex. pour les activités de chirurgie)
Rechercher des gains d'efficience en mutualisant les ressources disponibles et notamment les ressources médicales dans les disciplines en tension (urgences, radiologie, anesthésie, gériatrie, psychiatrie...) au service de prises en charge sécurisées
Recomposer l'offre de santé autour des parcours avec une approche décloisonnée entre la ville, l'hôpital, le secteur médico-social en définissant les niveaux pertinents de prise en charge (cf. objectifs 16 et 17), dont l'identification des fonctions à assurer et des ressources à mobiliser par niveau (ex. cahier des charges du projet médical régional de cancérologie) et en favoriser l'accès à des expertises de recours
Accompagner l'évolution de l'offre hospitalière : en appuyant la réalisation des investissements nécessaires, en soutenant les projets de reconversion des professionnels le cas échéant concernés
Développer les coopérations entre établissements : accélérer la montée en charge des Groupements hospitaliers de territoires (GHT), favoriser les partenariats entre établissements publics et privés, entre établissements de santé et médico-sociaux
Adapter et transformer l'offre de service médico-sociale et favoriser l'inclusion en milieu de vie ordinaire en veillant notamment à une augmentation globale de la part des services dans l'offre et en diversifiant les modes de prise en charge (ex. pôles de compétences et de prestations)
Développer la santé publique dans les groupements hospitaliers de territoires (GHT)
Développer l'hospitalisation de jour de médecine et de soins de suite et de réadaptation en substitution à l'hospitalisation complète
Développer les prestations « hors les murs »
Accompagner les restructurations nécessaires pour des raisons de sécurité et de qualité ; le cas échéant, accompagner le déploiement de dispositifs expérimentaux innovants visant à maintenir un premier niveau de réponse en proximité (ex. dispositifs de soins non programmés)
Consolider le rôle des établissements de recours en cas de crise sanitaire exceptionnelle et plus particulièrement des établissements sièges de SAMU
Structurer les filières de soins en respectant des principes de gradation et de subsidiarité (cf. objectifs spécifiques 16 et 17) : promouvoir les regroupements d'activité, partage de plateaux techniques entre établissements, mutualisation de la permanence des soins
Accompagner les évolutions de pratiques : favoriser le développement de l'exercice mixte (ville-hôpital, public-privé), le déploiement plus ambitieux des consultations avancées, communiquer auprès des professionnels et de leurs représentants, valoriser le rôle d'hôpital de proximité

GARANTIR LA FLUIDITÉ DES PARCOURS PAR LA TRANSFORMATION

OBJECTIF N° 31

INDICATEURS « TRACEURS »		
INDICATEUR	**VALEUR ACTUELLE**	**VALEUR CIBLE**
Part des services créés par l'ARS dans l'offre médico-sociale globale	36,90 %	50 %
Nombre de structures d'urgences SU et/ou SMUR dont l'activité est supérieure au critère de faible activité		
Nombre de services de chirurgie dont l'activité est < à 1 500 séjours chirurgicaux par an		
Taux global de chirurgie ambulatoire	54,80 %	70 %
Taux de recours à l'HAD	17 patients / jour / 100 000 habitants	

GARANTIR LA FLUIDITÉ DES PARCOURS PAR LA TRANSFORMATION

OBJECTIF N° 31

LES ACTEURS CONCERNÉS

- Professionnels de santé
- Professionnels sociaux et médico-sociaux
- URPS
- Groupements hospitaliers de territoires
- Établissements de santé
- Établissements et services médico-sociaux
- Collectivités territoriales (dont conseils départementaux)
- OPCA
- Associations gestionnaires
- Présidents de CME

LES LEVIERS À ACTIONNER

- ☑ **La réglementation**
- ☑ **Les financements :** mobilisation du FIR
- ☑ **Les autorisations :** notamment la réforme des autorisations à venir
- ☑ **La contractualisation :** contractualisation d'expérimentations ; CPOM des établissements de santé ; CPOM des ESMS
- ☑ **L'innovation :** soutien aux expérimentations (article 51 de la LFSS pour 2018)
- ☑ **L'animation territoriale :** accompagnement des restructurations sanitaires et médico-sociales ; conseils territoriaux de santé
- ☑ **Le contrôle, l'évaluation, l'inspection :** évaluation des expérimentations

LES HUIT PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE PRIORITAIRES

- ☑ Périnatalité et développement de l'enfant
- ☑ Santé des enfants et des jeunes
- ☑ Personnes en situation de handicap
- ☑ Personnes âgées en perte d'autonomie
- ☑ Psychiatrie et santé mentale
- ☑ Cancers
- ☑ Maladies chroniques - insuffisance cardiaque
- ☑ Maladies Chroniques - asthme/BPCO

CHAQUE USAGER DOIT POUVOIR BÉNÉFICIER D'UN PARCOURS FLUIDE

OBJECTIF N° 32

AMBITION DU COS À 10 ANS

Une coordination optimale entre les acteurs de santé (de la prévention, du soin et du médico-social) mais également plus largement entre l'ensemble des acteurs du parcours de vie et de santé d'une personne : acteurs du social, de l'Éducation nationale, du travail, de l'insertion… dans le cadre d'une approche globale de la santé.

RAPPEL DE CE QUE NOUS ALLONS FAIRE LES 5 PROCHAINES ANNÉES

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 31	Garantir la fluidité des parcours par la transformation
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 32	ASSURER LA FLUIDITÉ DES PARCOURS PAR DES MODALITÉS D'INTERVENTION COORDONNÉES DES ACTEURS

CONTEXTE ET SITUATION ACTUELLE EN NORMANDIE

Pouvoir bénéficier d'un parcours de santé et de vie fluide (sans rupture, avec le bon interlocuteur, au bon moment, au bon endroit et dans des délais compatibles avec les besoins) est probablement le souhait prioritaire de chaque Normand.

Si la réponse à cette demande légitime passe par une meilleure adaptation de l'offre de santé aux besoins exprimés dans les territoires, une meilleure coordination de l'intervention des acteurs, dans un contexte de contrainte budgétaire et de forte tension sur les ressources humaines soignantes, doit permettre de dégager rapidement les marges nécessaires. La rationalisation des organisations est donc une priorité pour l'ARS et ses partenaires.

Les structures de coordination sont nombreuses et diverses mais elles se cantonnent le plus souvent à de la coordination soit strictement clinique, soit strictement médico-sociale et/ou sociale. Elles sont donc rarement transversales. La difficulté à organiser une prise en charge globale et pluridisciplinaire a conduit à les multiplier au risque de les rendre parfois redondantes, souvent ignorées par les professionnels ou par la population à laquelle elles s'adressent.

Les professionnels et acteurs de santé s'organisent pour proposer une réponse adaptée. Ces coordinations « écrivent et jouent chacune leur partition » en prenant en compte dans la mesure du possible celles mises en œuvre autour d'elles. 90 % de la population a déclaré un médecin traitant, qui dans 99 % des cas est un médecin généraliste dont le rôle de pivot dans le système de soins est consacré par la Loi.

Les enjeux du virage ambulatoire, de l'inclusion en milieu ordinaire, du maintien à domicile et de la proximité placent résolument la continuité des parcours de santé au niveau des soins primaires.

L'ARS doit donc s'attacher à faire converger ces dispositifs d'appui et de coordination, dans une dimension territoriale, afin de les rendre plus lisibles et compréhensibles pour les professionnels comme pour les usagers du système de santé.

LES LIENS AVEC LA STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ ET LES PLANS NATIONAUX

SNS : Transformer l'offre dans les territoires pour répondre aux nouveaux besoins de la population.

LES LIENS AVEC LES POLITIQUES PUBLIQUES RÉGIONALES ET TERRITORIALES

Assurer la transversalité des politiques d'inclusion

LES LIENS AVEC LE PRAPS

Un enjeu prioritaire de coordination des politiques publiques (axe 1)

Renforcer l'accès aux soins des publics éloignés du système de santé

ASSURER LA FLUIDITÉ DES PARCOURS PAR DES MODALITÉS D'INTERVENTION COORDONNÉES DES ACTEURS

OBJECTIF N° 32

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS
Définir précisément les périmètres d'action et les responsabilités des acteurs sociaux, médico-sociaux, sanitaires du parcours de santé
Consolider et développer les coopérations entre les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé, du secteur sanitaire et du secteur médico-social
Accroître les collaborations entre EHPAD et offre sanitaire spécialisée notamment dans le cadre des GHT (SSR spécialisé, UCC, consultations spécialisées, services de psychiatrie)
Faire évoluer le COPIL des maisons des adolescents en un co-pilotage sanitaire/social/médico-social/médecine libérale/éducation nationale avec pour mission l'amélioration du parcours des adolescents, notamment sur l'accessibilité, la continuité et la qualité dans une approche de gestion de projets co-construits et la mise en place de réunions de concertation pluridisciplinaires territoriales pour les situations complexes
Améliorer les parcours de soins complexes grâce au développement de la fonction d'appui aux médecins généralistes (déploiement des Plateformes territoriales d'appui - PTA)
Recentrer les réseaux de santé sur leur mission de coordination d'appui aux médecins de premiers recours pour les patients complexes conformément aux orientations nationales
Faire converger et rendre cohérents les dispositifs d'appui à la coordination des interventions sociales, médico-sociales, sanitaires : PTA, MAIA/CLIC (guichet intégré), réseaux de santé, PTSM,...
Proposer une coordination régionale de l'ETP en créant des liens avec les filières : obésité, AVC… et avec les programmes d'accompagnement (SCAD, ASALEE, PRADO, SOPHIA…)
Développer les « approches attentionnées » dans une démarche de parcours au sein des établissements de santé (de l'accueil jusqu'à la sortie), particulièrement en direction des populations en situation de vulnérabilité
Intégrer l'impératif de continuum prévention, soins, accompagnements médico-sociaux et sociaux et le concept d'intégration dans les plans d'actions addictions, santé mentale, nutrition/activité physique, santé sexuelle, ETP, vaccination, dépistages
Décloisonner les SSIAD/SPASAD et les professionnels du sanitaire pour faciliter les sorties d'hospitalisation des personnes âgées
Développer les usages numériques favorisant la fluidité des parcours (cf. objectif 24) notamment en déployant les Services numériques d'appui à la coordination (SNAC pour PTA, PAERPA, MAIA, …)
Structurer des organisations et développer des pratiques professionnelles permettant d'offrir une réponse individualisée, notamment face aux situations les plus complexes
Harmoniser la coordination régionale et infra régionale de l'ETP pour optimiser le fonctionnement des acteurs de l'ETP en tenant compte de leur expertise à la fois dans la coordination et dans la pratique de l'ETP

ASSURER LA FLUIDITÉ DES PARCOURS PAR DES MODALITÉS D'INTERVENTION COORDONNÉES DES ACTEURS

OBJECTIF N° 32

INDICATEURS « TRACEURS »		
INDICATEUR	**VALEUR ACTUELLE**	**VALEUR CIBLE**
Taux de couverture du territoire par une réponse graduée et coordonnée pour les cas complexes dans le cadre des parcours prioritaires (PTA, PAERPA, MAIA, PTSM)		100 %
Convergence des dispositifs de coordination	Non mis en œuvre	1 dispositif de coordination par territoire
Pilotage – Gouvernance régionale	Non mis en œuvre	1 instance régionale multipartenaire pilotée par l'ARS chargée de veiller à la cohérence
Services numériques d'appui à la coordination (SNAC)	2 Systèmes d'information des coordinations (SICO)	1 système unique commun adossé aux PTA
Taux de couverture territoriale des PSLA/CPTS		valeur actuelle + 30 %

ASSURER LA FLUIDITÉ DES PARCOURS PAR DES MODALITÉS D'INTERVENTION COORDONNÉES DES ACTEURS

OBJECTIF N° 32

LES ACTEURS CONCERNÉS

- Professionnels de santé de 1er recours
- PSLA/MSP
- Équipes de soins primaires
- Communautés professionnelles territoriales de santé
- PTA
- Établissements de santé et GHT
- Établissements et services médico-sociaux
- MAIA – CLIC – Réseaux de santé
- Dispositifs PAERPA
- Conseils départementaux
- Conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie
- Acteurs sociaux

LES LEVIERS À ACTIONNER

- ☑ **La réglementation**
- ☑ **Les financements :** mobilisation du FIR vers la coordination de parcours et les organisations innovantes
- ☐ **Les autorisations**
- ☑ **La contractualisation :** appels à projets, CPOM avec des acteurs locaux
- ☑ **L'innovation :** organisations innovantes basées sur l'optimisation des ressources locales
- ☑ **L'animation territoriale :** soutien à l'émergence et accompagnement des initiatives des acteurs de terrain pour mettre en œuvre des solutions adaptées aux territoires ; conseils territoriaux de santé
- ☑ **Le contrôle, l'évaluation, l'inspection :** évaluation des dispositifs financés

LES HUIT PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE PRIORITAIRES

- ☑ Périnatalité et développement de l'enfant
- ☑ Santé des enfants et des jeunes
- ☑ Personnes en situation de handicap
- ☑ Personnes âgées en perte d'autonomie
- ☑ Psychiatrie et santé mentale
- ☑ Cancers
- ☑ Maladies chroniques - insuffisance cardiaque
- ☑ Maladies Chroniques - asthme/BPCO

II

LES CONSÉQUENCES SUR LES ACTEURS

Les objectifs spécifiques et opérationnels de SRS déclinés ci-avant sont autant de moyens à mettre en œuvre pour améliorer l'état de santé de la population et lutter contre les Inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS).

Parmi eux, l'Agence et ses partenaires ont fait le choix d'afficher l'objectif d'une offre en santé graduée répondant aux besoins des Normands (objectifs spécifiques 16, 17 et 31).

Cette ambition implique des conséquences sur les acteurs en santé tant dans le domaine de la prévention que du soin et des accompagnements médico-sociaux.

En conformité avec la Stratégie nationale de santé (SNS), le PRS normand a également positionné la prévention et la promotion de la santé comme le premier levier du bien-être de la population.

Bien que non demandés réglementairement, l'Agence a toutefois choisi d'afficher des conséquences sur l'organisation des acteurs en prévention et promotion de la santé au même titre que ceux définis par la loi pour les acteurs à la fois du secteur sanitaire et du secteur médico-social.

Sont ainsi présentés ci-après les :

1. Conséquences sur les acteurs en prévention et promotion de la santé
2. Conséquences sur les acteurs du secteur sanitaire
3. Conséquences sur les acteurs du secteur médico-social

INTRO DUC TION

Les conséquences sur les acteurs en prévention et promotion de la santé

1. Enjeux

La prévention vise à empêcher la survenue ou l'aggravation de la maladie. Elle se distingue de la promotion de la santé qui offre à la population les moyens d'assurer un contrôle sur sa propre santé et d'améliorer celle-ci.

Le diagnostic élaboré en Normandie sur l'estimation du poids attribuable aux déterminants sociaux de santé sur les décès confirme l'impact majeur de ces déterminants sur la santé sur la mortalité.

Les actions de prévention et de promotion de la santé permettent d'agir sur ceux-ci. Une action résolue sur la prévention, promotion de la santé participe également à l'efficience du système de santé.

En cela, la prévention, promotion de la santé constitue un enjeu majeur pour assurer la soutenabilité de notre système de santé à long terme tel que le réaffirme la stratégie nationale de santé.

Pour faire face aux problématiques de santé, la région a développé un dispositif de prévention, promotion de la santé qui nécessite d'être renforcé et mieux coordonné avec les autres dispositifs publics.

Un meilleur maillage du territoire, une plus grande attention aux inégalités sociales de santé et une plus grande efficience sont attendus par la population et les acteurs normands.

2. Principes généraux d'intervention en prévention et promotion de la santé (PPS)

- Politique régionale et des actions en PPS reposant sur des données probantes à un coût soutenable,
- Lisibilité et accessibilité de la PPS,
- Inscription des actions dans la durée,
- Professionnalisation des acteurs,
- Participation de la population,
- Cohérence des interventions de PPS avec les autres dimensions des parcours de vie et de santé.

3. Vers une organisation graduée lisible pour tous

A l'instar de l'offre sanitaire et médico-sociale, l'offre de prévention, promotion de la santé doit évoluer vers une organisation graduée plus lisible pour tous pour répondre aux objectifs spécifiques du SRS :

- Niveau régional : identification des structures ressources (Plateforme promotion santé Normandie, association régionale d'éducation thérapeutique du patient, GRAFISM, centre régional de coordination des dépistages des cancers…),

- Niveau infrarégional d'animation territoriale : identification des référents territoriaux de promotion de la santé, des ateliers santé ville et des antennes des structures régionales le cas échéant,
- Niveau territorial de proximité en fonction des besoins et ressources des territoires :
  - développement des actions sur les déterminants de santé (addictions, nutrition/sédentarité, santé mentale…) déployées dans les lieux de vie et d'activité de la population,
  - développement de la prévention médicalisée en proximité (« aller vers » et « hors les murs »),
  - diversification des acteurs de PPS (associations œuvrant en PPS, professionnels de santé, collectivités territoriales promotrices de santé, hôpitaux promoteurs de santé, établissements et services médico-sociaux promoteurs de santé, Éducation nationale / Protection judiciaire de la jeunesse / Aide sociale à l'enfance promotrices de santé, santé au travail…).

Pour y parvenir différents leviers seront mobilisés :

- autorisation et habilitation de structures ou dispositifs,
- allocation des crédits FIR,
- contractualisation pluriannuelle avec les opérateurs PPS,
- CPOM,
- CLS et CLSM,
- mobilisation des instances de pilotage (COPIL thématiques ou populationnels) et de concertation telles que les conseils territoriaux de santé, la MILDECA, les COPIL territoriaux PPS, les conférences des financeurs prévention de la perte d'autonomie…
- évaluations d'impact en santé (EIS).

Les fiches déclinées ci-après décrivent les évolutions attendues à échéance du SRS en matière de :

- prévention et réduction des pratiques addictives,
- dépistages organisés des cancers,
- éducation thérapeutique du patient,
- vaccination,
- santé sexuelle.

La fiche relative à la prévention et à la réduction des pratiques addictives a vocation à rejoindre la partie consacrée aux conséquences sur les acteurs du secteur médico-social.

PRÉVENTION ET RÉDUCTION DES PRATIQUES ADDICTIVES

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

Première cause régionale de mortalité (15 % des décès liés au tabac et 5 % à l'alcool), les pratiques addictives contribuent largement à la situation sanitaire globalement défavorable de la Normandie au regard de la France métropolitaine. Leurs conséquences sanitaires et sociales sont multiples et ne se résument pas à la mortalité liée à la dépendance. Elles créent ou entretiennent des situations particulièrement difficiles quand elles se surajoutent à d'autres problématiques (de comorbidité somatique, de santé mentale, de perte d'autonomie, de précarité économique et sociale, de suivi judiciaire, d'isolement social...).

Avec une offre de prévention inégalement répartie, on observe des situations spécifiques selon les territoires et les publics, par exemple, on constate 18 points d'écarts chez les jeunes (enquête ESCAPAD à 17 ans) pour les alcoolisations ponctuelles importantes entre l'Eure (11 %) et l'Orne (29 %), tandis qu'il existe encore de fortes spécificités de genre concernant les niveaux d'usage ou leur évolution, mais aussi au regard de la spécificité des prises de risque ou de l'accessibilité réelle aux dispositifs d'addictologie.

De plus, il faut porter une attention prioritaire sur le « gradient social » qui marque les pratiques addictives et leurs conséquences : pratiques addictives et inégalités sociales de santé se renforcent mutuellement.

Quant à lui, le dispositif médico-social d'addictologie joue un rôle déterminant dans la stratégie régionale d'addictologie. Son développement doit permettre de réorienter l'offre d'addictologie :

- d'une offre curative répondant aux situations de dépendance vers une intervention de proximité, plus précoce et inscrite dans la durée afin de répondre à l'ensemble des usages et d'être plus efficace,
- d'un dispositif spécialisé autonome s'adressant directement aux patients et usagers à une offre intégrée aux parcours de vie et de santé, donc s'adressant également aux acteurs sanitaires et sociaux non spécialisés en addictologie (soutien, formation, accompagnement),
- d'un dispositif morcelé entre ses différentes spécialités (prévention, réduction des risques, soins…) à une offre intégrée garante du continuum d'action en addictologie et une évolution nécessaire des représentations et des pratiques.

RÉFÉRENCE AUX OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU SRS CONCERNÉS

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°1	Prévenir les pratiques addictives
OBJECTIF SPECIFIQUE N°4	Agir précocement pour garantir de meilleures chances de bonne santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°6	Permettre l'accès des personnes en situation de handicap aux programmes de prévention, promotion de la santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 7	Promouvoir la santé sexuelle positive
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 9	Garantir l'équité en santé selon le principe d'universalisme proportionné
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 10	Organiser une stratégie ciblée vers les plus vulnérables
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 11	Rendre l'usager acteur de sa santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 12	Accompagner les aidants
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 13	Associer les usagers à l'amélioration du système de santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 16	Garantir à l'usager l'accès à une offre de services en santé de proximité à chaque étape de son parcours de vie, tout en conciliant qualité et sécurité
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 17	Organiser graduellement l'accessibilité à une offre de santé complémentaire adossée à l'offre de proximité
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 18	Améliorer l'information des professionnels de santé sur l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale existante
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 22	Assurer la formation des professionnels en cohérence avec les besoins de santé des usagers
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 27	Améliorer la connaissance des besoins du public et promouvoir des outils partagés
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 31	Garantir la fluidité des parcours par la transformation
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°32	Assurer la fluidité des parcours par des modalités d'intervention coordonnées des acteurs

OBJECTIFS QUALITATIFS

DÉFINIR ET GRADUER L'OFFRE EN ADDICTOLOGIE SUR LES TERRITOIRES ET STRUCTURER LES MODALITÉS DE COORDINATION ET DE PARTENARIAT

- Structurer l'offre territoriale en proximité en addictologie sur la base de la gradation suivante :
  - Assurer une prestation généraliste dans tous les CSAPA
  - Offre de services en santé de proximité : PPCA, CSAPA + CJC + niveau 1 hospitalier, notamment pour garantir l'accès aux traitements en addictologie par coordination de l'offre territoriale (CSAPA, ville, hôpital)
  - Offre de santé complémentaire :
    - En prévention, au moins 1 CSAPA porteur d'un pôle de prévention compétent en addictologie (PPCA),
    - En réduction des risques, au moins 1 CAARUD avec un dispositif de « CAARUD mobile »,
    - Pour les soins, prestations du niveau 2 de la filière hospitalière d'addictologie.
- Organiser la contribution des acteurs de l'addictologie à la coordination des parcours de santé et de vie (notamment au sein des Plateformes territoriales d'appui),
- Assurer l'implication des structures médico-sociales dans les instances régionales de coordination en addictologie.

RÉPONDRE AUX PREMIERS USAGES PAR L'INTERVENTION PRÉCOCE

- Développer l'intervention précoce vers le public jeune pour réduire les usages à risques et prévenir les situations de dépendance,
- Compléter le maillage territorial en CJC et conforter le fonctionnement des CJC existantes au regard de l'importance de la population jeune à couvrir,
- Systématiser le partenariat opérationnel entre CJC et Maison des adolescents (MDO) au niveau local pour améliorer l'accompagnement des comorbidités,
- Systématiser le partenariat opérationnel entre CJC et établissements scolaires et d'apprentissage,
- Développer les programmes de prévention et d'intervention précoce hors milieu scolaire (PJJ, missions locales, ESMS accueillant des jeunes),
- Développer l'intervention précoce auprès des étudiants.
- En population générale, développer l'intervention précoce en formant et en mobilisant les professionnels de première ligne non spécialisés en addictologie.

RÉDUIRE LES RISQUES ET LES DOMMAGES

- Organiser des modalités adaptées aux publics et aux territoires : adapter les outils de la réduction des risques au public féminin (modalités d'accueil et d'intervention des CAARUD), développer les démarches « d'aller vers » les jeunes en errance, développer les programmes de réduction des risques et des dommages en prison,
- Assurer, pour chaque territoire, une couverture suffisante en matériel de RdRD.

RENFORCER L'ACCESSIBILITÉ ET L'EFFICACITÉ DES ACCOMPAGNEMENTS ET DES SOINS EN ADDICTOLOGIE

- Apporter une réponse aux besoins insuffisamment couverts :
  - Répondre aux besoins des personnes confrontées à des troubles neuro-cognitifs (dont Korsakov),
  - Définir les modalités d'intervention pour les troubles du comportement alimentaire (dans le cadre d'une filière complémentaire mais distincte de l'addictologie).
- Faire du CSAPA l'acteur de référence de l'addictologie à l'échelle du territoire de proximité (pour les usagers et pour les partenaires) pour :
  - Garantir la réponse en addictologie au sein des parcours prioritaires et/ou pour les publics ou milieux spécifiques
  - Appuyer le développement des prises en charge en ville
  - Renforcer le lien hôpital / ville / CSAPA lors de la préparation de la sortie

CRÉATIONS/TRANSFORMATIONS

Rappel : tous les objectifs sont présentés sous réserve de l'obtention des moyens nécessaires dans le cadre de l'allocation de ressources nationale (ONDAM spécifique « Dispositifs pour personnes en situations spécifiques ») pour :

PÔLES DE PRÉVENTION COMPÉTENTS EN ADDICTOLOGIE (PPCA) :

- conforter le maillage territorial : déployer les Pôles de prévention compétents en addictologie (PPCA) et les consultations jeunes consommateurs.
- création d'un PPCA sur le territoire Elbeuf – Louviers,
- création d'un PPCA sur le territoire du Havre,
- création d'un PCCA sur le territoire de la Manche,
- création d'un PPCA sur le territoire de l'Orne,
- création d'un PPCA pour les territoires du Deauvillais et du Lexovien,
- création d'un PPCA pour les territoires du Caennais, Bajocasse et Virois.

CSAPA (Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) :

- transformer l'antenne CSAPA de Saint-Lô en CSAPA,
- par transformation et mesures nouvelles, créer un CSAPA à Bayeux,
- transformer l'antenne CSAPA de Vire en CSAPA,
- par transformation et mesures nouvelles, assurer la présence d'un CSAPA à Flers,
- par transformation et mesures nouvelles, assurer la présence d'une antenne CSAPA à Falaise,
- à partir des CSAPA existants, par mesures nouvelles, développer les antennes et consultations avancées en priorisant les territoires de proximité les plus vulnérables aux pratiques addictives.

CJC (Consultations jeunes consommateurs) :

- par création, extension ou redéploiement, assurer la présence d'une CJC dans tous les CSAPA et l'intervention d'une CJC dans chaque territoire de proximité.

CAARUD (Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues) :

- par création, équiper le territoire de la Manche avec 2 CAARUD (1 pour le Nord et Centre Manche, l'autre pour le Sud Manche),
- par mesures nouvelles, assurer prioritairement la mise à niveau de l'offre des CAARUD existants dans le Calvados et l'Eure,
- par mesures nouvelles, doter le CAARUD du Havre d'un dispositif « CAARUD mobile ».

LEVIER(S) MOBILISÉ(S)

- ☑ Allocation des crédits FIR, allocation de ressources (appel à projets, mesures nouvelles)
- ☑ Opérations de fongibilité entre crédits sanitaires et médico-sociaux
- ☑ Synergies (et co-financement) avec la MILDECA
- ☑ CPOM
- ☑ Conventions de partenariat
- ☑ Actualisation des autorisations

DÉPISTAGES ORGANISÉS DES CANCERS

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

Les taux de dépistage dans la région sont supérieurs aux taux nationaux et certains départements affichent de très bons résultats (par exemple sur la campagne 2015-2016, Orne et Seine-Maritime pour le dépistage du cancer du sein et Orne et Eure pour le dépistage du cancer colorectal), néanmoins, ces chiffres restent inférieurs aux objectifs de 75 % pour assurer l'efficacité des programmes et des efforts restent nécessaires pour réduire les inégalités d'accès aux dépistages.

Cinq structures départementales gèrent actuellement les dépistages organisés du cancer du sein et du cancer colorectal et une association régionale « Normandie dépistages » fédère les cinq structures pour le cancer du col de l'utérus. Cette association permet d'organiser un lieu d'échange régulier entre les structures et favoriser l'harmonisation des pratiques.

Le plan cancer 2014-2019 appelle à l'organisation régionale des structures de gestion en charge des dépistages organisés des cancers afin d'accroître leur efficience. Après une large concertation nationale conduite par la Direction générale de la santé (DGS) et l'INCA, deux instructions de la DGS en date de décembre 2016 et d'avril 2017 encadrent le processus de cette réorganisation.

RÉFÉRENCE AUX OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU SRS CONCERNÉS

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°6	Permettre l'accès des personnes en situation de handicap aux programmes de prévention, promotion de la santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°9	Garantir l'équité en santé selon le principe d'universalisme proportionné
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°10	Organiser une stratégie ciblée vers les plus vulnérables
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°11	Rendre l'usager acteur de sa santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°13	Associer les usagers à l'amélioration du système de santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°16	Garantir à l'usager l'accès à une offre de services en santé de proximité à chaque étape de son parcours de vie, tout en conciliant qualité et sécurité
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°17	Organiser graduellement l'accessibilité à une offre de santé complémentaire adossée à l'offre de proximité
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°19	Accompagner à l'accès et à la compréhension de l'information de santé

OBJECTIFS QUALITATIFS

ACCROÎTRE L'EFFICIENCE, LA LISIBILITÉ DU DISPOSITIF DES DÉPISTAGES ORGANISÉS DES CANCERS

- L'évolution des missions des structures implique une adaptation de l'organisation du dispositif. Celle-ci porte en particulier sur l'amélioration du service proposé à la population et aux professionnels, afin de permettre une meilleure harmonisation des pratiques mais aussi une mutualisation des moyens. Elle vise à améliorer la dynamique régionale de dépistage, les interfaces entre les acteurs intervenant actuellement à l'échelle départementale et l'émergence de projets communs à déployer ou expérimenter au niveau régional.

ACCOMPAGNER LA MONTÉE EN CHARGE DU DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

- Communication et mise en réseau des acteurs,
- En population générale, développer l'intervention précoce en formant et en mobilisant les professionnels de première ligne non spécialisés en addictologie.

HARMONISER LA STRATÉGIE RÉGIONALE DE COMMUNICATION / PROMOTION DU DÉPISTAGE

CRÉATIONS/TRANSFORMATIONS

L'organisation actuelle, reposant sur cinq structures de gestion, doit évoluer au 1er janvier 2019 vers le regroupement en un seul centre régional de coordination des dépistages des cancers, responsable de la mise en œuvre des trois programmes de dépistages organisés des cancers.

La réorganisation prévoit une entité juridique unique par région avec un échelon régional et des antennes territoriales. L'échelon régional sera chargé de la mise en œuvre régionale de missions et de fonctions mutualisées (pilotage, assurance qualité, coordination de l'évaluation, recherche, organisation de la gouvernance et des fonctions supports…). Le niveau territorial assurera des actions de proximité avec la population et les professionnels de santé.

La fusion des cinq structures départementales existantes sera organisée à partir de l'association régionale « Normandie dépistage » dont les statuts devront être modifiés en conséquence.

LEVIER(S) MOBILISÉ(S)

- ☑ **Autorisation de la nouvelle structure régionale en charge de la coordination des dépistages organisés des cancers**
- ☑ **Allocation des crédits FIR**
- ☑ **Communication / sensibilisation des professionnels de santé et de la population**

ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT (ETP)

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

- Une priorité des PRS 1 mais des organisations différentes dans les anciennes régions
- Plus de 175 programmes autorisés en région mais des freins :
  - des files actives très inférieures aux besoins recensés (nb patients vs nb malades chroniques),
  - une majorité de programmes autorisés à l'hôpital alors que les malades chroniques sont en ville et peu de collaborations ville-hôpital,
  - des pathologies prioritaires peu ou mal couvertes (ex : neuro, cancer…) et peu de programmes pluri-pathologies,
  - une prise en compte insuffisante des inégalités sociales de santé dans les programmes,
  - une couverture territoriale insuffisante posant des difficultés d'accès à l'ETP,
  - une faible participation des associations d'usagers à la mise en œuvre des programmes,
  - la lourdeur de la procédure d'autorisation des programmes ainsi que les modalités de financement constituent des freins à la mobilisation des professionnels de santé exerçant en ambulatoire.

Une nécessaire harmonisation avec la création de la Normandie

RÉFÉRENCE AUX OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU SRS CONCERNÉS

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°6	Permettre l'accès des personnes en situation de handicap aux programmes de prévention, promotion de la santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°9	Garantir l'équité en santé selon le principe d'universalisme proportionné
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°10	Organiser une stratégie ciblée vers les plus vulnérables
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°11	Rendre l'usager acteur de sa santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°13	Associer les usagers à l'amélioration du système de santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°16	Garantir à l'usager l'accès à une offre de services en santé de proximité à chaque étape de son parcours de vie, tout en conciliant qualité et sécurité
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°17	Organiser graduellement l'accessibilité à une offre de santé complémentaire adossée à l'offre de proximité
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°19	Accompagner à l'accès et à la compréhension de l'information de santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°22	Assurer la formation des professionnels en cohérence avec les besoins de santé des usagers
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°31	Garantir la fluidité des parcours par la transformation
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°32	Garantir la fluidité des parcours par des modalités d'intervention coordonnées des acteurs

OBJECTIFS QUALITATIFS

PROPOSER UNE ORGANISATION GRADUÉE ET UNE COORDINATION RÉGIONALE PERMETTANT DE COUVRIR L'ENSEMBLE DES TERRITOIRES ET LES THÉMATIQUES PRIORITAIRES :

- **Missions régionales : ressources en ETP et coordination**
  - Harmonisation des programmes, des pratiques et des outils,
  - Développement de programmes sur les thématiques prioritaires et polypathologies,
  - Documentation,
  - Communication et animation partenariale (annuaire des ressources, site internet unique, journées régionales, évènementiel),
  - Organisation des modalités d'accompagnement des acteurs,
  - Formation : plan régional de formation,
  - Recherche,
  - Financement (rémunération des éducateurs).
- **Missions régionales : ressources en ETP et coordination**
  - Participation à l'identification des besoins des territoires,
  - Soutien et accompagnement des acteurs ambulatoires et hospitaliers (méthodologie de projet, formation, logistique / outillage pour la mise en œuvre des programmes),
  - Animation, analyses de pratiques,
  - Soutien aux partenariats locaux (avec les CH, les MSP et les pôles de santé, établissements et services médico-sociaux, associations, CLS, ASV, CPTS…),
  - Dispensation d'actes d'ETP des programmes afin d'initier la démarche dans les territoires,
  - Relai des actions de communication.
- **Missions de proximité : mise en œuvre d'actions et de programmes d'ETP**

  Les acteurs susceptibles de porter des projets sont les professionnels de santé libéraux et leurs regroupements, les établissements de santé, les établissements et les services médico-sociaux, les associations de patients, la structure régionale par subsidiarité des acteurs locaux dans les territoires les plus en difficultés

METTRE EN PLACE UNE OFFRE GLOBALE D'ETP EN PROXIMITÉ DU PATIENT (DIAGNOSTIC ÉDUCATIF, ATELIERS, ÉVALUATION DES COMPÉTENCES ACQUISES, SUIVI DU PARCOURS ETP) ASSOCIANT LA VILLE ET L'HÔPITAL

RÉDUIRE LES INÉGALITÉS D'ACCÈS À L'ETP (ÉLOIGNEMENT, HANDICAP, CONDITIONS SOCIO-ÉCONOMIQUES, MILIEUX SPÉCIFIQUES…)

CRÉATIONS/TRANSFORMATIONS

Organisation d'un dispositif intégré de coordination régionale et territoriale de l'ETP porté par un acteur unique constitué à partir de la fusion des opérateurs historiques de l'ETP et associant par convention les partenaires. L'association régionale d'ETP créée exercera pour l'ensemble de la région ses missions au niveau :

- Régional : siège régional à Caen assurant les missions régionales en partenariat avec l'IREPS pour ce qui concerne la formation et l'accompagnement des acteurs.
- Territorial : identification de 7 antennes (une par territoire de démocratie sanitaire) regroupant les activités de coordination en direction des professionnels de santé libéraux et les établissements de santé. Ces antennes assureront les missions de coordination territoriale et l'initiation des programmes d'ETP dans les territoires les plus en difficulté du point de vue de la démographie médicale. Des conventions entre l'association régionale et les établissements de santé porteurs d'Unité transversale d'éducation du patient (UTEP) devront être signées pour permettre la constitution d'équipes mixtes de coordination ville-hôpital intervenant dans les antennes. L'articulation de ces antennes avec les PTA devra être organisée.
- Local : mise en œuvre de programmes par subsidiarité des acteurs locaux.

LEVIER(S) MOBILISÉ(S)

- ☑ **Autorisation des programmes d'ETP**
- ☑ **Allocation des crédits FIR**
- ☑ **CPOM**
- ☑ **Formation des professionnels de santé et des usagers**

VACCINATION

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

En Normandie, en 2013 et 2014, les couvertures vaccinales à trois doses chez les enfants âgés de 24 mois contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche et l'haemophilus influenzae étaient satisfaisantes (supérieures à 95 %). En revanche, au même âge, les couvertures vaccinales à deux doses contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (ROR) étaient comprises entre 60 et 70 %, ce qui est inférieur à l'objectif fixé pour obtenir l'éradication de ces maladies (95 %).

En 2015, la couverture vaccinale contre le méningocoque C chez les enfants âgés de 12 à 23 mois était comprise en Normandie entre 55 % et 78 %, avec une diminution dans les classes d'âge supérieures (18 à 37 % chez les 15-19 ans). Ces couvertures vaccinales sont insuffisantes.

En 2013 et 2014, en Normandie, la couverture vaccinale à trois doses contre l'hépatite B chez les enfants âgés de 24 mois était comprise entre 73 et 91 %, ce qui est inférieur à l'objectif de 95 % fixé par la loi.

Enfin, la couverture vaccinale à deux doses contre le papillomavirus humain entre 11 et 19 ans n'est pas disponible en Normandie. Cependant, l'étude de la Cire en 2015 auprès d'un échantillon d'adolescents âgés entre 16 et 18 ans du Calvados retrouvait une couverture vaccinale de 25 %, ce qui est très faible.

La politique de vaccination est mise en oeuvre par les médecins libéraux, les médecins du travail, les services hospitaliers, la protection maternelle et infantile, les collectivités territoriales et les structures habilitées par l'ARS.

Dans le Calvados, l'Eure et la Manche, l'ARS accorde des subventions à huit structures habilitées. En Seine-Maritime, le Conseil départemental a souhaité maintenir son implication dans l'organisation de la vaccination publique et gratuite et remplit cette mission avec une grande efficacité tandis que dans l'Orne, le Conseil départemental a abandonné cette compétence au 1er janvier 2017.

Comme au niveau national, un redoublement d'efforts pour la promotion de la vaccination et une plus grande efficience du système de santé sont attendus.

RÉFÉRENCE AUX OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU SRS CONCERNÉS

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°4	Agir précocement pour garantir de meilleures chances de bonne santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°6	Permettre l'accès des personnes en situation de handicap aux programmes de prévention, promotion de la santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°9	Garantir l'équité en santé selon le principe d'universalisme proportionné
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°10	Organiser une stratégie ciblée vers les plus vulnérables
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°11	Rendre l'usager acteur de sa santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°16	Garantir à l'usager l'accès à une offre de services en santé de proximité à chaque étape de son parcours de vie, tout en conciliant qualité et sécurité
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°21	Assurer une démarche d'amélioration continue de la sécurité et de la qualité des services et interventions en santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°22	Assurer la formation des professionnels en cohérence avec les besoins de santé des usagers
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°27	Améliorer la connaissance des besoins du public et promouvoir des outils partagés
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°31	Assurer la fluidité des parcours par la transformation

OBJECTIFS QUALITATIFS

- **Développer l'observation et l'analyse des données en matière de vaccination**
- **Renforcer les actions en direction des professionnels**
- **Missions de proximité : mise en œuvre d'actions et de programmes d'ETP**
  - optimiser le fonctionnement des centres pour améliorer l'offre de vaccination
    - ☑ harmoniser le fonctionnement des centres de vaccination à partir du nouveau référentiel régional
    - ☑ organiser des échanges de pratique entre les équipes de vaccination
  - faciliter l'adhésion des centres de vaccination au protocole de coopération entre médecin-infirmier
  - habiliter de nouvelles structures comme les PASS, les SUMPS…
  - proposer la vaccination contre le papillomavirus dans les établissements scolaires
- **Pour lever les freins : promouvoir la vaccination auprès de la population**

CRÉATIONS/TRANSFORMATIONS

Pour atteindre les objectifs d'augmentation des taux de couverture vaccinale et d'efficience du dispositif, une réorganisation des centres de vaccination est engagée. Elle repose sur la **constitution de quatre équipes de vaccination** à temps plein (avec une répartition modulée en fonction de la taille des départements) comprenant un médecin et un infirmier, réparties **dans le Calvados, l'Eure, la Manche et l'Orne,** ayant trois objectifs :

- réaliser des séances de vaccination dans des locaux dédiés,
- réaliser des séances de vaccination dans les établissements scolaires et les lieux de vie des populations précaires,
- développer les relations avec les partenaires pour multiplier le nombre de séances hors les murs et promouvoir la vaccination.

La prise de rendez-vous serait externalisée via une plateforme téléphonique commune pour les quatre départements.

LEVIER(S) MOBILISÉ(S)

☑ **Habilitation des centres de vaccination**
☑ **Allocation des crédits FIR**
☑ **Communication / sensibilisation des professionnels de santé et des usagers**

SANTÉ SEXUELLE

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

- Réforme du dispositif de dépistage avec la mise en place en 2016 des CeGIDD, acteurs majeurs de la santé sexuelle sur les territoires : phase de montée en charge avec une campagne de renouvellement démarrée au 2e semestre 2017
- Repositionnement des COREVIH suite au décret n° 2017-682 du 28 avril 2017 relatif à la coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine
- Parution de la stratégie nationale en santé sexuelle

Principaux indicateurs de cadrage

- Un Indicateur conjoncturel de fécondité (ICF) en Normandie (2014) plus important qu'en France métropolitaine pour les mineures.

ICF 2014	15-24 ans	25-34 ans	35-49 ans
Normandie	**33**	**128**	**36**
France M	27	127	44

- Un recours à l'IVG des mineures proche des moyennes nationales : 7,4 pour 1000 femmes de 15 à 17 ans (contre 7,6)
- Une augmentation récente du nombre de déclarations de cas de syphilis récente est à interpréter avec prudence mais une hausse importante du nombre de déclarations de cas de gonococcie est observée depuis 2013
- Pour le VIH : la Normandie se situe, en 2016, au 4e rang des régions ayant une faible activité de dépistage du VIH et en 2015 un taux de positivité proche de la moyenne nationale. Le nombre de personnes ayant découvert leur infection à VIH en 2016 place la Normandie au 4e rang de découvertes de séropositivité les moins élevées de France métropolitaine.

RÉFÉRENCE AUX OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU SRS CONCERNÉS

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 7	Promouvoir la santé sexuelle positive
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°9	Garantir l'équité en santé selon le principe d'universalisme proportionné
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°10	Organiser une stratégie ciblée vers les plus vulnérables
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°11	Rendre l'usager acteur de sa santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°16	Garantir à l'usager l'accès à une offre de services en santé de proximité à chaque étape de son parcours de vie, tout en conciliant qualité et sécurité
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°17	Organiser graduellement l'accessibilité à une offre de santé complémentaire adossée à l'offre de proximité
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°31	Assurer la fluidité des parcours par la transformation
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°32	Assurer la fluidité des parcours par des modalités d'intervention coordonnées des acteurs

OBJECTIFS QUALITATIFS

AMÉLIORER LA COUVERTURE TERRITORIALE DE L'OFFRE DE DÉPISTAGE DES IST ET DU VIH

- **Conforter le rôle des CeGIDD :**
  - garantir la qualité : formation des professionnels (COREVIH-IREPS), échanges de pratiques (COREVIHST),
  - améliorer la couverture des territoires et l'accessibilité de tous au dépistage :
    - ☑ Clarifier le rôle des antennes
    - ☑ Déployer les interventions hors les murs
    - ☑ Développer l'information et la communication
  - étendre ses compétences en santé sexuelle (au-delà du dépistage) : formation des professionnels, inscription du CeGIDD dans le territoire

POURSUIVRE LE DÉPLOIEMENT DES TESTS RAPIDES D'ORIENTATION DIAGNOSTIQUE (TROD) POUR LES PUBLICS CIBLES

- rendre plus lisible le rôle des TROD en complémentarité du dépistage « classique »
- mieux positionner les CSAPA – CAARUD comme acteurs du dépistage auprès des usagers de drogues

ORGANISER LA COMPLÉMENTARITÉ DES ACTEURS

À la suite de la fusion des COREVIH, mieux positionner le COREVIHST à l'échelle de la Normandie

- un comité de coordination unique pour la Normandie de manière à fédérer l'ensemble des acteurs normands autour d'une politique régionale homogène et en privilégiant une organisation qui permette la représentation des différents territoires et des différents acteurs œuvrant en région,

- missions :
  - ☑ le soutien des acteurs dans les territoires (formation, échanges de pratiques…),
  - ☑ l'amélioration de la qualité et de la sécurité dans les différents domaines d'intervention,
  - ☑ l'aide à la décision, grâce notamment à l'analyse des données d'activité (y compris la qualité des données), pour la priorisation et l'évaluation des actions et de la politique régionale.

- des partenaires régionaux avec lesquels la collaboration est attendue :
  - ☑ La Plateforme Promotion Santé Normandie pour ce qui concerne la prévention-promotion de la santé,
  - ☑ Santé Publique France (Cire) pour l'analyse des données et l'évaluation,
  - ☑ L'université et les IRTS pour la recherche,
  - ☑ Les structures et acteurs régionaux, notamment et de manière non exhaustive ceux œuvrant dans le champ de l'addictologie et les CPEF…

DÉPLOYER LA COMMUNICATION POUR PROMOUVOIR LE DÉPISTAGE ET FAIRE CONNAÎTRE L'OFFRE EXISTANTE SUR LE TERRITOIRE

LEVIER(S) MOBILISÉ(S)

- ☑ **Habilitation des CEGIDD**
- ☑ **Allocation des crédits FIR**
- ☑ **CPOM avec le COREVIHST**
- ☑ **Conventions de partenariat**

INTRO DUC TION

Les conséquences sur les acteurs du secteur sanitaire

1. Rappel sur la délimitation des zones

La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (LMSS) dispose que l'agence régionale de santé délimite des « territoires de démocratie sanitaire » à l'échelle infrarégionale, de manière à couvrir l'intégralité du territoire de la région, ainsi que des « zones » donnant lieu, à la répartition des activités de soins et des équipements matériels lourds d'une part, et des laboratoires de biologie médicale d'autre part.

En Normandie, ce zonage a été fixé par arrêté du 20 juillet 2017 de la Directrice générale de l'ARS après consultation du Préfet de région ainsi que de la Commission spécialisée de l'offre de soins (CSOS) et de la Conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA).

Les zones ont été identifiées en tenant compte, des besoins de la population, de l'offre existante et des adaptations nécessaires, des évolutions techniques et scientifiques ainsi que de la démographie des professionnels de santé et leur répartition, de la cohérence entre les différentes activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation et des coopérations entre acteurs de santé.

Afin de garantir la lisibilité du schéma et le caractère opérationnel des découpages, l'ARS de Normandie a identifié des zones identiques pour l'ensemble des activités de soins et équipements matériels lourds relevant de ce schéma ainsi que pour l'implantation des laboratoires de biologie. Ces zones, au nombre de 7, correspondent à la délimitation des territoires de démocratie sanitaire.

2. Précisions sur les activités figurant dans les objectifs quantitatifs et qualitatifs en matière d'offre de soins (OQQOS)

Les dispositions légales et règlementaires distinguent les activités de soins, les équipements matériels lourds et les laboratoires de biologie médicale soumis à autorisation qui doivent faire l'objet d'objectifs quantitatifs dans le schéma régional de santé (SRS), des autorisations dites spécifiques (lactariums, prélèvements d'organes et de tissus, chirurgie esthétique) ou des activités soumises à reconnaissance contractuelle qui n'ont pas vocation à être traduites de manière obligatoire en objectifs quantitatifs.

Ainsi, seules les activités soumises à autorisation (hors autorisation spécifiques) sont traduites en objectifs quantitatifs dans les documents ci-après.

Les activités relevant actuellement du schéma interrégional d'organisation des soins (SIOS – chirurgie cardiaque, neurochirurgie, activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie, traitement des grands brûlés, greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques) ne sont pas intégrées au sein du présent document.

A contrario, l'activité d'hospitalisation à domicile (HAD), bien qu'identifiée au sein des maquettes des activités de soins concernées par l'HAD (médecine, psychiatrie, gynécologie-obstétrique) fait également l'objet d'une maquette spécifique d'offre de soins HAD, afin de participer à la visibilité de l'HAD et de tenir compte des travaux engagés sur la région avec les opérateurs de terrain.

3. Principes transversaux pris en compte pour la détermination des OQQOS par type d'activité

- Organiser la gradation de l'accès aux soins pour répondre à des enjeux de ressources (médicales, soignantes, financières), d'efficience, de soutenabilité,
- Concilier les impératifs de qualité/sécurité avec les enjeux de proximité et d'accessibilité,
- Inciter à la concrétisation de coopérations structurées,
- Tenir compte de la nécessité d'accompagner les établissements concernés par des restructurations avec la perspective d'évolution vers d'autres modalités de prise en charge répondant à des besoins (ex : transformation SU en CSNP),
- Asseoir la pérennité de l'offre de soins de certains établissements de santé dont la situation est menacée (rupture de trésorerie, absence de capacité d'investissement, absence de ressources médicales permettant de répondre aux conditions techniques de fonctionnement…).

4. Prise en compte des évolutions éventuelles durant la période de validité du SRS

Les OQOS pourront être révisés durant les 5 années de mise en œuvre du SRS afin de tenir compte des évolutions de l'offre de soins et des besoins de la population sur la région Normandie.

Par ailleurs, un projet de réforme a été annoncé en termes de droit des autorisations (portant sur différentes activités de soins et équipements matériels lourds-EML)) qui impliquera une première révision du SRS à horizon 2020.

Indépendamment de la prise en compte de cette réforme, l'ARS de Normandie veillera à une adaptation régulière du schéma et de ses objectifs opérationnels afin de répondre à l'évolutivité des besoins en régions.

Conformément aux dispositions de l'article 204 de la loi de modernisation de notre système de santé, ces évolutions sont prévues dans le cadre d'ordonnances. En effet, « (…) le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnances les mesures d'amélioration et de simplification du système de santé relevant du domaine de la loi visant à :
1° Moderniser et simplifier les différents régimes d'autorisation des activités de soins et d'équipements matériels lourds, les régimes des visites de conformité, les régimes d'agrément et d'autorisation de mise en service des transports sanitaires et les modalités de contractualisation entre les agences régionales de santé et les établissements de santé et les structures de coopération, afin d'assurer une plus grande cohérence avec les projets régionaux de santé, intégrant ainsi la révision des durées d'autorisation, et d'alléger les procédures, notamment à l'occasion d'opérations de renouvellement, de transfert ou de cession d'autorisation ; (…). »

La première ordonnance (n° 2018-4 du 3 janvier 2018) publiée le 4 janvier 2018 modifie notamment la durée de validité des autorisations d'activités de soins.

Conformément aux orientations définies et aux dispositions réglementaires, l'ARS de Normandie serait susceptible de déroger à la durée de validité d'une autorisation de 7 ans (L6122-8 du CSP),

- pour les activités de soins nécessitant des dispositions particulières dans l'intérêt de la santé publique,
- dans le cadre d'une opération de coopération, conversion, cession, changement de lieu d'implantation, fermeture, regroupement prévue, le cas échéant, par le schéma d'organisation des soins et pour assurer la continuité des soins.

Enfin, dans un objectif d'adaptabilité aux évolutions susmentionnées, de souplesse, les objectifs quantitatifs (= implantations) sont présentés sous forme de fourchette, c'est-à-dire sous la forme d'une valeur minimale et d'une valeur maximale à échéance du SRS (5 ans). Ce principe laisse la possibilité aux établissements de s'inscrire ou non dans les évolutions d'implantations qui sont présentées dans le SRS.

Zones
Eu
Dieppe
Fécamp
Neufchâtel-en-Bray
Cherbourg-Octeville
Le Havre
Lillebonne
Rouen
Cricqueboeuf
Pont-Audemer
Bayeux
Elbeuf
Gisors
Caen
Louviers
Lisieux
Saint-Lô
Coutances
Bernay
Vernon
Évreux
Granville
Falaise
Vire
Flers
L'Aigle
Argentan
Verneuil-sur-Avre
Avranches
Saint-Hilaire-du-Harcouet
La Ferté-Macé
Mortagne-au-Perche
Alençon

MÉDECINE

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

L'activité de soins de médecine consiste en la prise en charge polyvalente ou spécialisée des patients dont l'état de santé nécessite des soins à visée diagnostique, thérapeutique ou palliative, une surveillance ou un suivi de nature médicale. Elle comporte, le cas échéant, des actes techniques à visée diagnostique ou thérapeutique ou des actes techniques interventionnels utilisant l'imagerie médicale. Les soins de médecine prennent en compte les aspects physique, psychique et social des patients.

La région dispose d'une offre de soins graduée de médecine, avec des structures de recours (médecine de spécialités) qui peuvent proposer une expertise pour les services de médecine polyvalente qui sont en proximité, incluant le champ de la prise en charge des enfants et adolescents de moins de 18 ans.

Un certain nombre des prises en charge polyvalentes en médecine interne et spécialités médicales sont déjà organisées en filières et ont vocation à s'organiser en parcours de soins et parcours de santé.

Certains de ces parcours sont bien avancés, d'autres en voie de construction. Très schématiquement, il s'agit de parcours par pathologies :

- accidents cardio-neuro-vasculaires,
- maladies chroniques, notamment insuffisance cardiaque, broncho pneumopathie chronique obstructive (BPCO), cancérologie, Insuffisance rénale chronique (IRC), maladies neuro dégénératives, obésité.

Ou de parcours populationnels :

- enfants et adolescents,
- personnes âgées.

Au regard des besoins de patients âgés, des établissements de santé ont développé des activités s'inscrivant dans la filière de soins gériatrique (notamment Court séjour gériatrique (CSG), Équipe mobile de gériatrie (EMG)).

L'offre de médecine a développé également des prises en charge en soins palliatifs (Unités de soins palliatifs (USP) et Lits identifiés de soins palliatifs (LISP)). Chaque zone d'implantation est dotée d'au moins une Équipe mobile de soins palliatifs (EMSP), en cohérence avec l'axe régional qui vise à renforcer à la fois l'offre au domicile et à la rendre également plus disponible pour les établissements médico-sociaux.

L'activité de médecine dans les ex-hôpitaux locaux a connu de fortes évolutions :

- au plan national d'abord, avec la réforme réglementaire intervenue en 2015 définissant le statut d'hôpital de proximité, à la jonction entre le premier recours, le second recours et le médico-social et basée sur des caractéristiques du territoire qu'ils desservent,
- au plan territorial, avec des opérations de recomposition de l'offre de soins, s'inscrivant dans une organisation graduée des soins, donnant une vocation de proximité à ces établissements, à forte valence gériatrique, en lien avec les établissements de recours et leurs plateaux techniques.

Les activités de médecine sont parties intégrantes dans le parcours de soins.

Le contexte actuel est marqué pour les activités de médecine par leur inscription dans le virage ambulatoire, avec l'annonce de la révision de la circulaire frontière, les Groupements hospitaliers de territoire (GHT), avec l'élaboration de projets médicaux partagés, qui constituent un levier pour la structuration de filières de soins pertinentes au sein des territoires.

Ce document aborde (à l'exclusion de la cancérologie qui fera l'objet d'un volet spécifique) les disciplines médicales dans leur globalité, excluant les champs de la prise en charge des enfants et adolescents de moins de 18 ans, et de la prise en charge en HAD qui seront traités de manière individualisée.

De nombreux postes médicaux sont vacants dans la région, tout particulièrement pour certaines spécialités (neurologie, cardiologie, pneumologie…) qui présentent un déficit démographique accentué.

Le déploiement de la télémédecine en région est un objectif prioritaire, compte tenu des problématiques de démographie médicale, même si celui-ci est avancé dans certains domaines, notamment dans le parcours de soins de l'Accident vasculaire cérébral (AVC).

RÉFÉRENCE À L'OBJECTIF OU AUX OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU SRS CONCERNÉ(S)

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°4	Agir précocement pour garantir de meilleures chances de bonne santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°11	Rendre l'usager acteur de sa santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 15	Renforcer attractivité territoriale pour l'exercice des professions de santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 16	Garantir à l'usager l'accès à une offre de services en santé de proximité à chaque étape de son parcours de vie, tout en conciliant qualité et sécurité
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 17	Organiser graduellement l'accessibilité à une offre de santé complémentaire adossée à l'offre de proximité
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 18	Améliorer l'information des professionnels de santé sur l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 21	Assurer une démarche d'amélioration continue de la sécurité et de la qualité des services et interventions en santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 22	Assurer la formation des professionnels en cohérence avec les besoins de santé des usagers
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 24	Assurer le déploiement de l'innovation technique et technologique : de la télémédecine à l'e-santé et notamment le développement de nouvelles applications en santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 25	Promouvoir et développer la recherche clinique (thérapeutique) et interventionnelle (participative)
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 26	Favoriser l'innovation à la fois en termes d'organisation et de pratiques professionnelles : développement des coopérations et du partage des compétences
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 27	Améliorer la connaissance des besoins du public et promouvoir des outils partagés (observation, évaluation, orientation, suivi)
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 31	Garantir la fluidité des parcours par la transformation
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 32	Assurer la fluidité du parcours par des modalités d'intervention coordonnées des acteurs

OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS

FAVORISER LES PROJETS MÉDICAUX D'HOSPITALISATION DE JOUR (HDJ) MÉDECINE

Hospitalisation à temps partiel spécialisée dans les deux CHU et les Établissements de santé (ES) de recours et hospitalisation à temps partiel polyvalente dans les autres ES : dès la révision de la circulaire frontière fin 2017, établir un cahier des charges pour l'HDJ médecine, entamer des travaux avec les médecins coordonnateurs et les cadres des hospitalisations à temps partiel de médecine déjà implantées.

Le développement de l'hospitalisation à temps partiel médecine s'effectuera dans les ES en fonction des critères suivants :

1 - ORGANISER L'OFFRE DE MÉDECINE EN RESPECTANT LA GRADATION DES SOINS

- Favoriser l'orientation du patient la plus précoce possible pour garantir la fluidité de la filière et reposer sur des critères rigoureux pour offrir au patient la prise en charge la plus adaptée. Impliquer les établissements SSR dans la prise en charge de la phase post-aigüe, dont le maillage territorial d'aval SSR est assuré pour chacune des zones d'implantations.
- Formaliser des conventions de coopération inter établissements et avec l'offre de soins de premier recours et l'inscription dans les filières de soins.

2 - TRANSFORMER L'HOSPITALISATION À TEMPS COMPLET EN HOSPITALISATION À TEMPS PARTIEL EN MÉDECINE

- Poursuivre le développement de l'hospitalisation de jour dans les centres hospitaliers de recours en regroupant si besoin les spécialités et augmenter les capacités d'HDJ dans les structures existantes.
- Inscrire l'hospitalisation à temps partiel de médecine dans un continuum de prise en charge (de la ville à l'établissement), prenant en compte la structuration du premier recours dans les domaines de la prévention, l'éducation thérapeutique, le suivi des maladies chroniques (hospitalisations évitables) et la coordination des parcours de soins.
- Expertiser des actes médicaux à effectuer soit en hospitalisation (à temps complet ou en hospitalisation de jour), soit en consultation externe, soit vers l'offre de soins de ville / Expertiser le report d'actes médicaux effectués en hospitalisation vers la consultation externe ou vers la médecine de ville.

3 - POURSUIVRE ET DÉVELOPPER LA PROMOTION ET LA VALORISATION D'ACTIONS DE SENSIBILISATION AUX MALADIES CARDIO ET NEURO-VASCULAIRES, ET DE PRÉVENTION ET DÉPISTAGE DE LEURS FACTEURS DE RISQUE (lien avec la prévention)

4 - DÉVELOPPER LA TÉLÉ-EXPERTISE, TÉLÉ-SURVEILLANCE DANS LE CADRE DES PATHOLOGIES CHRONIQUES PRIORITAIREMENT ET FAVORISER LES INNOVATIONS TECHNIQUES ET ORGANISATIONNELLES

5 - FORMALISER UNE FILIÈRE DE PRISE EN CHARGE DE L'OBÉSITÉ DE L'ADULTE ET DE L'ENFANT, en se référant aux recommandations de la HAS pour la construction d'un parcours de soins. Construire un parcours de santé, avec une organisation régionale des soins graduée, animé par le CSO (structuration et mise en œuvre d'une prise en charge médicale multidisciplinaire de l'obésité ; parcours de soins médico-chirurgical ; parcours de soins de l'enfant obèse)

6 - AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES PRATIQUES ADDICTIVES (20 % des décès normands et cause majeure d'hospitalisation et de comorbidités au sein des différents services de médecine) en adaptant l'offre hospitalière au regard de la définition territoriale des filières d'addictologie (cf. la Stratégie régionale « pratiques addictives » 2018-2022 élaborée par l'ARS Normandie)

CRÉATIONS/TRANSFORMATIONS

ZONE D'IMPLANTATION DE L'ORNE

ACTIVITÉ DE SOINS DE MÉDECINE :

Compte tenu de la rareté des ressources médicales, des besoins de santé de la population et des exigences inhérentes à la qualité et la sécurité des soins, une nouvelle organisation de l'offre de soins est attendue sur chaque site suivant des principes de spécialisation et de gradation des soins.

- 0 à – 1 implantation

ACTIVITÉ DE SOINS DE MÉDECINE SOUS FORME D'HAD

Une suppression d'implantation de médecine sous forme d'HAD est prévue dans la zone d'implantation de l'Orne, dans le cadre d'une coopération attendue entre des titulaires d'autorisation d'HAD afin de renforcer un projet territorial d'HAD.

- 0 à – 2 implantations dans le cadre d'un projet de coopération.

ZONE D'IMPLANTATION DU CALVADOS

ACTIVITÉ DE SOINS DE MÉDECINE SOUS FORME D'HAD

Une suppression d'implantation de médecine sous forme d'HAD est prévue dans le Bajocasse, dans le cadre d'une coopération attendue entre des titulaires d'autorisation d'HAD afin de renforcer un projet territorial d'HAD.

- 0 à -1 implantation dans le cadre d'un projet de coopération.

ZONE D'IMPLANTATION DE LA MANCHE

ACTIVITÉ DE SOINS DE MÉDECINE

- 0 à – 2 implantations.

LEVIER(S) MOBILISÉ(S)

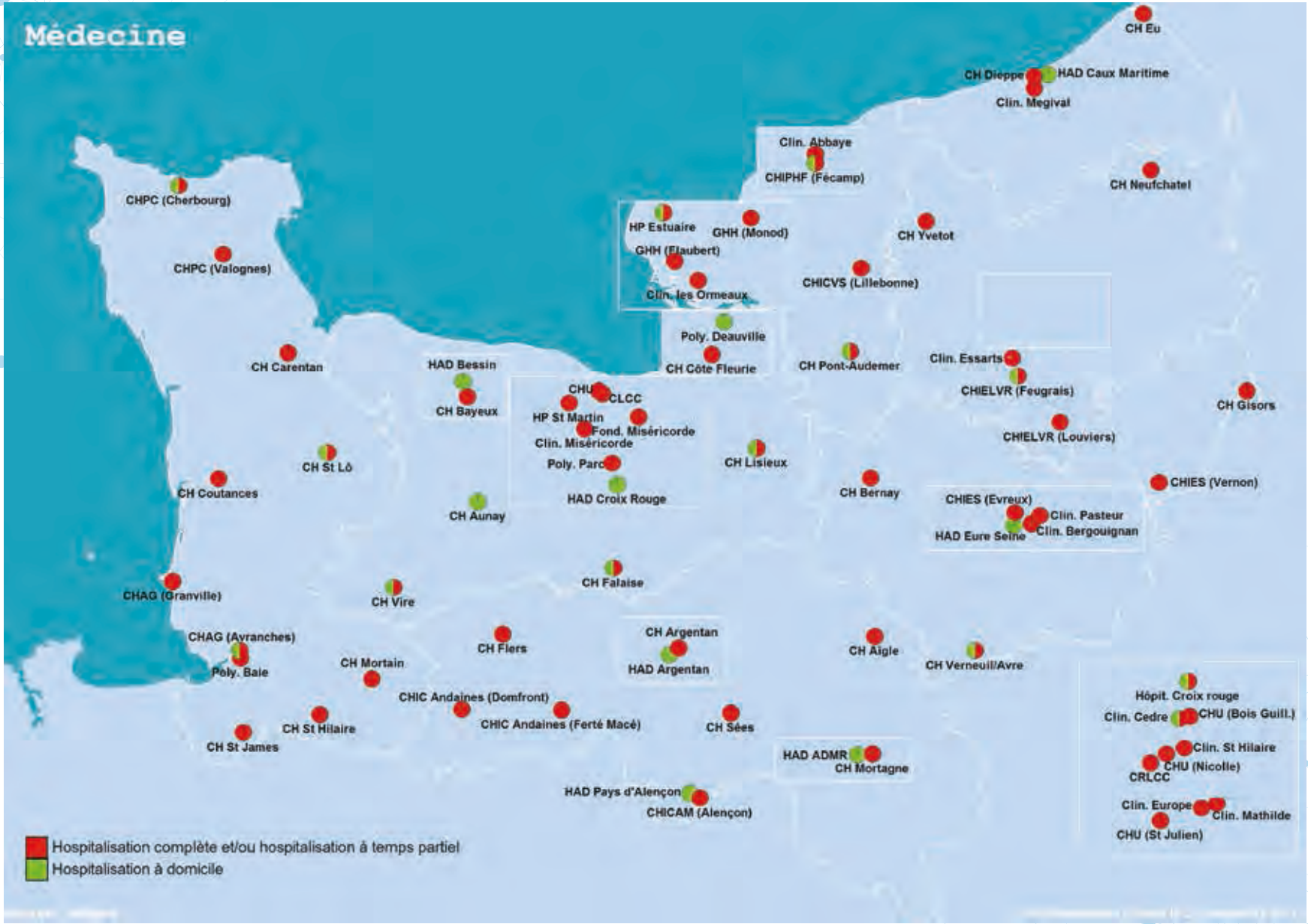
- ☑ La contractualisation avec les professionnels, structures et établissements de santé, les établissements et services médico-sociaux, et les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé
- ☑ Les systèmes d'information, la télémédecine et l'e-santé
- ☑ Les outils d'appui et de coordination des acteurs du soin et des accompagnements sociaux et médico-sociaux, de la prévention et de la promotion de la santé
- ☑ La formation et l'évolution des métiers et des compétences des acteurs de santé

INDICATEURS(S) RÉGIONAUX MOBILISÉ(S) / ARTICULATIONS

- Le développement de la télémédecine
- Parcours de soins des maladies chroniques formalisés par la HAS à mettre en œuvre
- Outils ANAP pour l'HDJ médecine
- Dispositifs de maintien à domicile : PRADO, SOPHIA
- Dispositifs de coordination : PTA
- Association de patients : formation des patients, ETP, patient expert…
- URML, CHU, ES de recours, centres experts pour la formation des professionnels de santé
- Cahier des charges HDJ médecine à écrire une fois la circulaire frontière révisée
- E-santé, numérisation des dossiers, DMP, formalisation des comptes rendus de sortie
- Mise en œuvre des PPS (plans personnalisés de soins) pour les patients suivis en médecine (recommandations HAS)
- Consultations spécialisées avancées au sein des maisons de santé
- Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), retour d'expérience (REX), enquêtes satisfaction des patients, Évaluation des pratiques professionnelles (EPP), patients traceurs
- Indicateurs de suivi selon les données de santé à la disposition de l'ARS et selon les recommandations IPAQS et IPC (indice de pratique clinique) de la HAS
- Indicateurs de suivi spécifiques pour toute action de santé publique contractualisée avec l'ARS.

TABLEAU DES IMPLANTATIONS PAR ACTIVITÉ DE SOINS

Modalités de l'activité de soins	IMPLANTATIONS DE MÉDECINE																					
	ZONE D'IMPLANTATION CALVADOS			ZONE D'IMPLANTATION MANCHE			ZONE D'IMPLANTATION ORNE			ZONE D'IMPLANTATION LE HAVRE			ZONE D'IMPLANTATION DIEPPE			ZONE D'IMPLANTATION ROUEN - ELBEUF			ZONE D'IMPLANTATION EVREUX - VERNON			RÉGION NORMANDIE		
	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance Différentiel du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance Différentiel du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance Différentiel du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance Différentiel du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance Différentiel du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance Différentiel du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance Différentiel du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance Différentiel du SRS	Différentiel
Médecin HC et/ou HTP	11	11	0	11	11 à 9	0 à -2	8	8 à 7	0 à -1	8	8	0	3	3	0	14	14	0	7	7	0	62	62 à 59	0 à -3
Médecin sous forme d'HAD	7	7 à 6	0 à -1	3	3	0	3	3 à 1	0 à -2	3	3	0	1	1	0	3	3	0	2	2	0	22	22 à 19	0 à -3


Médecine
CH Eu
CH Dieppe
HAD Caux Maritime
Clin. Mégival
Clin. Abbaye
CHIPHF (Fécamp)
CH Neufchatel
CHPC (Cherbourg)
HP Estuaire
GHH (Monod)
GHH (Flaubert)
CH Yvetot
CHPC (Valognes)
CHICVS (Lillebonne)
Clin. les Ormeaux
Poly. Deauville
CH Carentan
HAD Bessin
CH Côte Fleurie
CH Pont-Audemer
Clin. Essarts
CHIELVR (Feugrais)
CH Gisors
CHU
CLCC
CH Bayeux
HP St Martin
Fond. Miséricorde
Clin. Miséricorde
CHIELVR (Louviers)
CH St Lô
Poly. Parc
CH Lisieux
CH Coutances
HAD Croix Rouge
CH Bernay
CHIES (Vernon)
CH Aunay
CHIES (Evreux)
Clin. Pasteur
Clin. Bergouignan
HAD Eure Seine
CH Falaise
CHAG (Granville)
CH Vire
CH Argentan
CH Flers
CH Aigle
CHAG (Avranches)
HAD Argentan
CH Verneuil/Avre
Poly. Baie
CH Mortain
Hôpit. Croix rouge
CHIC Andaines (Domfront)
Clin. Cedre
CHU (Bois Guill.)
CHIC Andaines (Ferté Macé)
CH Sées
CH St Hilaire
Clin. St Hilaire
CH St James
HAD ADMR
CH Mortagne
CHU (Nicolle)
CRLCC
HAD Pays d'Alençon
Clin. Europe
Clin. Mathilde
CHICAM (Alençon)
CHU (St Julien)
Hospitalisation complète et/ou hospitalisation à temps partiel
Hospitalisation à domicile

CHIRURGIE

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

- Léger retard de la Normandie sur le développement de la chirurgie ambulatoire : taux global à 52.7% en 2016 pour une cible à 53.6%, mais taux avec application du case-mix national à 53.9%
- Problème de démographie des professionnels de santé, surtout pour les établissements de recours et les établissements de proximité : recours aux intérimaires avec difficulté de construire un projet de service ou d'établissement, difficultés d'organisation de la Permanence des soins (PDS), problèmes de sécurité et de qualité
- Problème de fragilité de plateaux chirurgicaux avec une activité faible et une masse critique limite

RÉFÉRENCE À L'OBJECTIF OU AUX OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU SRS CONCERNÉ(S)

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°11 Rendre l'usager acteur de sa santé

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 15 Renforcer attractivité territoriale pour l'exercice des professions de santé

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 16 Garantir à l'usager l'accès à une offre de services en santé de proximité à chaque étape de son parcours de vie, tout en conciliant qualité et sécurité

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 17 Organiser graduellement l'accessibilité à une offre de santé complémentaire adossée à l'offre de proximité

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 21 Assurer une démarche d'amélioration continue de la sécurité et de la qualité des services et interventions en santé

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 22 Assurer la formation des professionnels en cohérence avec les besoins de santé des usagers

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 24 Assurer le déploiement de l'innovation technique et technologique : de la télémédecine à l'e-santé et notamment le développement de nouvelles applications en santé

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 25 Promouvoir et développer la recherche clinique (thérapeutique) et interventionnelle (participative)

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 26 Favoriser l'innovation à la fois en termes d'organisation et de pratiques professionnelles : développement des coopérations et du partage des compétences

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 31 Garantir la fluidité des parcours par la transformation

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 32 Assurer la fluidité du parcours par des modalités d'intervention coordonnées des acteurs

OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS

FAVORISER LES COOPÉRATIONS, RECOMPOSITIONS ET MISE EN COMMUN D'ACTIVITÉ OU DE PLATEAUX TECHNIQUES POUR DES RAISONS DE SÉCURITÉ ET DE QUALITÉ

- En offrant un accès à une offre de chirurgie graduée développant les complémentarités territoriales (en particulier en cas de redondances sur un même site géographique) et la mutualisation d'activités et de moyens
- En garantissant l'accessibilité financière, en particulier au travers d'une offre médicale au tarif opposable pour chaque zone d'implantation, y compris dans le cadre de la PDSES
- En soutenant des équipes médicales territoriales selon un périmètre (GHT, zone ou infra zone d'implantation…) et des modalités (temps partagé…) adaptées à chaque contexte
- En s'assurant du maintien d'une réponse adaptée en proximité (consultations de proximité, consultations non programmées) permettant une entrée dans un parcours organisé
- En expertisant l'orientation des plateaux techniques de proximité fragiles vers une activité programmée (chirurgie ambulatoire ou d'hospitalisation à temps complet)

Le maintien d'un plateau chirurgical sera conditionné, entre autre par :

- Un volume global d'activité chirurgicale suffisant : 1 500 séjours chirurgicaux/an. En dessous de ce seuil de fragilité, et si l'implantation répond à un besoin de santé non couvert en proximité, une réflexion sera à conduire avec l'ES sur la gradation de l'offre de soin et les coopérations possibles pour permettre de garantir à la population de proximité un accès aux soins de chirurgie de qualité
- Une stabilité de l'équipe anesthésique et chirurgicale et une intégration dans une équipe médicale territoriale, notamment pour les établissements publics
- Une organisation structurée et efficiente en sécurisant et fluidifiant les prises en charge d'amont et d'aval
- Une politique de gestion des risques et des indicateurs de qualité, de sécurité et de performance satisfaisants (certification du bloc opératoire, fréquence des Évènements indésirables graves (EIG), taux d'utilisation/occupation des lits de chirurgie, situation financière).

ENCOURAGER LE DÉVELOPPEMENT DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE :

- En identifiant des modalités de formation pour les pratiques inégalement développées, en particulier celles pour lesquelles la marge de progression identifiée par les données PMSI est importante (profil virage ambulatoire de chaque établissement)
- En l'appuyant sur une organisation des soins de ville adaptée, tant en amont (qualité de l'analyse d'elligibilité) qu'en aval (organisation de la sortie, en particulier par le développement du PRADO post chirurgical en orthopédie (opportunité CNAMTS) puis sur d'autres spécialités chirurgicales)
- En l'appuyant sur des plateaux techniques organisés, avec un volume global d'activité chirurgicale suffisant (1 500 séjours chirurgicaux par an), une équipe médicale et paramédicale stable (fréquence de l'intérim), des conventions de repli fonctionnelles
- En proposant, pour les hôpitaux présentant une faible activité chirurgicale :
  - Le développement de l'activité ambulatoire resserré pour un nombre limité de gestes simples, avec la condition d'une intégration de ces établissements dans des ensembles plus vastes permettant de faciliter la mise en place de circuits adaptés de prise en charge et leur qualité
  - Ce développement pourra se faire, par exemple, par la mise en place d'une organisation d'hôpital de semaine combinant ou non chirurgie et anesthésie ambulatoire en fonction du suivi des indicateurs organisationnels.

L'autorisation d'activité de chirurgie ambulatoire sera conditionnée à :

- Un volume global d'activité chirurgicale suffisant (1500 séjours chirurgicaux/an) ; ou, pour des hôpitaux à faible volume d'activité, une activité ambulatoire resserrée sur un nombre limité de gestes simples, avec la condition d'une intégration de ces établissements dans des ensembles structurés (GCS, équipe médicale territoriale...)
- Une stabilité et une formation spécifique de l'équipe anesthésique et chirurgicale
- Une organisation structurée et efficiente, répondant aux recommandations organisationnelles de l'ANAP
- Un suivi par l'unité de chirurgie ambulatoire des 8 indicateurs de processus et de résultat de l'HAS proposés en juillet 2017
- L'insertion dans une collaboration territoriale organisée et fonctionnelle avec des conventions de repli opérationnelles et une organisation des transports structurée
- Une organisation des soins de ville adaptée sur le territoire, avec une offre suffisante de suivi à domicile pluridisciplinaire (médicale et paramédicale).

ASSURER LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET LA PERMANENCE DES SOINS CHIRURGICALE SUR CHAQUE TERRITOIRE avec la mutualisation d'activités et de moyens, l'articulation des plateaux chirurgicaux par des coopérations, complémentarités garantissant la sécurité sanitaire.

AMÉLIORER L'ORGANISATION DE LA FILIÈRE DE LA CHIRURGIE DE L'ENFANT.

SOUTENIR LE DÉVELOPPEMENT DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN ANESTHÉSIE ET EN CHIRURGIE EN AMÉLIORANT L'ATTRACTIVITÉ DES PLATEAUX CHIRURGICAUX :

- Favoriser les coopérations, les équipes médicales territoriales, les regroupements sur un plateau chirurgical unique pour améliorer l'attractivité
- Encourager les initiatives spécifiques et innovantes (nouveaux modes de prise en charge, participations à des activités de recherche) et en favoriser la diffusion.

CRÉATIONS/TRANSFORMATIONS

ZONE D'IMPLANTATION DU CALVADOS

- 0 à -1 implantation en chirurgie (deux formes d'activités confondues) dans une persective de gradation des soins dans le cadre du GHT Normandie Centre.
- +1 implantation en ACA exclusif.

ZONE D'IMPLANTATION DE L'ORNE

Dans la perspective d'une coopération plus forte (dont la forme juridique reste à définir) et d'une nouvelle organisation des soins, il est attendu une répartition des activités de soins entre deux sites suivant des principes de spécialisation et de gradation des soins :

- 0 à -1 implantation en chirurgie (deux formes d'activités confondues)

Une réflexion sera à mener avec les ES de la zone disposant d'une faible activité chirurgicale et dont les ressources médicales demeurent fragiles, sur la gradation de l'offre de soins et les coopérations structurées possibles entre établissements publics et/ou privés pour permettre de garantir un accès aux soins de chirurgie de qualité.

ZONE D'IMPLANTATION DE LA MANCHE

- 0 à -1 implantation en chirurgie (deux formes d'activités confondues).

ZONE D'IMPLANTATION DE DIEPPE

Dans la perspective d'une coopération plus forte des établissements du territoire de Dieppe (dont la forme juridique reste à définir), une nouvelle organisation des soins de chirurgie est attendue suivant des principes de spécialisation et de gradation des soins sur l'agglomération dieppoise :

- 0 à -1 implantation en chirurgie (deux formes d'activités confondues).

ZONE D'IMPLANTATION D'EVREUX-VERNON

Compte tenu de la rareté des ressources médicales et des exigences inhérentes à la qualité et la sécurité des soins, des coopérations sont attendues entre les établissements de santé de la zone d'implantation Evreux-Vernon et se traduiront par des évolutions du nombre de titulaires sur ce territoire :

- 0 à -1 implantation en chirurgie (deux formes d'activités confondues).

Une réflexion sera à mener avec les ES de la zone disposant d'une faible activité chirurgicale et dont les ressources médicales demeurent fragiles, sur la gradation de l'offre de soins et les coopérations structurées et possibles entre établissements publics et/ou privés pour permettre de garantir un accès aux soins de chirurgie de qualité.

ZONE D'IMPLANTATION DU HAVRE

Compte tenu de la rareté des ressources médicales et des exigences inhérentes à la qualité et la sécurité des soins, des coopérations sont attendues entre les établissements de santé de la zone d'implantation du Havre et se traduiront par des évolutions du nombre de titulaires sur ce territoire :

- 0 à -1 implantation en ACA exclusive.

INDICATEURS(S) RÉGIONAUX MOBILISÉ(S) / ARTICULATIONS

- Nombre d'établissements dont le niveau d'activité en chirurgie HTC est inférieur à < 1 500 séjours chirurgicaux
- Taux de ré-hospitalisation à 30 jours
- Taux de ré-hospitalisation entre J1 et J4 après chirurgie ambulatoire
- Taux global de chirurgie ambulatoire

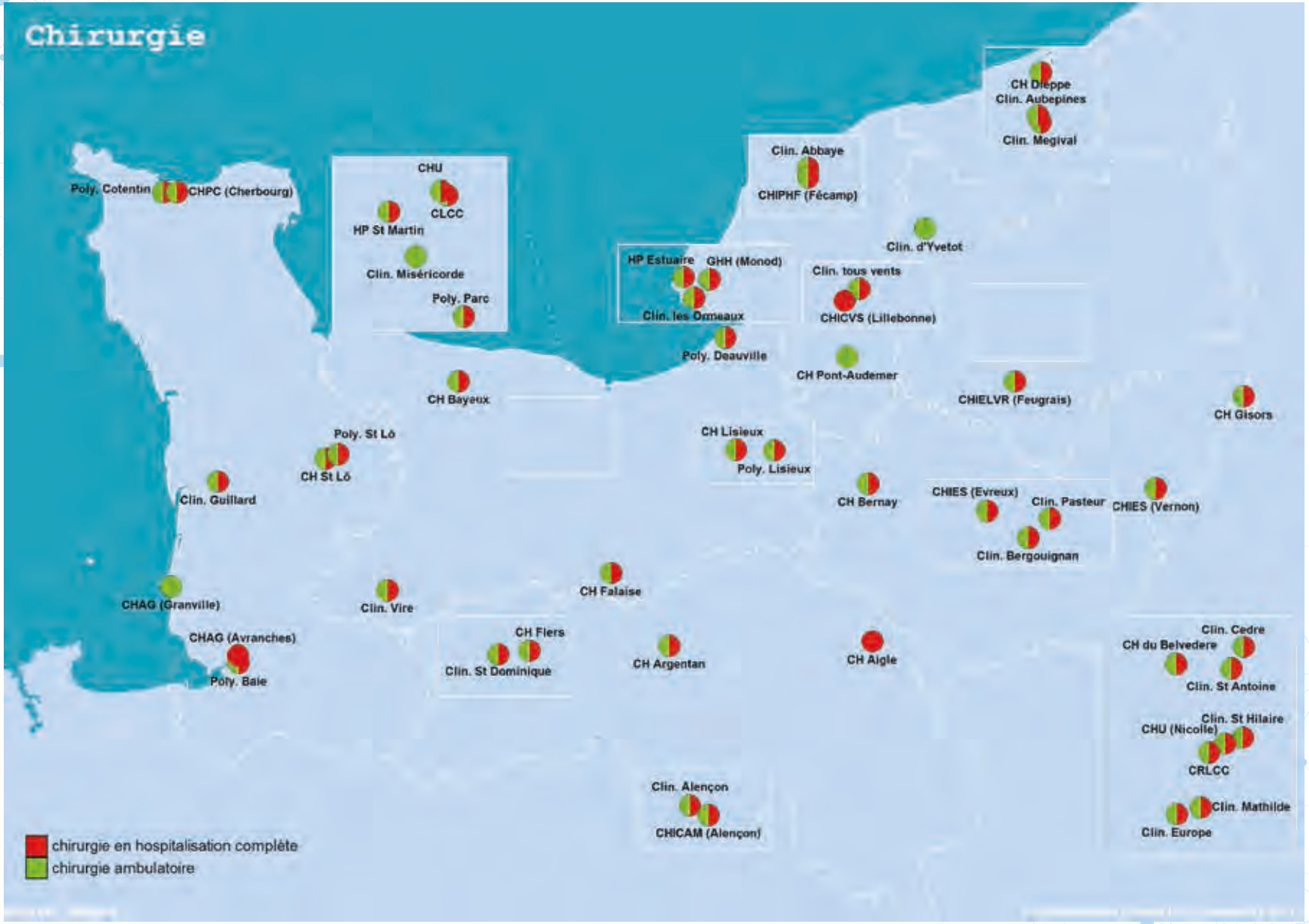
L'ARS s'appuiera également sur l'analyse des besoins de santé de la population par territoire et de l'accessibilité aux soins (géographique, économique et culturelle en particulier).

LEVIER(S) MOBILISÉ(S)

- ☑ La surveillance et l'observation de la santé
- ☑ Les démarches d'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des usagers
- ☑ La contractualisation avec les professionnels, structures et établissements de santé, les établissements et services médico-sociaux, et les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé
- ☑ Les mesures d'aide à l'installation des professionnels de santé
- ☑ Les systèmes d'information, la télémédecine et la e-santé
- ☑ Les outils d'appui et de coordination des acteurs du soin
- ☑ La formation et l'évolution des métiers et des compétences des acteurs de santé
- ☑ Les investissements immobiliers et les équipements

TABLEAU DES IMPLANTATIONS PAR ACTIVITÉ DE SOINS

Modalités de l'activité de soins	IMPLANTATIONS DE CHIRURGIE																					
	ZONE D'IMPLANTATION CALVADOS			ZONE D'IMPLANTATION MANCHE			ZONE D'IMPLANTATION ORNE			ZONE D'IMPLANTATION LE HAVRE			ZONE D'IMPLANTATION DIEPPE			ZONE D'IMPLANTATION ROUEN - ELBEUF			ZONE D'IMPLANTATION EVREUX - VERNON			RÉGION NORMANDIE		
	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance Différentiel du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance Différentiel du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance Différentiel du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance Différentiel du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance Différentiel du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance Différentiel du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance Différentiel du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance Différentiel du SRS	Différentiel
Chirurgie	10	10 à 9	0 à-1	7	7 à 6	0 à-1	6	6 à 5	0 à-1	7	7	0	3	3 à 2	0 à-1	9	9	0	6	6 à 5	0 à-1	48	48 à 43	0 à -5
exclusive	1	1 à 2	0 à +1	0	0	0	0	0	0	1	1 à 0	0 à-1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	3	2 à 4	-1 à+1


Chirurgie
CH Dieppe
Clin. Aubepines
Clin. Megival
Clin. Abbaye
CHIPHF (Fécamp)
Clin. d'Yvetot
CHU
CLCC
Poly. Cotentin
CHPC (Cherbourg)
HP St Martin
Clin. Miséricorde
Poly. Parc
HP Estuaire
GHH (Monod)
Clin. les Ormeaux
Clin. tous vents
CHICVS (Lillebonne)
Poly. Deauville
CH Pont-Audemer
CH Bayeux
CHIELVR (Feugrais)
CH Gisors
Poly. St Lô
CH St Lô
CH Lisieux
Poly. Lisieux
Clin. Guillard
CH Bernay
CHIES (Evreux)
Clin. Pasteur
CHIES (Vernon)
Clin. Bergouignan
CH Falaise
CHAG (Granville)
Clin. Vire
CHAG (Avranches)
CH Fiers
Clin. St Dominique
CH Argentan
CH Aigle
Clin. Cedre
CH du Belvedere
Clin. St Antoine
Clin. St Hilaire
CHU (Nicolle)
CRLCC
Poly. Baie
Clin. Alençon
CHICAM (Alençon)
Clin. Mathilde
Clin. Europe
chirurgie en hospitalisation complète
chirurgie ambulatoire

GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, NÉONATOLOGIE, RÉANIMATION NÉONATALE

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

Ce volet d'activité de soins s'inscrit en cohérence avec le parcours périnatalité et développement de l'enfant.

LE MAILLAGE TERRITORIAL

Il est à noter que la région Normandie a connu depuis 2012 une réorganisation importante de son offre de soins sur sa partie occidentale, fermeture de 4 maternités et parallèlement création de 4 Centres périnataux de proximité (CPP).

L'activité de soins de gynécologie-obstétrique est répartie sur la Normandie de la manière suivante :

- **Maternité de niveau I (unité d'obstétrique) :** 10 titulaires
- **Maternité de niveau II (unité d'obstétrique et unité de néonatologie avec ou sans soins intensifs)**
  - sans soins intensifs 2A : 8 titulaires
  - avec soins intensifs 2B : 3 titulaires
- **Maternité de niveau III (unité d'obstétrique, unité de néonatologie avec et sans soins intensifs et unité de réanimation néonatale) :** 4 titulaires
- **Gynécologie-Obstétrique sous forme d'HAD** : 1 titulaire
- **Néonatalogie sous forme d'HAD** : 1 titulaire

L'ACTIVITÉ D'ACCOUCHEMENTS

Entre 2012 et 2016, le nombre d'accouchements a diminué de 9,9 %, passant de 39 105 accouchements en 2012 à 35 218 accouchements en 2016.
Les taux d'évolution du nombre d'accouchements sont les suivants : Calvados (-16,5 %), Manche (-12,9 %), Seine-Maritime (-8,2 %), Orne (-5,8 %), Eure (-3,4 %). Les départements sont très hétérogènes en termes d'activité : en 2016, de 3 057 accouchements dans l'Orne à 16 809 accouchements en Seine-Maritime.

LES NOUVEAU-NÉS

En 2016 : 3 115 nouveau-nés vivants dans l'Orne, 3 798 dans l'Eure, 4 693 dans la Manche, 7 150 dans le Calvados et 17 041 en Seine-Maritime.
De 2014 à 2016, sur 6 800 séjours annuels la répartition des séjours des nouveau-nés hospitalisés est la suivante : 64,2 % des séjours sont en néonatalogie sans soins intensifs, 25,3 % des séjours sont en soins intensifs de néonatalogie et 10,5 % en réanimation néonatale (en France respectivement 65,8 %, 21,2 % et 13,0 %).

La durée moyenne de séjour est de 7,5 jours en néonatalogie sans soins intensifs, 8,9 jours en soins intensifs de néonatalogie, 10 jours en réanimation néonatale (en France, respectivement 7,6 j ; 9,8 j et 11,4 j).
En moyenne par an, 143 enfants naissent vivants à domicile, répartis comme suit par zone d'implantation : 35 % sur Rouen-Elbeuf, 16 % sur Le Havre, 15 % sur le Calvados, 11 % sur la Manche 9 % sur Evreux-Vernon et l'Orne et 5 % sur Dieppe (source DIAMANT).

L'ACTIVITÉ D'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

En 2016, 8 262 IVG ont été réalisées en Normandie, dont 86,4 % en établissement de santé. Le taux d'IVG pour 1 000 femmes mineures (15-17ans) est inférieur à la moyenne de la France métropolitaine (6,6 pour 1 000) (source Drees).

LES VIOLENCES SEXUELLES

En 2014, la police et la gendarmerie ont constaté 1 798 violences sexuelles en Normandie (dont 238 viols sur majeurs, 426 viols sur mineurs…). Ce chiffre considérable (car très inférieur à la réalité très sous-déclarée) nécessite une grande coordination des unités médico-judiciaires, des structures d'urgence et des services de gynécologie-obstétrique.

LA DÉMOGRAPHIE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

La densité en gynéco-obstétriciens et en gynécologues médicaux est inférieure de 20 % à celle de la France métropolitaine en 2016.
Des effectifs de gynécologues en augmentation de 16 % entre 2013 et 2015, année où le nombre d'équivalent temps plein (ETP) en gynécologie-obstétrique était de 145,71 ETP.
Cette évolution est cependant différente selon les territoires de santé avec :

- une diminution des ETP pour les zones d'implantation du Calvados, du Havre et la Manche,
- une augmentation des ETP pour les zones d'implantations de Dieppe, d'Evreux-Vernon, de Rouen et de l'Orne.

Des effectifs de pédiatres en augmentation de 19 % (+ 14,53 ETP) entre 2013 et 2015, avec cependant en 2016, une densité inférieure de 20 % à celle de la France métropolitaine.
Des effectifs d'anesthésistes-réanimateurs en augmentation de 18 % (+ 16,51 ETP) entre 2013 et 2015, avec cependant en 2016, une densité inférieure de 20 % à celle de la France métropolitaine (source SAE).

RÉFÉRENCE À L'OBJECTIF OU AUX OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU SRS CONCERNÉ(S)

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°4	Agir précocement pour garantir de meilleures chances de bonne santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°11	Rendre l'usager acteur de sa santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 15	Renforcer l'attractivité territoriale pour l'exercice des professions de santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 16	Garantir à l'usager l'accès à une offre de services en santé de proximité à chaque étape de son parcours de vie, tout en conciliant qualité et sécurité
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 17	Organiser graduellement l'accessibilité à une offre de santé complémentaire adossée à l'offre de proximité
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 18	Améliorer l'information des professionnels de santé sur l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 21	Assurer une démarche d'amélioration continue de la sécurité et de la qualité des services et interventions en santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 22	Assurer la formation des professionnels en cohérence avec les besoins de santé des usagers
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 23	Renforcer l'attention à la qualité de vie et la sécurité au travail des professionnels
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 24	Assurer le déploiement de l'innovation technique et technologique : de la télémédecine à l'e-santé et notamment le développement de nouvelles applications en santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 25	Promouvoir et développer la recherche clinique (thérapeutique) et interventionnelle (participative)
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 26	Favoriser l'innovation à la fois en termes d'organisation et de pratiques professionnelles : développement des coopérations et du partage des compétences
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 28	Impulser une approche et une démarche globale de santé des acteurs publics et définir des objectifs communs et partagés entre les acteurs publics tout en assurant la complémentarité des actions
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 29	Promouvoir des lieux de vie favorables à la santé et contribuer à renforcer l'inclusion et le maintien en milieu ordinaire
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 31	Garantir la fluidité des parcours par la transformation
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 32	Assurer la fluidité du parcours par des modalités d'intervention coordonnées des acteurs

OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS

- La prévention, la réduction des inégalités de santé et la poursuite de l'amélioration des pratiques constituent des objectifs qualitatifs dont les établissements et les professionnels libéraux de la région devront s'emparer
- Le maintien d'une autorisation d'activité de soins de GO est soumis au respect des conditions d'implantations et techniques de fonctionnement définies dans le CSP, permettant de garantir la qualité et la sécurité des soins
- Favoriser la conduite d'actions de prévention en périnatalité
- Favoriser des actions pour améliorer l'organisation, l'adaptation du parcours des femmes et des nouveau-nés
- Soutenir la dynamique des acteurs à travers notamment la constitution d'un réseau périnatalité normand
- Travailler en partenariat avec les Universités pour mettre en adéquation la formation des professionnels gynéco-obstétriciens, pédiatres, anesthésistes-réanimateurs, sages-femmes et favoriser leur recrutement et installation en Normandie

CRÉATIONS/TRANSFORMATIONS

ZONE D'IMPLANTATION DE DIEPPE

- 0 à – 1 implantation d'unité d'obstétrique de niveau 1

ZONE D'IMPLANTATION DE L'ORNE

Compte tenu de la rareté des ressources médicales, des besoins de santé de la population et des exigences inhérentes à la qualité et à la sécurité des soins, des coopérations sont attendues entre les établissements de santé et se traduiront par des évolutions du nombre de titulaires, plus particulièrement au sein du groupement hospitalier de territoire Eure-Seine.

- 0 à – 1 implantation d'unité d'obstétrique de niveau 1

ZONE D'IMPLANTATION D'EVREUX - VERNON

Compte tenu de la rareté des ressources médicales, des besoins de santé de la population et des exigences inhérentes à la qualité et à la sécurité des soins, des coopérations sont attendues entre les établissements de santé et se traduiront par des évolutions du nombre de titulaires, plus particulièrement au sein du groupement hospitalier de territoire Eure-Seine.

- 0 à – 1 implantation d'unité d'obstétrique de niveau 1

LEVIER(S) MOBILISÉ(S)

- ☑ La surveillance et l'observation de la santé
- ☑ Les démarches d'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des usagers
- ☑ La contractualisation avec les professionnels, structures et établissements de santé, les établissements et services médico-sociaux, et les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé
- ☑ La coordination ou la contractualisation avec les autres services de l'État et les collectivités territoriales et leurs groupements
- ☑ Les mesures d'aide à l'installation des professionnels de santé
- ☑ Les systèmes d'information, la télémédecine et l'e-santé
- ☑ Les outils d'appui et de coordination des acteurs du soin et des accompagnements sociaux et médico-sociaux, de la prévention et de la promotion de la santé
- ☑ La formation et l'évolution des métiers et des compétences des acteurs de santé

INDICATEURS(S) RÉGIONAUX MOBILISÉ(S) / ARTICULATIONS

- L'ARS s'appuiera également sur l'analyse des besoins de santé de la population par territoire et de l'accessibilité aux soins (géographique, économique et culturelle en particulier)

TABLEAU DES IMPLANTATIONS DÉTAILLÉES

Modalités de l'activité de soins	Niveau	IMPLANTATIONS GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE																					
		ZONE D'IMPLANTATION CALVADOS			ZONE D'IMPLANTATION MANCHE			ZONE D'IMPLANTATION ORNE			ZONE D'IMPLANTATION LE HAVRE			ZONE D'IMPLANTATION DIEPPE			ZONE D'IMPLANTATION ROUEN - ELBEUF			ZONE D'IMPLANTATION EVREUX - VERNON			RÉGION NORMANDIE		
		Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel
Gynécologie obst.	I	1	1	0	0	0	0	2	2 à 1	-1 à 0	3	3	0	1	1 à 0	-1 à 0	0	0	0	3	3 à 2	-1 à 0	10	10 à 7	-3 à 0
Néonat sans soins intensifs	II A	1	1	0	1	1	0	2	2	0	0	0	0	1	1	0	3	3	0	0	0	0	8	8	0
Néonat avec soins intensifs	II B	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	3	3	0
Réa néonatale	III	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	4	4	0
Néonat HAD		1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
Gynéco HAD		0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0

Un établissement de niveau II dispose obligatoirement de la modalité de niveau I (gynécologie-obstétrique)
Un établissement de niveau III dispose obligatoirement des modalités de niveau I (gynécologie-obstétrique) et de niveau II (néonatalogie avec soins intensifs)

Périnatalité
CH Dieppe
Clin. Aubepines
CHIPHF (Fécamp)
CHPC (Cherbourg)
HP Estuaire
GHH (Monod)
CHICVS (Lillebonne)
CH du Belvedere
CHU (Nicolle)
Clin. Mathilde
CH Bayeux
CHU
Poly. Parc
CHIELVR (Feugrais)
CH Gisors
CH St Lô
CH Lisieux
CH Bernay
CHIES (Vernon)
CHIES (Evreux)
CH Flers
CH Argentan
CH Aigle
CHAG (Avranches)
CHICAM (Alençon)
gynécologie-obstétrique / niveau 1
néonatologie sans soins intensifs / niveau 2a
néonatologie avec soins intensifs / niveau 2b
réanimation néonatale / niveau 3
gynécologie-obstétrique en HAD
néonatologie en HAD

PSYCHIATRIE INFANTO-JUVÉNILE ET GÉNÉRALE

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

En 2018, l'activité de soins de psychiatrie est portée par 21 établissements de santé au sein de la région Normandie :

- 14 établissements de santé publics dont 13 sectorisés qui assurent les missions de service public Soins psychiatriques sans consentement (SSC) et 8 pour la prise en charge des personnes détenues
- 4 établissements de santé privés à but lucratif (dont 1 en cours de construction) tous situés dans l'ex. Haute Normandie
- 3 établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), dont 1 sectorisé qui assure les missions de service public des secteurs rattachés

Début 2016 sur la base des données 2014, la région Normandie faisait partie des 6 régions où la totalité des moyens délégués par habitant (secteur public et secteur privé) était inférieure à la moyenne nationale (hors DOM), avec des dépenses PSY par habitant en 2014 (DAF+0QN) de 149 € pour une dépense nationale de 153 €.
Les budgets attribués en 2016 au titre de la psychiatrie aux établissements publics montrent des disparités entre les départements allant du simple au double (90,62 € par habitant pour le département le moins doté à 185,35 € par habitant pour le mieux doté) avec au sein des départements des disparités entre les établissements de santé allant du simple au triple (76,96 € par habitant pour le moins bien doté à 206 € par habitant pour le mieux doté).

Les orientations futures en matière de planification en psychiatrie et santé mentale seront réalisées dans le cadre général de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 qui prévoit notamment dans son article 69, un projet territorial de santé mentale (PTSM). Celui-ci, élaboré sur la base d'un diagnostic territorial partagé par les acteurs travaillant dans le champ de la santé mentale dans un territoire donné, a pour objet l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture. Ce projet doit être transmis au directeur général de l'ARS au plus tard le 28 juillet 2020.
Dans ce contexte, l'ARS a fait des questions relatives à la santé mentale une priorité régionale, en mettant en place une gouvernance dédiée aux projets territoriaux de santé mentale à trois niveaux : stratégique, opérationnel et individuel, garantissant une articulation constante entre le niveau régional et le niveau territorial.

Aussi, dans l'attente des orientations des projets territoriaux de santé mentale, une reconduction des implantations est retenue. Une révision pourra être engagée ultérieurement sur la base notamment des résultats de ces travaux territoriaux. Toutefois, un certain nombre d'enjeux régionaux peuvent déjà être posés :

- La discipline est fortement impactée par un déficit préoccupant de médecins psychiatres ainsi que par un déficit de professionnels de la rééducation (orthophonistes, psychomotriciens, ergothérapeutes…) qui doit être pris en compte dans la planification de l'offre de soins. Les nouvelles organisations doivent participer à rendre les postes médicaux plus attractifs notamment en les intégrant dans des communautés médicales plus importantes.
- Dans une perspective de parcours de soins et de vie, en limitant au maximum les ruptures, la recherche d'une concordance entre les aires d'interventions de la psychiatrie générale et celles de la psychiatrie infanto-juvénile sectorisée (hors CHU) par chaque établissement autorisé en psychiatrie à échéance du PRS est recherchée. La redéfinition, par les établissements autorisés en psychiatrie, des périmètres des secteurs en concordance avec les bassins de vie est encouragée dans le cadre des travaux sur les projets territoriaux de santé mentale.
- Le respect des obligations légales, règlementaires et la mise en place des recommandations de bonnes pratiques en matière de privation de liberté doivent constituer une priorité pour l'ensemble des établissements de santé autorisés en psychiatrie. Ces dispositions spécifiques à l'activité de psychiatrie doivent être prises en compte notamment lors de chaque projet de restructuration. Par ailleurs, devant la part des hospitalisations psychiatriques sans consentement réalisées dans le cadre des procédures d'urgence, le recours à la procédure de droit commun doit être systématiquement recherchée.
- Devant les disparités dans l'allocation des ressources, une réflexion régionale est engagée conjointement à la structuration d'une organisation graduée des soins.
- La moitié des troubles mentaux se déclarent avant l'âge de 14 ans. Compte tenu du risque de persistance des troubles psychiques à l'âge adulte, la psychiatrie infanto-juvénile est une priorité régionale avec notamment la nécessité :
  - d'organiser la prévention, le repérage, le diagnostic précoce et le traitement intensif précoce de ces troubles durant les périodes de la périnatalité, de la petite enfance et de l'adolescence ;
  - d'améliorer des conditions d'hospitalisation des mineurs, au regard notamment de la spécificité de l'accompagnement et des partenariats ;
  - de structurer les parcours de santé et de vie pour les enfants et les adolescents dans chaque territoire de parcours.

- Le dépistage et le traitement des troubles anxieux et dépressifs constituent également une priorité. L'Organisation mondiale pour la santé (OMS) estime que les troubles dépressifs représentent le 1er facteur de morbidité et d'incapacité sur le plan mondial et que la dépression arrivera, d'ici à 2020, au deuxième rang des causes d'invalidité les plus fréquentes dans les pays développés. Compte tenu de la prévalence des troubles, l'accès à la médecine spécialisée pour ces pathologies reste faible et la lisibilité d'une offre graduée des soins mérite d'être mise en place. Notons qu'outre les incapacités et les altérations de la qualité de vie qu'ils entraînent, les troubles anxieux et dépressifs augmentent significativement le risque de maladie cardiovasculaire et en diminuent les chances de guérison.

- Dans le cadre de la structuration des parcours pour les personnes présentant des troubles psychiques graves, en situation ou à risque de handicap, une modélisation régionale a été travaillée, permettant de retenir 3 niveaux :
  - proximité
  - territoire de parcours en psychiatrie et santé mentale
  - région

Dans ce contexte, l'organisation de l'accès à une offre de réhabilitation psychosociale a été intégrée avec un maillage territorial.

RÉFÉRENCE À L'OBJECTIF OU AUX OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU SRS CONCERNÉ(S)

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°3	Prévenir le mal-être et le suicide
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°4	Agir précocement pour garantir de meilleure chance de bonne santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°6	Permettre l'accès des personnes en situation de handicap aux programmes de prévention, promotion de la santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°7	Promouvoir la santé sexuelle positive
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°9	Garantir l'équité selon le principe d'universalisme de santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°11	Rendre l'usager acteur de sa santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 15	Renforcer attractivité territoriale pour l'exercice des professions de santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 16	Garantir à l'usager l'accès à une offre de services en santé de proximité à chaque étape de son parcours de vie, tout en conciliant qualité et sécurité
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 17	Organiser graduellement l'accessibilité à une offre de santé complémentaire adossée à l'offre de proximité
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 18	Améliorer l'information des professionnels de santé sur l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale existante
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 21	Assurer une démarche d'amélioration continue de la sécurité et de la qualité des services et interventions en santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 22	Assurer la formation des professionnels en cohérence avec les besoins de santé des usagers
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 24	Assurer le déploiement de l'innovation technique et technologique : de la télémédecine à l'e-santé et notamment le développement de nouvelles applications en santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 25	Promouvoir et développer la recherche clinique (thérapeutique) et interventionnelle (participative)

RÉFÉRENCE À L'OBJECTIF OU AUX OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU SRS CONCERNÉ(S)

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 26 Favoriser l'innovation à la fois en termes d'organisation et de pratiques professionnelles : développement des coopérations et du partage des compétences

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 27 Améliorer la connaissance des besoins du public et promouvoir des outils partagés (observation, évaluation, orientation suivi)

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 28 Impulser une approche et une démarche globale de santé des acteurs publics et définir des objectifs communs et partagés entre les acteurs publics tout en assurant la complémentarité des actions

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 29 Promouvoir des lieux de vie favorables à la santé et contribuer à renforcer l'inclusion et le maintien en milieu ordinaire

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 31 Garantir la fluidité des parcours par la transformation

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 32 Assurer la fluidité du parcours par des modalités d'intervention coordonnées des acteurs

OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS

DÉFINIR ET METTRE EN ŒUVRE LES PROJETS TERRITORIAUX DE SANTÉ MENTALE EN INTÉGRANT UNE ORGANISATION GRADUÉE DES SOINS AVEC SI BESOIN UN NIVEAU DE RECOURS RÉGIONAL

- Dans le cadre de la structuration des parcours de soins et de vie de la petite enfance :
  - Proposer une organisation graduée par territoire incluant repérage, dépistage, diagnostic précoce et prise en charge précoce et intensive avec l'ensemble des acteurs concernés (notamment maternités, PMI, médecine scolaire, pédiatrie, psychiatrie-infanto-juvénile…)
  - Individualiser des offres de recours régionales (bilans spécifiques, hospitalisation mère-enfant…)
- Pour favoriser la structuration des parcours de soins et de vie des adolescents :
  - Implanter une Maison des adolescents (MDA) et des antennes sur chaque territoire de parcours en psychiatrie et santé mentale
  - Faire évoluer les MDA conformément au cahier des charges, pour impliquer le maximum d'acteurs concernés par les problématiques de santé mentale dans leur gouvernance afin de faciliter les engagements inter partenariaux.
- Dans le cadre de la structuration des parcours de soins et de vie en psychiatrie et santé mentale :
  - Organiser une plateforme en santé mentale dans chaque territoire, en articulation avec les plateformes territoriales d'appui, avec les offres de réhabilitation psychosociale et avec les dispositifs d'orientation permanente de la MDPH
  - Confirmer le réseau de réhabilitation psychosocial de Seine Maritime (RePsy76) et le réseau de coordination psychiatrie, social et médico-social de l'Eure (RCP SMS 27) dans leur rôle de coordination et d'animation de la plateforme territoriale en santé mentale de leur territoire
  - Considérer les pratiques orientées rétablissement comme une priorité en assurant une offre territoriale de réhabilitation psychosociale permettant une évaluation pluri professionnelle personnalisée et des soins spécifiques de réhabilitation (remédiation cognitive, entrainement aux habilités sociales, soutien aux familles, éducation thérapeutique…)
  - Organiser une fonction ressource régionale troubles psychiques sévères avec ou à risque de handicap

AMÉLIORER LES CONDITIONS D'HOSPITALISATION DES MINEURS :

- Mettre en place une réflexion régionale avec les acteurs de la psychiatrie infanto-juvénile et associant la psychiatrie générale prenant en compte les tranches d'âge, les pathologies et les besoins (hospitalisation de crise ou hospitalisations programmées) afin de proposer des orientations à décliner ensuite dans les territoires. L'hospitalisation des mineurs dans des services de psychiatrie générale doit devenir l'exception à échéance du SRS.

AMÉLIORER LE DÉPISTAGE ET LE TRAITEMENT DES TROUBLES ANXIEUX ET DE L'HUMEUR PERMETTANT UNE OFFRE DE PRISE EN CHARGE GRADUÉE

- Mettre en place des actions de formation et promouvoir la diffusion d'outils d'optimisation des prises en charge à disposition des médecins généralistes
- Favoriser des parcours de soins fluides entre la médecine générale et les soins spécialisés de second niveau, en favorisant notamment, dans le cadre de l'élaboration des PTSM, les rapprochements entre les exercices regroupés de professionnels de santé et les CMP
- Proposer la possibilité de soins de recours

DÉVELOPPER DES OFFRES DE PRISES EN CHARGE PRÉCOCES ET INTENSIVES EN DIRECTION DES JEUNES ADULTES DÉVELOPPANT UNE PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE ÉMERGEANTE

- Au regard de l'expertise et de l'expérience de l'UMSI (Unité mobile de soins intensifs) du CHU de Caen :
  - Positionner cette UMSI comme référence en matière d'offre de soins pour les pathologies émergeantes des jeunes adultes
  - Assurer son déploiement sur le département du Calvados
  - Puis assurer son déploiement sur l'ensemble de la région

CRÉATIONS/TRANSFORMATIONS

Dans l'attente de la finalisation du parcours santé mentale et des orientations issues des projets territoriaux de santé mentale (PTSM), une reconduction des implantations infanto-juvénile et de psychiatrie générale est retenue à l'exception du secteur de Vire.

ZONE D'IMPLANTATION DU CALVADOS

Les secteurs de Vire en psychiatrie générale et psychiatrie infanto juvénile se trouvent dans une très grande fragilité.
Un rattachement des secteurs de Vire en partie à l'EPSM et en partie au CH de Bayeux doit être effectué, à échéance du 31/12/2018. Cette évolution se traduira comme suit :

- 0 à -1 en psychiatrie générale

Confirmation d'autorisation après cession – sans impact sur le nombre d'implantations :

- Rattacher l'hôpital de jour géré par le CH de Falaise à l'EPSM de Caen

ZONE D'IMPLANTATION DE ROUEN-ELBEUF

Le Centre de lutte contre l'exclusion et le suicide (CLIS) et la MGEN hôpital de Jour proposeront un projet de regroupement des activités de psychiatrie générale.

LEVIER(S) MOBILISÉ(S)

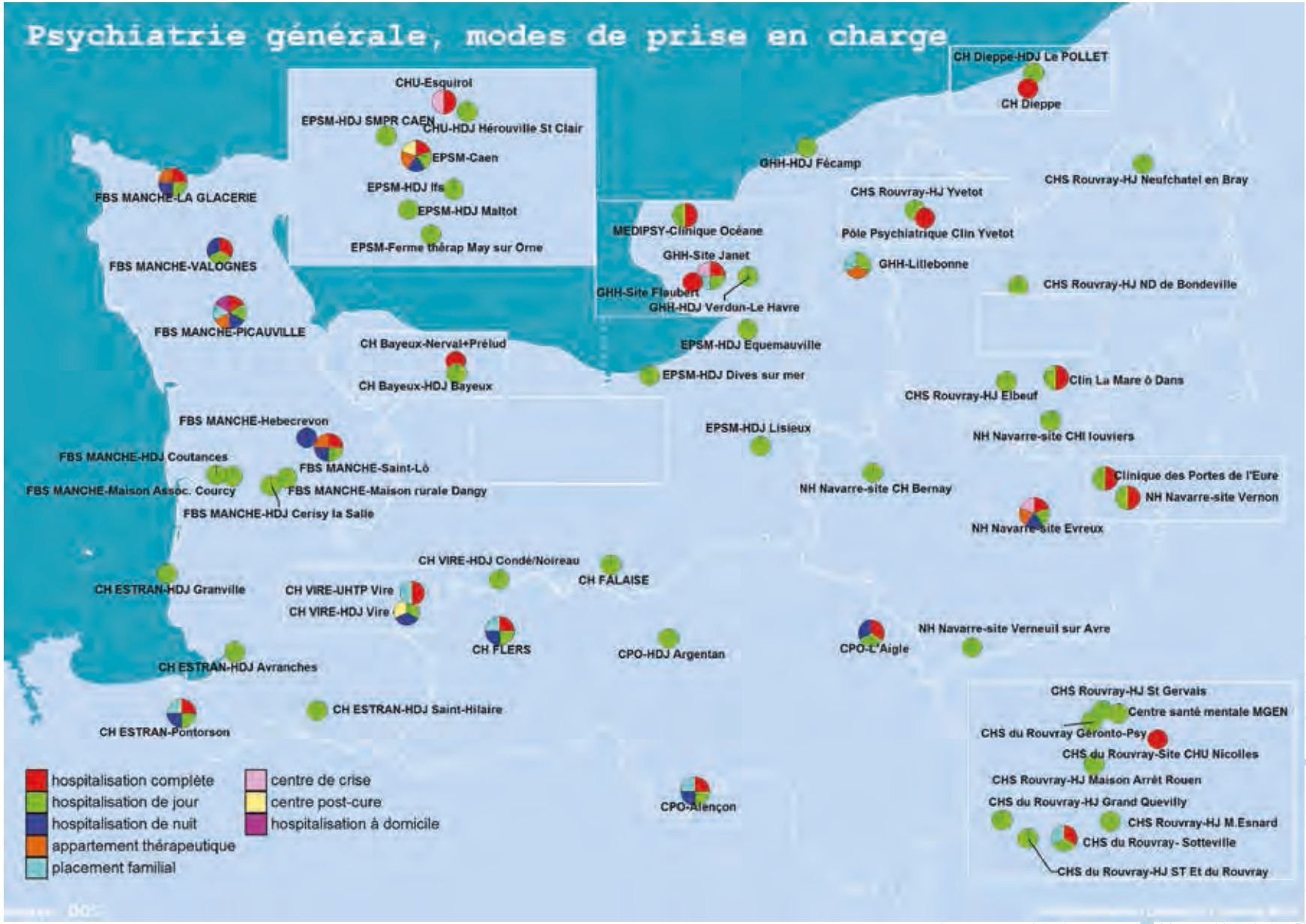
- ☑ La surveillance et l'observation de la santé
- ☑ Les démarches d'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des usagers
- ☑ La contractualisation avec les professionnels, structures et établissements de santé, les établissements et services médico-sociaux, et les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé
- ☑ La coordination ou la contractualisation avec les autres services de l'Etat et les collectivités territoriales et leurs groupements
- ☑ Les mesures d'aide à l'installation des professionnels de santé
- ☑ Les systèmes d'information, la télémédecine et l'e-santé
- ☑ Les outils d'appui et de coordination des acteurs du soin et des accompagnements sociaux et médico-sociaux, de la prévention et de la promotion de la santé
- ☑ La formation et l'évolution des métiers et des compétences des acteurs de santé
- ☑ La formation des représentants des usagers dans les instances où leur présence est nécessaire
- ☑ La mobilisation de la démocratie sanitaire
- ☑ Les investissements immobiliers et les équipements

TABLEAU DES IMPLANTATIONS PAR ACTIVITÉ DE SOINS

Modalités de l'activité de soins	IMPLANTATIONS DE PSYCHIATRIE GÉNÉRALE																							
	ZONE D'IMPLANTATION CALVADOS			ZONE D'IMPLANTATION MANCHE			ZONE D'IMPLANTATION ORNE			ZONE D'IMPLANTATION LE HAVRE			ZONE D'IMPLANTATION DIEPPE			ZONE D'IMPLANTATION ROUEN - ELBEUF			ZONE D'IMPLANTATION EVREUX - VERNON			RÉGION NORMANDIE		
	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Prévues à échéance du SRS
Hospitalisation complète	4	4 à 3	0 à-1	5	5	0	3	3	0	3	3	0	1	1	0	4	4	0	3	3	0	23	23 à 22	0 à -1
Hospitalisation de jour	16	16	0	14	14	0	7	7	0	5	5	0	1	1	0	13	13	0	7	7	0	63	63	0
Hospitalisation de nuit	2	2	0	6	6	0	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	12	12	0
Appartements thérapeutiques	1	1	0	4	4	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	10	10	0
Placement familiale thérapeutique	1	1	0	2	2	0	2	2	0	2	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	8	8	0
Centre de crise	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	3	3	0
Centre post cure	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0
HAD Psychatrie	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0

TABLEAU DES IMPLANTATIONS PAR ACTIVITÉ DE SOINS

Modalités de l'activité de soins	IMPLANTATIONS DE PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE																							
	ZONE D'IMPLANTATION CALVADOS			ZONE D'IMPLANTATION MANCHE			ZONE D'IMPLANTATION ORNE			ZONE D'IMPLANTATION LE HAVRE			ZONE D'IMPLANTATION DIEPPE			ZONE D'IMPLANTATION ROUEN - ELBEUF			ZONE D'IMPLANTATION EVREUX - VER-NON			RÉGION NORMANDIE		
	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Prévues à échéance du SRS
Hospitalisation complète	2	2	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0	1	1	0	7	7	0
Hospitalisation de jour	10	10	0	7	7	0	5	5	0	4	4	0	1	1	0	8	8	0	5	5	0	40	40	0
Hospitalisation de nuit	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
Appartements thérapeutiques	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0
Placement familiale thérapeutique	0	0	0	1	1	0	1	1	0	2	2	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	7	7	0
Centre de crise	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Centre post cure	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HAD Psychatrie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0


Psychiatrie générale, modes de prise en charge
CH Dieppe-HDJ Le POLLET
CH Dieppe
CHU-Esquirol
EPSM-HDJ SMPR CAEN
CHU-HDJ Hérouville St Clair
EPSM-Caen
EPSM-HDJ Ifs
EPSM-HDJ Maltot
EPSM-Ferme thérap May sur Orne
FBS MANCHE-LA GLACERIE
FBS MANCHE-VALOGNES
FBS MANCHE-PICAUVILLE
GHH-HDJ Fécamp
CHS Rouvray-HJ Neufchatel en Bray
CHS Rouvray-HJ Yvetot
Pôle Psychiatrique Clin Yvetot
MEDIPSY-Clinique Océane
GHH-Site Janet
GHH-Site Flaubert
GHH-HDJ Verdun-Le Havre
GHH-Lillebonne
CHS Rouvray-HJ ND de Bondeville
CH Bayeux-Nerval+Prélud
CH Bayeux-HDJ Bayeux
EPSM-HDJ Equemauville
EPSM-HDJ Dives sur mer
Clin La Mare ô Dans
CHS Rouvray-HJ Elbeuf
NH Navarre-site CHI louviers
EPSM-HDJ Lisieux
FBS MANCHE-Hebecrevon
FBS MANCHE-HDJ Coutances
FBS MANCHE-Saint-Lô
FBS MANCHE-Maison Assoc. Courcy
FBS MANCHE-Maison rurale Dangy
FBS MANCHE-HDJ Cerisy la Salle
NH Navarre-site CH Bernay
Clinique des Portes de l'Eure
NH Navarre-site Vernon
NH Navarre-site Evreux
CH VIRE-HDJ Condé/Noireau
CH FALAISE
CH ESTRAN-HDJ Granville
CH VIRE-UHTP Vire
CH VIRE-HDJ Vire
CH FLERS
CPO-HDJ Argentan
CPO-L'Aigle
NH Navarre-site Verneuil sur Avre
CH ESTRAN-HDJ Avranches
CH ESTRAN-HDJ Saint-Hilaire
CH ESTRAN-Pontorson
CHS Rouvray-HJ St Gervais
Centre santé mentale MGEN
CHS du Rouvray Géronto-Psy
CHS du Rouvray-Site CHU Nicolles
CHS Rouvray-HJ Maison Arrêt Rouen
CHS du Rouvray-HJ Grand Quevilly
CHS Rouvray-HJ M.Esnard
CHS du Rouvray- Sotteville
CHS du Rouvray-HJ ST Et du Rouvray
CPO-Alençon
hospitalisation complète
hospitalisation de jour
hospitalisation de nuit
appartement thérapeutique
placement familial
centre de crise
centre post-cure
hospitalisation à domicile

Psychiatrie infanto-juvénile,
modes de prise en charge
CH Dieppe-HDJ Winnicott
GHH-HDJ Fecamp
CH BAYEUX-HDJ Hérouville
CHU-HDJ Hérouville St Clair
CHU-Clémenceau unité ado en crise
EPSM-Caen
EPSM-HDJ Cormelles
FBS DE LA MANCHE- LA GLACERIE
GHH-HDJ Bolbec
GHH CH Janet
GHH-HDJ Duffy-Le Havre
GHH-HDJ Charcot-Le Havre
CHS du Rouvray- HDJ Yvetot
CH Bayeux - Nerval+Prélude
CH Bayeux - Clé des songes
CHS du Rouvray- HDJ Elbeuf
CH de Navarre- HDJ Louviers
FBS DE LA MANCHE-HDJ Saint-Lo
FBS DE LA MANCHE HDJ Coutances
EPSM-HDJ Lisieux
CH de Navarre- HDJ Bernay
CH de Navarre- HDJ Vernon
CH de Navarre-site Evreux
CH ESTRAN HDJ DONVILLE
CH ESTRAN HDJ AVRANCHES
CH ESTRAN HDJ SAINT MARTIN DES CHAMPS
CPO ALENCON HDJ Flers
CPO ALENCON HDJ Argentan
CPO ALENCON HDJ L'Aigle
CHS du Rouvray-Hôp Bois guillaume
CHU Rouen-Hôp Nicolle
Institut de jour Alfred Binet
CH ESTRAN HDJ ST HILAIRE DU HARCOUET
CPO ALENCON HDJ Mortagne
CHS du Rouvray- HDJ Petit-Quevilly
CPO ALENCON-ALENCON
CHS du Rouvray- Sotteville
CHS du Rouvray- HDJ St Et. Du Rouvray
hospitalisation complète
hospitalisation de jour
hospitalisation de nuit
placement familial

HOSPITALISATION À DOMICILE (HAD)

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

La région compte 25 établissements d'Hospitalisation à domicile (HAD) dont 22 polyvalentes, une spécialisée en néonatologie, une spécialisée en gynécologie-obstétrique et une spécialisée en psychiatrie. Les établissements d'HAD polyvalentes totalisent 211 114 journées réalisées en 2016.

Même si en 2016 le taux de recours à l'HAD est de 17,3 patients pris en charge par jour et pour 100 000 habitants, le constat régional est également une activité d'HAD à potentialiser, une proportion de prescriptions par des médecins traitants à développer (la part des séjours en HAD à partir du domicile étant de 20 % en 2016 alors qu'elle représente 33,1 % au niveau national), ainsi que d'interventions en établissements d'hébergement à caractère social et médico-social, dans un contexte d'amélioration de la qualité et de la sécurité à promouvoir.

Dans le cadre des journées régionales et interrégionales, les acteurs de terrain avaient exprimé les besoins suivants :

- Conforter l'offre en matière d'HAD,
- Potentialiser le recours à l'HAD notamment via l'utilisation de via-trajectoire en HAD,
- Développer la communication sur l'HAD et notamment améliorer la communication entre HAD et établissements (de santé et médico-sociaux) et élargir à l'ambulatoire,
- Mobiliser la contractualisation avec les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS),
- Développer l'HAD dans le parcours patient pris en charge en cancérologie,
- Développer l'HAD dans les ESMS,
- Participer à la définition des fonctions du médecin coordonnateur et de l'exercice de la continuité des soins.

Pour formaliser un plan d'actions opérationnel, un comité de pilotage régional composé des fédérations et unions régionales et des groupes de travail avec les partenaires de terrain a été créé en 2017. Les conclusions de ces groupes sont intégrées aux objectifs proposés ci-dessous.

Les bilans des précédents SROS font apparaître des objectifs en majorité réalisés. L'objectif principal restant à définir est le dimensionnement de certains établissements d'HAD au vu de leur couverture territoriale.

D'autres travaux seront également à prévoir au vu de la loi NOTRe et des regroupements de communes qui impactent les aires géographiques d'intervention des HAD.

RÉFÉRENCE À L'OBJECTIF OU AUX OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU SRS CONCERNÉ(S)

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°11 Rendre l'usager acteur de sa santé

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 15 Renforcer attractivité territoriale pour l'exercice des professions de santé

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 16 Garantir à l'usager l'accès à une offre de services en santé de proximité à chaque étape de son parcours de vie, tout en conciliant qualité et sécurité

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 17 Organiser graduellement l'accessibilité à une offre de santé complémentaire adossée à l'offre de proximité

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 18 Améliorer l'information des professionnels de santé sur l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale existante

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 21 Assurer une démarche d'amélioration continue de la sécurité et de la qualité des services et interventions en santé

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 22 Assurer la formation des professionnels en cohérence avec les besoins de santé des usagers

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 24 Assurer le déploiement de l'innovation technique et technologique : de la télémédecine à l'e-santé et notamment le développement de nouvelles applications en santé

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 25 Promouvoir et développer la recherche clinique (thérapeutique) et interventionnelle (participative)

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 26 Favoriser l'innovation à la fois en termes d'organisation et de pratiques professionnelles : développement des coopérations et du partage des compétences

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 27 Améliorer la connaissance des besoins du public et promouvoir des outils partagés (observation, évaluation, orientation suivi)

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 31 Garantir la fluidité des parcours par la transformation

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 32 Assurer la fluidité du parcours par des modalités d'intervention coordonnées des acteurs

OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS

AXE 1 : FAVORISER L'ADMISSION EN HAD

Axe communication

- Améliorer la lisibilité :
  - Réaliser une cartographie et la déposer sur un site internet qui regrouperait les informations relatives à l'ensemble des établissements d'HAD de la région
- Améliorer la connaissance des missions des HAD :
  - Envers les prescripteurs potentiels (professionnels de santé libéraux, les établissements de santé et les hébergements sociaux et médico-sociaux) et les patients, par des réunions, des outils de communication, les livrets d'accueil des établissements de santé et médico-sociaux
  - Intégrer les modalités d'interventions de l'HAD dans la formation médicale (formation initiale, continue, lieux de stages, participer à des staffs pour informer les médecins sur les prises en charge possibles), et dans les écoles de cadres et d'infirmiers
- Harmoniser les outils des HAD :
  - Favoriser le partage de pratiques
- Favoriser et démocratiser auprès de tous les prescripteurs l'utilisation de l'outil en ligne HAS d'Aide à la décision d'orientation des patients en HAD (ADOP-HAD).

Axe améliorer le recours

- Anticiper les sorties :
  - Mener une campagne régionales d'information et de sensibilisation sur l'HAD auprès de médecins généralistes et des infirmiers libéraux
  - Incitation à la mise en place de plateforme de coordination des parcours patients complexes au sein des établissements hospitaliers de recours.
  - Accès privilégié des établissements d'HAD au dossier patient quand celui-ci est suivi par un établissement de santé
  - Personnaliser les relations avec les prescripteurs
  - Améliorer l'anticipation des demandes d'HAD provenant des établissements de santé
- Harmoniser les outils des HAD :
  - Formaliser une charte type opérationnelle d'organisation entre établissements d'HAD et établissements de santé
  - Améliorer l'outil « trajectoire »
- Inciter les établissements de santé à utiliser l'Outil de représentation des flux entre établissements (ORFEE) développé par l'ANAP
- Positionner les établissements d'HAD comme partenaires privilégiés des plateformes territoriales d'appui ainsi que des Groupements hospitaliers de territoire (GHT), avec association obligatoire au GHT pour les établissements d'HAD non rattachés à un établissement public de santé
- Améliorer l'anticipation des demandes d'HAD provenant des établissements de santé
- Sur la base des nouvelles dispositions nationales annoncées :
  - Améliorer les coopérations et les articulations SSIAD-HAD, le continuum de soins SSIAD HAD en s'appropriant les nouveaux dispositifs
  - Mobiliser l'HAD y compris durant les périodes de tensions hospitalières pour fluidifier les parcours d'hospitalisation

AXE 2 : AMÉLIORER LA CONTINUITÉ ET PERMANENCE DES SOINS

- Expérimenter la mutualisation de médecins coordonnateurs d'établissements d'HAD pour avis médical à distance
- Expérimenter l'inscription des patients en HAD sur la base de données des systèmes d'information de l'aide médicale urgente

AXE 3 : DÉVELOPPER LA CHIMIOTHÉRAPIE EN HAD

- Sécuriser la prise en charge des patients :
  - Mettre en place des conventions HAD / établissements de santé autorisés pour la pratique de la chimiothérapie
  - Mutualiser/partager les outils et procédures
  - Améliorer la transmission d'informations et les documents
  - Généraliser l'utilisation de l'outil ONCODAGE
- Améliorer la prescription :
  - Anticiper les demandes d'HAD venant des médecins prescripteurs
  - Mettre en place des IDE de coordination dans les services prescripteurs de chimiothérapie
  - Développer la communication envers les patients et leur entourage sur la chimiothérapie en HAD
  - Utiliser l'outil trajectoire
- Former les intervenants et valoriser leur intervention :
  - Mettre en place une formation régionale

AXE 4 : DÉVELOPPER L'HAD DANS LES ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

- Informer :
  - Organiser des réunions de formation / information (notamment au sein des Conseils de vie sociale - CVS)
  - Créer une maquette, avec le logo ARS, unique pour la région avec les différentes prises en charge possibles en HAD
- Anticiper et valoriser :
  - Améliorer l'anticipation des demandes d'HAD provenant des établissements d'hébergement sociaux et médico-sociaux afin de réduire le nombre d'hospitalisations évitables des personnes âgées
  - Accompagner les HAD dans leur action de diffusion de l'information aux différents acteurs

INDICATEURS

Un suivi supplémentaire peut être proposé et notamment, le suivi de l'augmentation des prises en charge en HAD. Cet indicateur peut être décliné selon :

- Les prises en charge en établissement d'hébergement sociaux et médico sociaux
- Les modalités d'entrée (directe ou passage par les établissements de santé)
- Les modes de prises en charge (notamment le développement de la chimiothérapie)
- Le suivi du potentiel de transférabilité en HAD des établissements de santé MCO
- Le taux de prescription d'HAD des établissements MCO et SSR
- Le taux de recours à l'hospitalisation à domicile fera l'objet d'un suivi plus particulier dans le cadre de la contractualisation avec les établissements d'HAD

LEVIER(S) MOBILISÉ(S)

- ☑ **La contractualisation avec les professionnels, structures et établissements de santé, les établissements et services médico-sociaux, et les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé**
- ☑ **Les systèmes d'information, la télémédecine et l'e-santé**
- ☑ **Les outils d'appui et de coordination des acteurs du soin et des accompagnements sociaux et médico-sociaux, de la prévention et de la promotion de la santé**
- ☑ **La formation et l'évolution des métiers et des compétences des acteurs de santé**

SOINS DE SUITE ET RÉADAPTATION

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

La gradation des soins en Soins de suite et réadaptation (SSR) détermine :
- un niveau de proximité (SSR non spécialisé)
- un niveau intermédiaire de recours (SSR pédiatriques, locomoteurs, système nerveux, cardio-vasculaires, respiratoires, conduites addictives, nutrition et personnes âgées dépendantes)
- et un niveau de recours régional pour les spécialités onco-hématologie et grand brûlés

Au 1er janvier 2016, le taux d'équipement normand en lits et places en SSR est de 1,8 pour 1 000 habitants avec 5 260 lits installés et 684 places, répartis sur 89 établissements. Il est à la moyenne nationale, avec un maillage hétérogène caractérisé par :
- la relative sous dotation des zones d'implantation de Dieppe et du Calvados.
- la relative sur dotation des zones d'implantation de la Manche et de l'Orne.
- une offre SSR gériatrique déséquilibrée avec une zone d'implantation sur dotée (La Manche) et deux zones d'implantation sous dotées : Dieppe et le Calvados.
- une offre SSR neurologique inégalement répartie : sur dotation dans la zone d'implantation de la Manche, sous dotation dans les zones d'implantation de Dieppe, du Calvados, de l'Orne.
- une offre en SSR pédiatrique et en réadaptation cardio-vasculaire plutôt concentrée dans la partie occidentale de la Normandie.
- l'existence de 2 établissements hôpitaux de proximité (ex Hôpitaux locaux) dont l'offre SSR est égale à 15 lits (1 dans La Manche, 1 dans le zone d'implantation de Rouen-Elbeuf).

L'activité est dynamique, avec une progression de l'hospitalisation partielle de + 53 % sur les 5 dernières années. L'hospitalisation complète progresse de + 9,3% sur la même période.

L'analyse de la Durée moyenne de séjour (DMS) montre des marges de progression avec une DMS régionale de 36 jours, proche de la moyenne nationale (35 jours), alors que près du tiers des établissements présente une DMS supérieure à 40 jours.
Un système d'information (Via Trajectoire) est en place pour orienter les patients vers un service de SSR à la sortie d'une hospitalisation. Il doit cependant être étendu au secteur médico-social pour pouvoir assurer également plus de fluidité vers l'aval du SSR. L'enjeu d'anticiper des sorties de SSR nécessite actuellement une plus grande coordination avec le secteur médico-social.

La situation démographique des professionnels (médecins MPR, cardiologues, professionnels de la rééducation, addictologues) montre des densités en dessous voire très en dessous des moyennes nationales.

RÉFÉRENCE À L'OBJECTIF OU AUX OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU SRS CONCERNÉ(S)

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°5	Prévenir la perte d'autonomie dans une stratégie du « bien vieillir »
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°11	Rendre l'usager acteur de sa santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 15	Renforcer attractivité territoriale pour l'exercice des professions de santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 16	Garantir à l'usager l'accès à une offre de services en santé de proximité à chaque étape de son parcours de vie, tout en conciliant qualité et sécurité
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 17	Organiser graduellement l'accessibilité à une offre de santé complémentaire adossée à l'offre de proximité
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 21	Assurer une démarche d'amélioration continue de la sécurité et de la qualité des services et interventions en santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 22	Assurer la formation des professionnels en cohérence avec les besoins de santé des usagers
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 24	Assurer le déploiement de l'innovation technique et technologique : de la télémédecine à l'e-santé et notamment le développement de nouvelles applications en santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 26	Favoriser l'innovation à la fois en termes d'organisation et de pratiques professionnelles : développement des coopérations et du partage des compétences
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 31	Garantir la fluidité des parcours par la transformation
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 32	Assurer la fluidité du parcours par des modalités d'intervention coordonnées des acteurs

OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS

POURSUIVRE LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS INFRARÉGIONALES ET L'ADAPTATION DE L'OFFRE AUX BESOINS

- en développant l'offre de SSR, actuellement insuffisante, sur le territoire du Calvados et en particulier sur le bassin caennais, notamment dans le domaine du SSR polyvalent, gériatrique, neurologique
- en renforçant les coopérations / complémentarités inter établissements sur le plateau caennais pour garantir notamment l'aval du CHU de Caen
- en renforçant l'offre de réadaptation cardio-vasculaire en post chirurgie cardiaque dans la partie orientale de la Normandie ;
- en étudiant la possibilité de créer une implantation de SSR adultes onco-hématologiques sur le bassin caennais en lien avec l'institut hématologique de Basse-Normandie (IHBN)
- en renforçant l'accessibilité et la cohérence du maillage de l'offre SSR pédiatrique en promouvant les complémentarités ;
- en adaptant l'offre de SSR addictologie au regard de la définition territoriale des filières d'addictologie (cf. la Stratégie régionale « pratiques addictives » 2018-2022 élaborée par l'ARS Normandie)

ORGANISER LA COMPLÉMENTARITÉ ENTRE SSR SPÉCIALISÉS (rôle de recours et d'expertise) et SSR non spécialisés, et plus particulièrement inscrire les SSR dans les filières de soins

ACCENTUER LE VIRAGE AMBULATOIRE EN SSR

développer les prises en charge ambulatoires en substitution à l'hospitalisation complète en particulier pour les bassins de population importants afin de limiter notamment les transports de patients

AMÉLIORER LE PARCOURS DU PATIENT par une meilleure coordination des professionnels ambulatoires, du secteur médico-social et du secteur sanitaire

EXPERTISER L'EFFICIENCE ET L'ACCÈS AUX SOINS SSR dans les établissements sans plateau technique dotés de très petites unités SSR en visant l'adéquation des prises en charge aux besoins patients ainsi qu'une taille critique

CONSOLIDER LA FILIÈRE UNIVERSITAIRE DE FORMATION MPR EN NORMANDIE

POURSUIVRE L'ANALYSE DES DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX SSR ET D'AVAL DES SSR, et généraliser la mise en place de Commissions d'optimisation des séjours, pour identifier, quantifier les retards à la sortie et rechercher les solutions à mettre en œuvre, à l'ensemble des établissements

LEVIER(S) MOBILISÉ(S)

- ☑ **Les démarches d'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des usagers ;**
- ☑ **La contractualisation avec les professionnels, structures et établissements de santé, les établissements et services médico-sociaux, et les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé ;**
- ☑ **Les mesures d'aide à l'installation des professionnels de santé ;**
- ☑ **Les systèmes d'information, la télémédecine et l'e-santé ;**
- ☑ **Les outils d'appui et de coordination des acteurs du soin**
- ☑ **La formation et l'évolution des métiers et des compétences des acteurs de santé ;**

CRÉATIONS/TRANSFORMATIONS

SSR ADULTE

ZONE D'IMPLANTATION DE LA MANCHE - SSR adulte :

- Transformation de lits de médecine en SSR dans le sud Manche permettant d'assurer une capacité critique minimale par établissement
- Recomposition territoriale d'unités de SSR de petite taille sous réserve et à l'issue d'une analyse approfondie des besoins territoriaux en matière ambulatoire, sanitaire et médico-sociale, pour répondre aux besoins de la population

■ 0 à - 1 implantation de SSR non spécialisé

ZONE D'IMPLANTATION DU CALVADOS - SSR adulte :

Engager une réflexion sur l'opportunité d'une création éventuelle d'une unité de SSR Oncohématologie sur le bassin caennais

■ 0 à +1 implantation pour la prise en charge spécialisée des affections du système nerveux en hospitalisation à temps partiel exclusive

■ 0 à +1 implantation pour la prise en charge spécialisée des affections de l'appareil locomoteur en hospitalisation à temps partiel exclusive

ZONE D'IMPLANTATION DE L'ORNE - SSR adulte :

Compte tenu de la rareté des ressources médicales, des besoins de santé de la population et des exigences inhérentes à la qualité et la sécurité des soins, un regroupement des activités sur un site est attendu pour les établissements bi-sites :

■ 0 à - 1 implantation de SSR non spécialisé

ZONE D'IMPLANTATION DE DIEPPE - SSR adulte :

■ 0 à +1 implantation pour la prise en charge spécialisée des affections liées aux conduites addictives sur un site disposant déjà d'une autorisation de SSR non spécialisée

ZONE D'IMPLANTATION DE ROUEN-ELBEUF - SSR adulte :

Transformation d'unités de SSR de petite taille en EHPAD pour répondre aux besoins de la population et en cohérence avec les projets médicaux de territoire (GHT) :

■ 0 à - 1 implantation de SSR non spécialisé

SSR PEDIATRIQUE

TERRITOIRE DU CALVADOS - SSR pédiatrique :

- Un projet médical commun est attendu de l'ADAPT et du CMPR La Clairière (Association Lehugeur-Lelièvre) qui se traduira par un regroupement physique des 2 opérateurs sur un seul des 2 sites.

D'une manière plus générale, au cours de la mise en œuvre du SRS, une analyse plus fine de la réponse aux besoins en matière de SSR pédiatrique sera à conduire.

TABLEAU DES IMPLANTATIONS PAR ACTIVITÉ DE SOINS

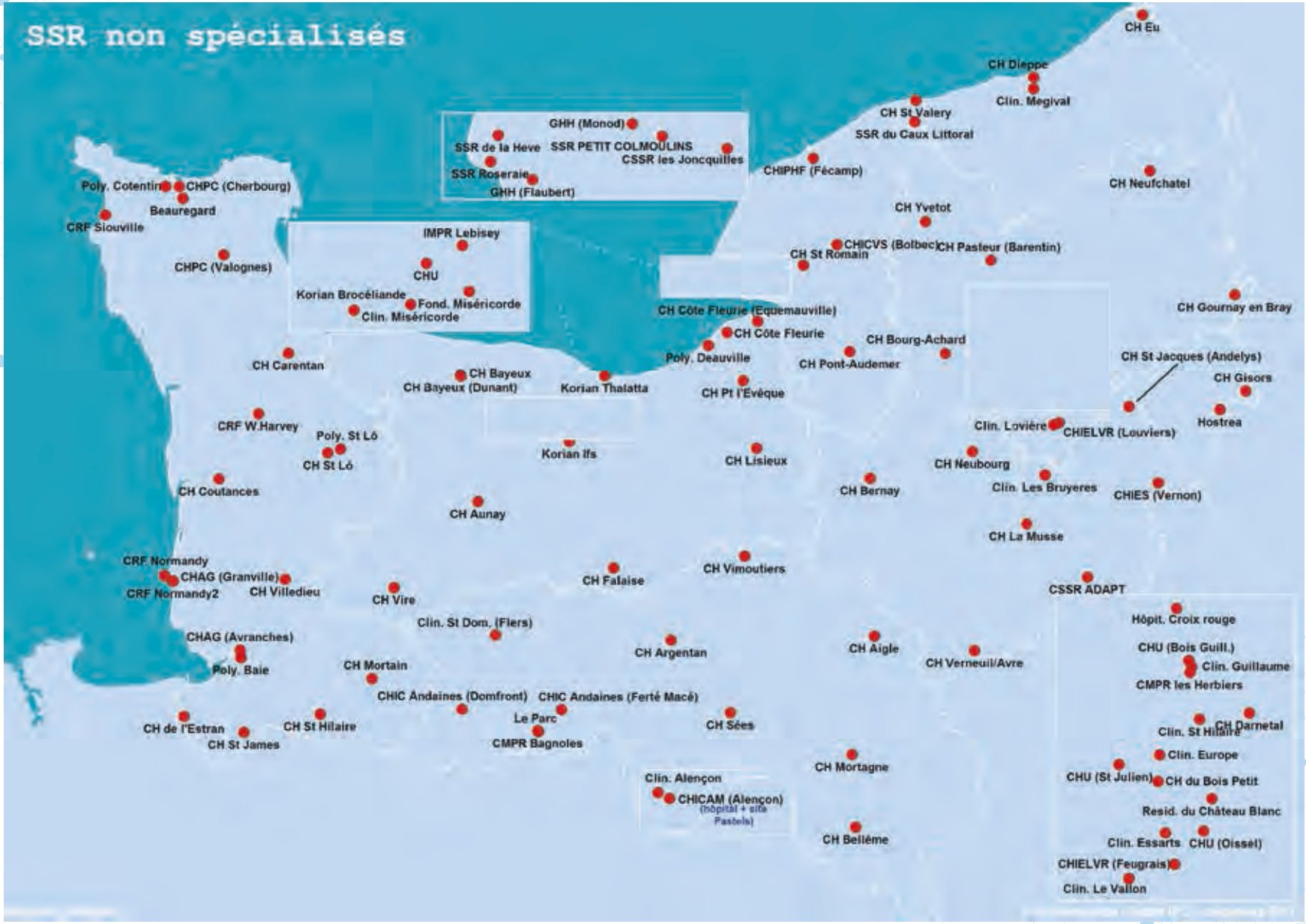
Modalités de l'activité de soins		IMPLANTATIONS SSR ADULTE																					
		ZONE D'IMPLANTATION CALVADOS			ZONE D'IMPLANTATION MANCHE			ZONE D'IMPLANTATION ORNE			ZONE D'IMPLANTATION LE HAVRE			ZONE D'IMPLANTATION DIEPPE			ZONE D'IMPLANTATION ROUEN - ELBEUF			ZONE D'IMPLANTATION EVREUX - VERNON			RÉGION NORMANDIE		
		Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel
SSR non spécialisés : adultes		14	14	0	20	20 à 19	0 à -1	14	14 à 13	0 à -1	10	10	0	5	5	0	20	20 à 19	0 à -1	10	10	0	93	93 à 90	0 à -3
HTP Exclusif		3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0
Spécialisés dans les affections suivantes	appareil locomoteur	3	3	0	3	3	0	1	1	0	2	2	0	2	2	0	3	3	0	2	2	0	16	16	0
	htp exclusive	1	1 à 2	0 à +1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1 à 2	0 à +1
	système nerveux	3	3	0	3	3	0	1	1	0	3	3	0	1	1	0	4	4	0	2	2	0	17	17	0
	htp exclusive	1	1 à 2	0 à +1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1 à 2	0 à +1
	cardio-vasculaires	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	5	5	0
	htp exclusive	2	2	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	2	2	0	0	0	0	7	7	0
	respiratoire	1	1	0	2	2	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	7	7	0
	htp exclusive	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0

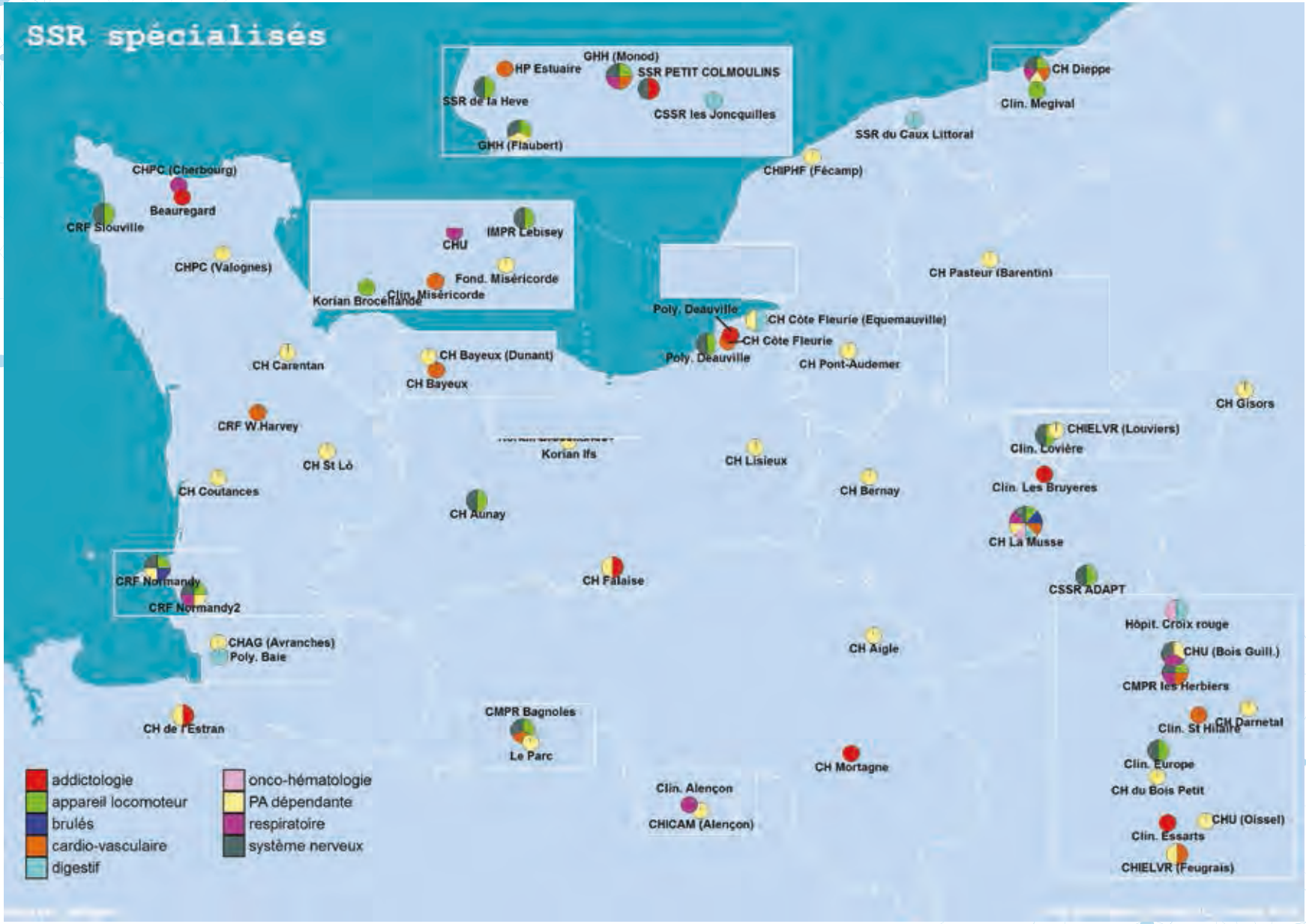
Modalités de l'activité de soins		IMPLANTATIONS SSR ADULTE																						
		ZONE D'IMPLANTATION CALVADOS			ZONE D'IMPLANTATION MANCHE			ZONE D'IMPLANTATION ORNE			ZONE D'IMPLANTATION LE HAVRE			ZONE D'IMPLANTATION DIEPPE			ZONE D'IMPLANTATION ROUEN - ELBEUF			ZONE D'IMPLANTATION EVREUX - VERNON			RÉGION NORMANDIE		
		Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel
Spécialisés dans les affections suivantes	système digestif, métabolique et endocrinien	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	6	6	0
	htp exclusive	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	onco-hématologique	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	2	2	0
	htp exclusive	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	des brûlés	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	2	0
	htp exclusive	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	liées aux conduites addictives	1	1	0	2	2	0	1	1	0	1	1	0	0	0 à 1	0 à +1	1	1	0	1	1	0	7	7 à 8	0 à +1
	htp exclusive	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
	de la personne âgée polypatholo-gique, dépendante ou à risque de dépendance	6	6	0	8	8	0	3	3	0	3	3	0	1	1	0	7	7	0	3	3	0	31	31	0
	htp exclusive	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

TABLEAU DES IMPLANTATIONS PAR ACTIVITÉ DE SOINS

Modalités de l'activité de soins		IMPLANTATIONS SSR PÉDIATRIQUE (0-18 ANS)																					
		ZONE D'IMPLANTATION CALVADOS			ZONE D'IMPLANTATION MANCHE			ZONE D'IMPLANTATION ORNE			ZONE D'IMPLANTATION LE HAVRE			ZONE D'IMPLANTATION DIEPPE			ZONE D'IMPLANTATION ROUEN - ELBEUF			ZONE D'IMPLANTATION EVREUX - VERNON			RÉGION NORMANDIE		
		Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel
SSR non spécialisés : pédiatrique		1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0	1	1	0	7	7	0
SSR non spécialisés : HTP Exclusif		1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0
Spécialisés dans les affections suivantes	appareil locomoteur	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	4	4	0
	htp exclusive	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
	système nerveux	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	4	4	0
	htp exclusive	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
	cardio-vasculaires	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	htp exclusive	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	respiratoire	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	3	3	0
	htp exclusive	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0

Modalités de l'activité de soins		IMPLANTATIONS SSR PÉDIATRIQUE (0-18 ANS)																					
		ZONE D'IMPLANTATION CALVADOS			ZONE D'IMPLANTATION MANCHE			ZONE D'IMPLANTATION ORNE			ZONE D'IMPLANTATION LE HAVRE			ZONE D'IMPLANTATION DIEPPE			ZONE D'IMPLANTATION ROUEN - ELBEUF			ZONE D'IMPLANTATION EVREUX - VERNON			RÉGION NORMANDIE		
		Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel
Spécialisés dans les affections suivantes	système digestif, métabolique et endocrinien	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	4	4	0
	htp exclusive	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0
	onco-hématologique	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0
	htp exclusive	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	des brûlés	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	htp exclusive	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	liées aux conduites addictives	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	htp exclusive	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0


SSR non spécialisés
CH Eu
CH Dieppe
Clin. Megival
CH St Valery
SSR du Caux Littoral
GHH (Monod)
SSR de la Heve
SSR PETIT COLMOULINS
CSSR les Joncquilles
SSR Roseraie
GHH (Flaubert)
CHIPHF (Fécamp)
CH Neufchatel
Poly. Cotentin
CHPC (Cherbourg)
Beauregard
CRF Siouville
CH Yvetot
IMPR Lebisey
CHPC (Valognes)
CHU
CHICVS (Bolbec)
CH St Romain
CH Pasteur (Barentin)
Korian Brocéliande
Fond. Miséricorde
Clin. Miséricorde
CH Côte Fleurie (Equemauville)
CH Gournay en Bray
CH Côte Fleurie
CH Bourg-Achard
Poly. Deauville
CH Pont-Audemer
CH St Jacques (Andelys)
CH Carentan
CH Bayeux
CH Bayeux (Dunant)
Korian Thalatta
CH Pt l'Evêque
CH Gisors
Hostrea
CRF W.Harvey
Clin. Lovière
CHIELVR (Louviers)
Poly. St Lô
CH St Lô
Korian Ifs
CH Lisieux
CH Neubourg
CH Coutances
CH Bernay
Clin. Les Bruyeres
CHIES (Vernon)
CH Aunay
CH La Musse
CRF Normandy
CHAG (Granville)
CRF Normandy2
CH Villedieu
CH Falaise
CH Vimoutiers
CSSR ADAPT
CH Vire
Hôpit. Croix rouge
Clin. St Dom. (Flers)
CHAG (Avranches)
CH Argentan
CH Aigle
CHU (Bois Guill.)
CH Verneuil/Avre
Clin. Guillaume
Poly. Baie
CH Mortain
CMPR les Herbiers
CHIC Andaines (Domfront)
CHIC Andaines (Ferté Macé)
Clin. St Hilaire
CH Darnetal
CH de l'Estran
CH St Hilaire
Le Parc
CH Sées
Clin. Europe
CH St James
CMPR Bagnoles
CH Mortagne
CHU (St Julien)
CH du Bois Petit
Clin. Alençon
CHICAM (Alençon)
(hôpital + site Pasteur)
Resid. du Château Blanc
CH Belléme
Clin. Essarts
CHU (Oissel)
CHIELVR (Feugrais)
Clin. Le Vallon


SSR spécialisés
GHH (Monod)
HP Estuaire
SSR PETIT COLMOULINS
SSR de la Heve
CSSR les Joncquilles
GHH (Flaubert)
CH Dieppe
Clin. Megival
SSR du Caux Littoral
CHIPHF (Fécamp)
CHPC (Cherbourg)
Beauregard
CRF Siouville
IMPR Lebisey
CHU
CHPC (Valognes)
Fond. Miséricorde
Clin. Miséricorde
Korian Brocéliande
CH Pasteur (Barentin)
Poly. Deauville
CH Côte Fleurie (Equemauville)
CH Côte Fleurie
Poly. Deauville
CH Pont-Audemer
CH Carentan
CH Bayeux (Dunant)
CH Bayeux
CH Gisors
CRF W.Harvey
CHIELVR (Louviers)
Clin. Lovière
Korian Ifs
CH Lisieux
CH St Lô
CH Coutances
CH Bernay
Clin. Les Bruyeres
CH Aunay
CH La Musse
CRF Normandy
CRF Normandy2
CH Falaise
CSSR ADAPT
Hôpit. Croix rouge
CHAG (Avranches)
Poly. Baie
CH Aigle
CHU (Bois Guill.)
CMPR les Herbiers
CH Darnetal
Clin. St Hilaire
CH de l'Estran
CMPR Bagnoles
Le Parc
CH Mortagne
Clin. Europe
CH du Bois Petit
Clin. Alençon
CHICAM (Alençon)
CHU (Oissel)
Clin. Essarts
CHIELVR (Feugrais)
addictologie
appareil locomoteur
brulés
cardio-vasculaire
digestif
onco-hématologie
PA dépendante
respiratoire
système nerveux

SOINS DE LONGUE DURÉE

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

L'activité de soins de longue durée est répartie sur 25 sites sur l'ensemble de la région.
La partition USLD/EHPAD a abouti à l'implantation de 10 Unités de soins longue durée (USLD), de 30 à 120 lits.
La recommandation nationale du taux d'équipement (circulaire DHOS du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatrique) est de 6 lits pour 1 000 habitants de 75 ans et plus.

Il s'agit d'une activité exclusivement mise en œuvre par des établissements publics de santé.
« Les USLD sont des unités accueillant et prenant en charge des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une polypathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie » (article 1 de l'arrêté du 12 mai 2006).

Le maillage actuel entraîne le constat d'absence de couverture dans le Nord Cotentin.

Certaines des USLD comportent des unités de vie protégées (8 unité d'hébergement renforcé (UHR) sur 8 sites).

À ces activités, il convient de rappeler la mise en œuvre d'autres offres d'établissements et de services médico-sociaux, et d'une offre qui intervient auprès des personnes âgées : services d'aide à domicile, centres de soins infirmiers, HAD, réseaux de santé, EMSP, unités douleurs…

De même, ce bilan serait à compléter également des différents professionnels de santé libéraux qui exercent également auprès de ces patients une prise en charge (médecins généralistes libéraux, spécialistes, infirmiers, pharmaciens libéraux, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens, pédicures-podologues, ergothérapeutes, aides médico psychologiques, aides-soignants, assistants de soins en gérontologie).

RÉFÉRENCE À L'OBJECTIF OU AUX OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU SRS CONCERNÉ(S)

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 15 Renforcer l'attractivité territoriale pour l'exercice des professions de santé

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 16 Garantir à l'usager l'accès à une offre de services en santé de proximité à chaque étape de son parcours de vie, tout en conciliant qualité et sécurité

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 17 Organiser graduellement l'accessibilité à une offre de santé complémentaire adossée à l'offre de proximité

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 21 Assurer une démarche d'amélioration continue de la sécurité et de la qualité des services et interventions en santé

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 22 Assurer la formation des professionnels en cohérence avec les besoins de santé des usagers

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 24 Assurer le déploiement de l'innovation technique et technologique : de la télémédecine à l'e-santé et notamment le développement de nouvelles applications en santé

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 26 Favoriser l'innovation à la fois en termes d'organisation et de pratiques professionnelles : développement des coopérations et du partage des compétences

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 27 Améliorer la connaissance des besoins du public et promouvoir des outils partagés (observation, évaluation, orientation suivi)

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 31 Garantir la fluidité des parcours par la transformation

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 32 Assurer la fluidité du parcours par des modalités d'intervention coordonnées des acteurs

OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS

OBJECTIF 1

- Inscrire les USLD dans la structuration de la filière de soins gériatriques au sein du Groupement hospitalier de territoire (GHT)

OBJECTIF 2

- Développer pour chaque GHT une filière gériatrique comprenant au moins une USLD

OBJECTIF 3

- Procéder à la labellisation des filières de soins gériatriques et définir leurs territoires d'intervention

OBJECTIF 4

- Favoriser l'innovation via le déploiement de technologies de l'information et de la communication :
  - télémédecine pour éviter les déplacements et faciliter l'accès aux soins spécialisés,
  - télésanté dans les zones isolées pour le développement de la formation des personnels médicaux, paramédicaux et sociaux.

CRÉATIONS/TRANSFORMATIONS

ZONE D'IMPLANTATION MANCHE

- 0 à 1 implantation d'USLD

LEVIER(S) MOBILISÉ(S)

- ☑ La surveillance et l'observation de la santé
- ☑ Les démarches d'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des usagers
- ☑ La contractualisation avec les professionnels, structures et établissements de santé, les établissements et services médico-sociaux, et les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé
- ☑ La coordination ou la contractualisation avec les autres services de l'État et les collectivités territoriales et leurs groupements
- ☑ Les mesures d'aide à l'installation des professionnels de santé
- ☑ Les systèmes d'information, la télémédecine et l'e-santé
- ☑ Les outils d'appui et de coordination des acteurs du soin et des accompagnements sociaux et médico-sociaux, de la prévention et de la promotion de la santé
- ☑ La formation et l'évolution des métiers et des compétences des acteurs de santé

TABLEAU DES IMPLANTATIONS DÉTAILLÉES

Activité de soins	IMPLANTATIONS USLD																							
	ZONE D'IMPLANTATION CALVADOS			ZONE D'IMPLANTATION MANCHE			ZONE D'IMPLANTATION ORNE			ZONE D'IMPLANTATION LE HAVRE			ZONE D'IMPLANTATION DIEPPE			ZONE D'IMPLANTATION ROUEN - ELBEUF			ZONE D'IMPLANTATION EVREUX - VERNON			RÉGION NORMANDIE		
	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel
USLD	6	6	0	4	4 à 5	0 à +1	2	2	0	4	4	0	1	1	0	4	4	0	4	4	0	25	25 à 26	0 à +1

Unités de Soins de Longue Durée
CH Dieppe (Chateau Michel)
CHIPHF (Fécamp)
GHH (Flaubert)
CH St Romain
CH Pasteur (Barentin)
CHU (Mont-St-Aignan)
CHU (St Julien)
CH Côte Fleurie (Equemauville)
CH Pont-Audemer
CHU (Oissel)
CH Bayeux
CH Gisors
CHU
CH St Lô
CH Lisieux
CH Neubourg
CH Coutances
CHIES (Evreux)
CH Falaise
CHAG (Granville)
CH Vire
CH Aigle
CH Verneuil/Avre
CHAG (Avranches)
CHICAM (Alençon)

ACTIVITÉS INTERVENTIONNELLES SOUS IMAGERIE MÉDICALE, PAR VOIE ENDOVASCULAIRE, EN CARDIOLOGIE

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

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

- **Actes de type 1 :** actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multi-sites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention liée à des troubles du rythme. Définition des actes intégrés dans le périmètre du seuil de 50 actes : actes d'ablation endocavitaire, autres que l'ablation de la jonction atrio-ventriculaire.
- **Actes de type 2 :** actes portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles ré-interventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence. Définition des actes intégrés dans le périmètre du seuil de 40 actes, au moins 50 % de l'activité réalisée sur des enfants.
- **Actes de type 3 :** actes portant sur les autres cardiopathies de l' adulte qui concernent principalement le traitement interventionnel, sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, des sténoses des artères coronaires. Définition des actes intégrés dans le périmètre du seuil de 350 actes.

Au 1er janvier 2017, les activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie sont mises en œuvre au sein de 8 établissements (9 titulaires d'autorisations).

- 6 établissements sont répartis en Normandie orientale alors que les 2 établissements de la Normandie occidentale se concentrent sur Caen.
- Les établissements sont autorisés pour les actes de type 1 et/ou 3. Seul le CHU de Caen est autorisé pour les actes de type 2.

Le maillage régional n'est pas harmonisé.

- Les plateaux techniques en Normandie orientale se situent sur les territoires de Rouen-Elbeuf, Le Havre et Evreux-Vernon. En mars 2016, l'activité de type 1 du centre hospitalier Eure - Seine est renouvelée sous conditions que le seuil de 50 actes de rythmologie interventionnelle soit atteint et que le second médecin cardiologue interventionnel soit séniorisé.
- La Normandie occidentale souhaitait limiter le nombre de plateaux techniques afin d'assurer une activité suffisante confortant l'expérience des praticiens et rapprochant l'exercice de cette activité des plateaux de chirurgie cardiaque. L'activité des trois titulaires autorisés est importante, notamment l'activité d'angioplastie arrive à saturation. L'observatoire des SCA+ (RESIST) démontre une surmortalité sur le territoire de la Manche, par rapport aux deux autres territoires. Cependant, elle ne s'explique pas par la seule absence de plateau d'angioplastie de proximité. L'organisation de la prise en charge pré-hospitalière nécessite d'être améliorée. Les données PMSI montrent que chaque année plus de 1 000 manchois doivent bénéficier d'une angioplastie coronarienne. Environ 25 % des patients admis au CHU de Caen, à l'Hôpital Privé Saint-Martin et à la clinique Saint-Laurent à Rennes proviennent de la Manche.

En termes de démographie médicale, la région Normandie se caractérise par de fortes tensions pour cette discipline. Même s'il n'est pas normé, le nombre de praticiens pour chacune des activités de cardiologie interventionnelle doit être suffisant pour assurer la continuité des soins, avec une qualification spécifique des personnels médicaux et paramédicaux.

RÉFÉRENCE À L'OBJECTIF OU AUX OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU SRS CONCERNÉ(S)

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 2 Promouvoir des comportements alimentaires favorables à la santé et lutter contre la sédentarité

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 11 Rendre l'usager acteur de sa santé

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 15 Renforcer l'attractivité territoriale pour l'exercice des professions de santé

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 16 Garantir à l'usager l'accès à une offre de services en santé de proximité à chaque étape de son parcours de vie, tout en conciliant qualité et sécurité

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 17 Organiser graduellement l'accessibilité à une offre de santé complémentaire adossée à l'offre de proximité

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 21 Assurer une démarche d'amélioration continue de la sécurité et de la qualité des services et interventions en santé

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 22 Assurer la formation des professionnels en cohérence avec les besoins de santé des usagers

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 24 Assurer le déploiement de l'innovation technique et technologique : de la télémédecine à l'e-santé et notamment le développement de nouvelles applications en santé

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 25 Promouvoir et développer la recherche clinique (thérapeutique) et interventionnelle (participative)

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 26 Favoriser l'innovation à la fois en termes d'organisation et de pratiques professionnelles : développement des coopérations et du partage des compétences

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 27 Améliorer la connaissance des besoins du public et promouvoir des outils partagés (observation, évaluation, orientation suivi)

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 31 Garantir la fluidité des parcours par la transformation

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 32 Assurer la fluidité du parcours par des modalités d'intervention coordonnées des acteurs

OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS

OBJECTIF 1

- Harmoniser le maillage territorial des plateaux techniques dans le respect des conditions techniques de fonctionnement permettant d'assurer et de conforter qualité et sécurité des soins, en développant des coopérations territoriales

OBJECTIF 2

- Développer un observatoire national des angioplasties

OBJECTIF 3

- Conforter la place régionale du CHU de Caen pour les actes de type 2 portant sur les cardiopathies de l'enfant

CRÉATIONS/TRANSFORMATIONS

ZONE D'IMPLANTATION MANCHE

- 0 à + 1 implantation pour les actes de type 3 (actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte).

INDICATEUR(S) REGIONAUX MOBILISÉ(S)

- Nombres d'actes réalisés de type 1, 2 et 3
- Mise en place d'un registre permettant un recueil de l'ensemble des procédures de coronarographies et d'angioplasties coronariennes pratiquées dans la région

L'ARS s'appuiera également sur le suivi d'indicateurs définis régionalement regroupés sous la forme d'un tableau de bord régional annuel à remplir par les services de cardiologie interventionnelle

LEVIER(S) MOBILISÉ(S)

- ☑ La surveillance et l'observation de la santé
- ☑ Les démarches d'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des usagers
- ☑ La contractualisation avec les professionnels, structures et établissements de santé, les établissements et services médico-sociaux, et les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé
- ☑ Les mesures d'aide à l'installation des professionnels de santé
- ☑ Les systèmes d'information, la télémédecine et l'e-santé
- ☑ La formation et l'évolution des métiers et des compétences des acteurs de santé

TABLEAU DES IMPLANTATIONS DÉTAILLÉES

Modalités de l'activité de soins	IMPLANTATIONS CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE																							
	ZONE D'IMPLANTATION CALVADOS			ZONE D'IMPLANTATION MANCHE			ZONE D'IMPLANTATION ORNE			ZONE D'IMPLANTATION LE HAVRE			ZONE D'IMPLANTATION DIEPPE			ZONE D'IMPLANTATION-ROUEN - ELBEUF			ZONE D'IMPLANTATION EVREUX - VERNON			RÉGION NORMANDIE		
	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel
Acte type 1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0	1	1	0	6	6	0
Acte type 2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
Acte type 3	2	2	0	0	1	0 à +1	0	0	0	2	2	0	0	0	0	2	2	0	1	1	0	7	7 à 8	0 à +1

Cardiologie - activités interventionnelles sous imagerie médicale
HP Estuaire
(SCM des cardiologues du Petit Colmoulin)
GHH (Monod)
Clin. St Hilaire
(SCM centre imagerie cardio-vasculaire)
CHU (Nicolle)
HP St Martin
CHU
Inst. cardiovasculaire
CHIES (Evreux)
Clin. Bergouignan
actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle - type 1
actes portant sur les cardiopathies de l'enfant - type 2
actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte - type 3

MÉDECINE D'URGENCE

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

Au 1er janvier 2017, l'activité de médecine d'urgence se répartit sur 41 établissements publics, privés, et ESPIC.

- Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) : 6 SAMU existent sur la région : un SAMU pour les départements 14, 50, 61, 27 ; il est à noter que la Seine-Maritime a la particularité de disposer de 2 SAMU
- Structure des urgences (SU) : 41 établissements disposent d'une SU, dont 3 disposent également d'une SU Pédiatrique : 33 publics, 7 privés, 1 ESPIC
- Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) : 31 établissements disposent d'une SMUR, dont 2 disposent également d'une SMUR pédiatrique. 4 bases héliportées (2 héliSMUR (Rouen (76) et Alençon (61)), 2 appareils de la sécurité civile (Le Havre (76) et Granville(50))

La répartition des SU et SMUR permet de garantir l'accès de 97,6% de la population normande en moins de 30 minutes à des soins urgents. Cette référence ne relève pas de conditions réglementaires mais constitue un objectif du Pacte Territoire Santé lancé en 2012.

- L'activité (source SAE 2016) est considérée comme faible pour 14 établissements comportant SU et SMUR (cf. instruction DGOS/RH4/2017/42 du 3 février 2017 relative à l'activité SU et SMUR), c'est-à-dire pour une entité géographique avec SU et SMUR : l'équation [nb de passages au SU + 7X le nb de sorties SMUR] doit être inférieure à 24 000.
- 5 SMUR effectuent moins de 400 sorties par an. La moyenne régionale est de 1133 sorties SMUR par an en 2016.
- 2 SU ont été transformées en Centre de soins non programmés (CSNP) en 2016, en raison de la faible activité ou du déficit en ressources médicales.
- Les SAMU ont une activité soutenue 4 sur 6 dépassent 100 000 Dossier de régulation médicale (DRM) par an.

Ce dispositif est complété de centres de soins non programmés (CSNP), dans le Calvados et la Manche, ou de centres de premier secours primaires (CPSP) en Seine-Maritime.

Une réflexion sur une organisation territoriale des urgences a été engagée.

Il est attendu que les établissements de santé du plateau caennais titulaires d'une autorisation de médecine d'urgence se recomposent afin de diminuer le nombre de titulaires d'autorisations à 3.

Selon les besoins de soins urgents à couvrir, l'ARS de Normandie envisage la possibilité de création de CSNP dans le cadre d'une transformation de la structure des urgences .

Malgré une politique ambitieuse de formation de jeunes medecins dans cette filiere, les ressources en medecins urgentistes sont insuffisantes, avec un recours à l'interim très important, un nombre de postes pourvus en deçà du nombre de postes necessaires pour appliquer la circulaire DGOS 2014/359 relative à l'organisation du temps de travail. Aussi, 148 postes de medecins urgentistes seraient vacants sur la région.

Dans ce contexte de ressources médicales contraintes, des critères permettant d'identifier une faible activité, issus des travaux nationaux de réforme du financement des urgences sont repris (cf. instruction DGOS RH4 2017-42 du 3 février 2017 relative à l'application de la circulaire N° DGOS/2014/359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgence-SAMU-SMUR et de l'instruction n° DGOS/RH4/2015/234 du 10 juillet 2015 relative au référentiel national de gestion du temps de travail médical applicable dans les structures de médecine d'urgence-SAMU-SMUR) :

- SU seule : en deçà de 12 000 passages par an ;
- SMUR seule : en deçà de 3 000 sorties par an ;
- SU + SMUR (passages SU + (7 x sorties SMUR)) : en deçà de 24 000 par an.

RÉFÉRENCE À L'OBJECTIF OU AUX OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU SRS CONCERNÉ(S)

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°11 Rendre l'usager acteur de sa santé

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 15 Renforcer attractivité territoriale pour l'exercice des professions de santé

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 16 Garantir à l'usager l'accès à une offre de services en santé de proximité à chaque étape de son parcours de vie, tout en conciliant qualité et sécurité

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 17 Organiser graduellement l'accessibilité à une offre de santé complémentaire adossée à l'offre de proximité

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 21 Assurer une démarche d'amélioration continue de la sécurité et de la qualité des services et interventions en santé

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 22 Assurer la formation des professionnels en cohérence avec les besoins de santé des usagers

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 24 Assurer le déploiement de l'innovation technique et technologique : de la télémédecine à l'e-santé et notamment le développement de nouvelles applications en santé

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 26 Favoriser l'innovation à la fois en termes d'organisation et de pratiques professionnelles : développement des coopérations et du partage des compétences

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 27 Améliorer la connaissance des besoins du public et promouvoir des outils partagés (observation, évaluation, orientation suivi)

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 31 Garantir la fluidité des parcours par la transformation

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 32 Assurer la fluidité du parcours par des modalités d'intervention coordonnées des acteurs

OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS

OBJECTIF 1 : OPTIMISER LES RESSOURCES MÉDICALES TOUT EN MAINTENANT UNE HAUTE QUALITÉ DE PRISE EN CHARGE ET UNE ATTRACTIVITÉ DANS LE RECRUTEMENT MÉDICAL :

- Mutualiser l'activité de régulation médicale des Centres de réception et de régulation des appels (CRRA) en nuit profonde à la suite d'un diagnostic approfondi et partagé, sur la base d'une réflexion interdépartementale au sein de chaque hémi-région
- Développer les transports infirmiers inter-hospitaliers (TIIH) en s'appuyant sur les résultats de l'expérimentation initiée dans la Manche en décembre 2017
- Structurer des équipes médicales territoriales d'urgentistes au sein de chaque GHT ou au sein de FMIH
- Renforcer et développer des filières de soins intra et inter-hospitalières

OBJECTIF 2 : OPTIMISER LES RESSOURCES TECHNIQUES POUR RÉPONDRE AUX BESOINS DE TRANSPORTS MÉDICALISÉS DE PATIENTS PAR UN MAILLAGE COHÉRENT DES VECTEURS SMUR DONT LES HÉLIPORTÉS.

- Optimiser l'efficience des vecteurs SMUR dont l'héliSMUR

OBJECTIF 3 : RÉORGANISER LES SU/SMUR À FAIBLE ACTIVITÉ EN CONSERVANT DANS LA MESURE DU POSSIBLE LA COUVERTURE D'ACCÈS À MOINS DE 30 MINUTES

OBJECTIF 4 : AMÉLIORER LA RÉPONSE AUX DEMANDES DE SOINS NON PROGRAMMÉS, PAR UNE ARTICULATION FORTE ENTRE ACTEURS DE L'HÔPITAL ET MÉDECINS LIBÉRAUX

OBJECTIF 5 : METTRE EN OEUVRE D'AUTRES MODALITÉS D'ACTIONS COMPLÉMENTAIRES (médecin correspondant SAMU, jonctions SMUR, CSNP …)

LEVIER(S) MOBILISÉ(S)

- ☑ **Les démarches d'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des usagers**
- ☑ **La contractualisation avec les professionnels, structures et établissements de santé, les établissements et services médico-sociaux, et les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé**
- ☑ **Les systèmes d'information, la télémédecine et l' e-santé**
- ☑ **La formation et l'évolution des métiers et des compétences des acteurs de santé**
- ☑ **Les investissements immobiliers et les équipements**

CRÉATIONS/TRANSFORMATIONS

RÉORGANISER LES SU/SMUR À FAIBLE ACTIVITÉ EN CONSERVANT DANS LA MESURE DU POSSIBLE LA COUVERTURE D'ACCÈS À MOINS DE 30 MINUTES.

Transformation des SU notamment à faible activité en CSNP (expérience Valognes et Aunay-sur-Odon) ayant également le cas échéant +/- difficultés démographiques importantes. Plusieurs évolutions d'autorisation de SMUR sont prévues et se traduiront pour une partie d'entre-elles par la création d'antennes SMUR dans le cadre d'établissements en direction commune ou de coopérations entre établissements appartenant au même GHT, en cohérence avec le développement des équipes médicales de territoire ou de FMIH. Ces évolutions de SMUR sont envisagées pour les SMUR disposant d'une activité relativement faible et confrontés à ce jour à d'importantes problématiques de démographie médicale impliquant pour certains des fermetures inopinées réitérées.

ZONE D'IMPLANTATION DE LA MANCHE

- 0 à -1 implantation de SU avec possibilité de transformation en centre de soins non programmés
- 0 à -4 implantations de SMUR
- 0 à +4 implantations d'antennes SMUR dans le cadre d'une création entre établissements d'un même GHT par transformation d'une SMUR (cf. supra)

ZONE D'IMPLANTATION DU CALVADOS

- 0 à -1 implantation de SU avec possibilité de transformation en centre de soins non programmés

ZONE D'IMPLANTATION DE L'ORNE

- 0 à -1 implantation de SU avec possibilité de transformation en centre de soins non programmés
- 0 à -1 implantation de SMUR
- 0 à -1 implantation d'antenne SMUR

ZONE D'IMPLANTATION DU HAVRE

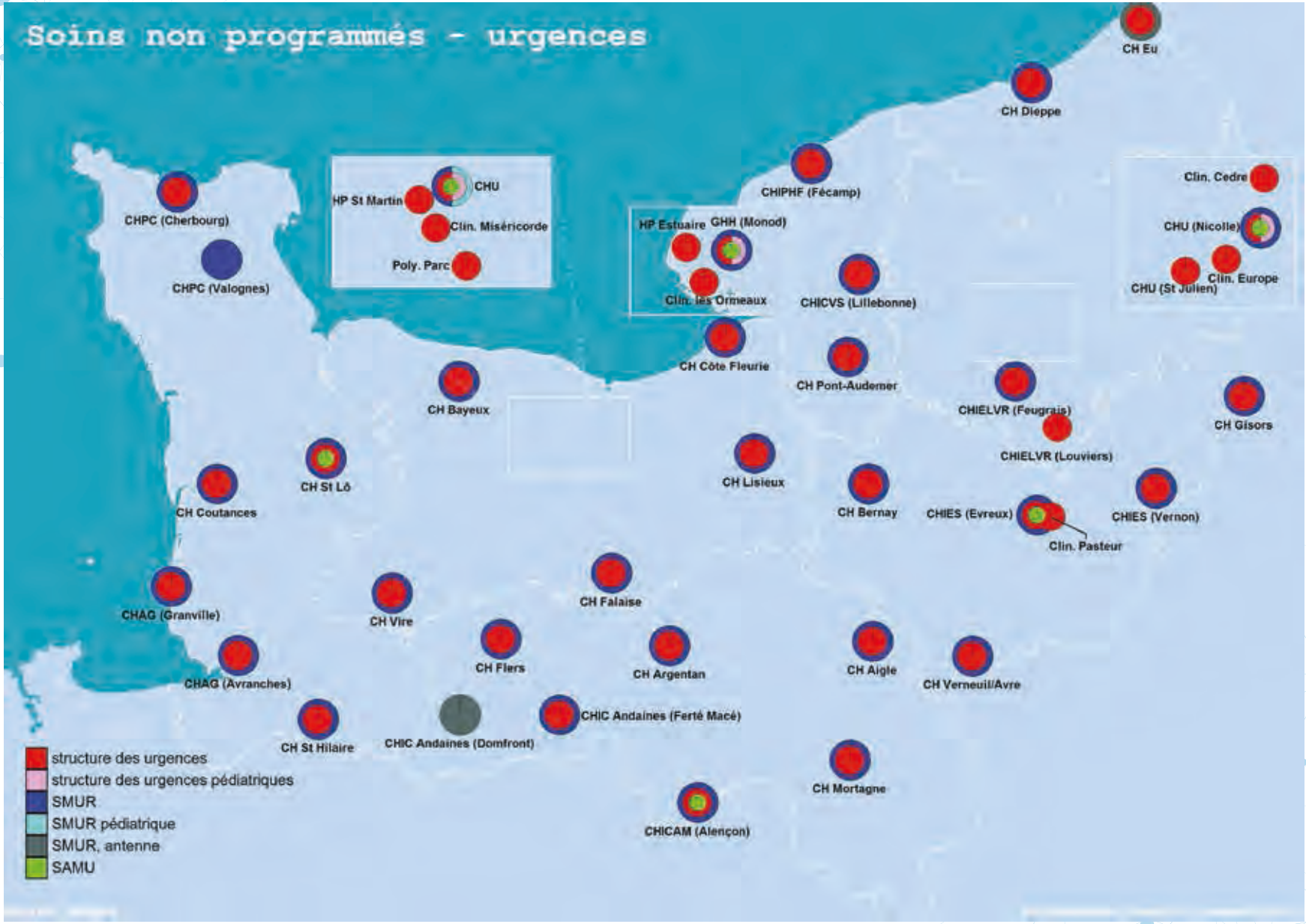
- 0 à -1 implantation de SMUR
- 0 à +1 implantation d'antennes SMUR dans le cadre d'une création entre établissements d'un même GHT par transformation d'une SMUR (cf. supra)

ZONE D'IMPLANTATION D'EVREUX-VERNON

- 0 à -1 'implantation de SMUR
- 0 à +1 implantation d'antennes SMUR dans le cadre d'une création entre établissements d'un même GHT par transformation d'une SMUR (cf. supra)

TABLEAU DES IMPLANTATIONS PAR ACTIVITÉ DE SOINS

Modalités de l'activité de soins	IMPLANTATIONS MÉDECINE D'URGENCE																					
	ZONE D'IMPLANTATION CALVADOS			ZONE D'IMPLANTATION MANCHE			ZONE D'IMPLANTATION ORNE			ZONE D'IMPLANTATION LE HAVRE			ZONE D'IMPLANTATION DIEPPE			ZONE D'IMPLANTATION ROUEN - ELBEUF			ZONE D'IMPLANTATION EVREUX - VERNON			RÉGION NORMANDIE		
	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel
SAMU	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	6	6	0
SMUR	6	6	0	7	7 à 3	0 à-4	6	6 à 5	0 à -1	4	4 à 3	0 à -1	1	1	0	2	2	0	5	5 à 4	0 à -1	31	31 à 24	0 à -7
SMUR Pédiatrique	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
Antenne SMUR	0	0	0	0	0 à 4	0 à +4	1	1 à 0	0 à -1	0	0 à 1	0 à +1	1	1	0	0	0	0	0	0 à 1	0 à +1	2	1 à 8	-1 à +6
Structure des urgences	9	9 à 8	0 à -1	6	6 à 5	0 à -1	6	6 à 5	0 à -1	6	6	0	2	2	0	6	6	0	6	6	0	41	41 à 38	0 à -3
Structure des urgences Pédiatriques	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	3	3	0


Soins non programmés - urgences
CH Eu
CH Dieppe
CHIPHF (Fécamp)
CHPC (Cherbourg)
CHU
HP St Martin
Clin. Miséricorde
Poly. Parc
CHPC (Valognes)
HP Estuaire
GHH (Monod)
Clin. les Ormeaux
CHICVS (Lillebonne)
Clin. Cedre
CHU (Nicolle)
Clin. Europe
CHU (St Julien)
CH Côte Fleurie
CH Pont-Audemer
CH Bayeux
CHIELVR (Feugrais)
CHIELVR (Louviers)
CH Gisors
CH St Lô
CH Lisieux
CH Coutances
CH Bernay
CHIES (Evreux)
CHIES (Vernon)
Clin. Pasteur
CHAG (Granville)
CH Falaise
CH Vire
CH Flers
CH Argentan
CH Aigle
CH Verneuil/Avre
CHAG (Avranches)
CHIC Andaines (Ferté Macé)
CH St Hilaire
CHIC Andaines (Domfront)
CH Mortagne
CHICAM (Alençon)
structure des urgences
structure des urgences pédiatriques
SMUR
SMUR pédiatrique
SMUR, antenne
SAMU

RÉANIMATION

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

L'activité de soins de réanimation couvre la prise en charge des personnes adultes et des enfants. Les soins de réanimation sont destinés à des patients qui présentent, ou sont susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital, et impliquant le recours à des méthodes de suppléance.

Il est à noter une nécessité de renforcement des capacités des unités de réanimation périphériques compte tenu du développement attendu des prélèvements multi-organes.

Le besoin théorique estimé est de 10 lits pour 100 000 Habitants (Ha).

- **Le taux d'équipement actuel France entière est de 8,1 lits pour 100 000 Ha et 7,7 en Normandie.**

Ce relatif sous-équipement des établissements de santé normands s'explique en grande partie par la proximité d'établissements hors région : notamment l'Ile de France et le Centre Val de Loire (Dreux) qui constituent une offre proche pour une partie des habitants de l'Eure par exemple.

Ainsi, le **taux d'équipement est de 7,9 lits pour 100 000 habitants**.

Les unités de réanimation connaissent un taux d'occupation différencié selon les zones d'implantation, souvent supérieur aux 80 % préconisés par les sociétés savantes.

Des opérations de recomposition de l'offre de soins sont conduites afin d'améliorer territorialement, l'organisation de la filière des soins critiques.
L'opération « nouvel Hôpital Charles Nicolle », qui a fait l'objet d'un dossier COPERMO (comité interministériel de la performance et de modernisation de l'offre de soins) conduira sur le CHU de Rouen à regrouper l'ensemble des soins critiques.
Les Groupements hospitaliers de territoire (GHT), avec l'élaboration de Projets médicaux partagés (PMP), constituent un levier pour conforter la structuration d'une filière de soins critiques pertinente au sein des territoires.

De fortes difficultés en termes de démographie médicale en anesthésie-réanimation sont pointées, alors même que le besoin de temps médical est croissant.

RÉFÉRENCE À L'OBJECTIF OU AUX OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU SRS CONCERNÉ(S)

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 15 Renforcer l'attractivité territoriale pour l'exercice des professions de santé

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 16 Garantir à l'usager l'accès à une offre de services en santé de proximité à chaque étape de son parcours de vie, tout en conciliant qualité et sécurité

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 17 Organiser graduellement l'accessibilité à une offre de santé complémentaire adossée à l'offre de proximité

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 21 Assurer une démarche d'amélioration continue de la sécurité et de la qualité des services et interventions en santé

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 22 Assurer la formation des professionnels en cohérence avec les besoins de santé des usagers

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 24 Assurer le déploiement de l'innovation technique et technologique : de la télémédecine à l'e-santé et notamment le développement de nouvelles applications en santé

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 26 Favoriser l'innovation à la fois en termes d'organisation et de pratiques professionnelles : développement des coopérations et du partage des compétences

OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS

OBJECTIF EN TERMES DE DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

- Poursuivre la mobilisation et l'accompagnement de l'ARS en partenariat avec les universités et les établissements de santé en faveur de dispositif favorisant l'attractivité de cette discipline : Contrat d'engagement de service public (CESP), augmentation du nombre d'internes, dispositif Assistants spécialistes régionaux (ASR) avec les deux CHU et les établissements de santé de recours, expertise de la constitution d'équipe médicale à vocation territoriale

OBJECTIFS EN TERMES D'OFFRE DE SOINS

- Maintenir l'existant en termes d'activité de soins de réanimation en favorisant l'adaptation capacitaire, l'optimisation des unités de réanimation par leur articulation avec les Unités de soins intensifs (USI) et les Unités de surveillance continue (USC), en cohérence avec les évolutions des autres activités de soins : la chirurgie, la médecine
- Assurer l'adéquation médicale des prises en charge au sein de la filière soins critiques, en continu et particulièrement lors de « tension » : indicateurs de suivi annuels
- Développer des coopérations inter et intra GHT pour optimiser les filières de prise en charge des soins critiques

CRÉATIONS/TRANSFORMATIONS

- Pas d'évolution d'implantation : maillage territorial de la réanimation à organiser autour de l'existant

INDICATEURS(S) RÉGIONAUX MOBILISÉ(S)

- L'ARS s'appuiera sur le suivi d'indicateurs définis régionalement qui pourront être regroupés sous la forme d'un tableau de bord régional annuel à remplir par les services de réanimation

LEVIER(S) MOBILISÉ(S)

- ☑ **Les démarches d'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des usagers**
- ☑ **La contractualisation avec les professionnels, structures et établissements de santé, les établissements et services médico-sociaux, et les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé**
- ☑ **Les mesures d'aide à l'installation des professionnels de santé**
- ☑ **Les systèmes d'information, la télémédecine et l'e-santé**
- ☑ **La formation et l'évolution des métiers et des compétences des acteurs de santé**
- ☑ **Les investissements immobiliers et les équipements**

TABLEAU DES IMPLANTATIONS DÉTAILLÉES

Modalités de l'activité de soins	IMPLANTATIONS RÉANIMATION																					
	ZONE D'IMPLANTATION CALVADOS			ZONE D'IMPLANTATION MANCHE			ZONE D'IMPLANTATION ORNE			ZONE D'IMPLANTATION LE HAVRE			ZONE D'IMPLANTATION DIEPPE			ZONE D'IMPLANTATION ROUEN - ELBEUF			ZONE D'IMPLANTATION EVREUX - VERNON			RÉGION NORMANDIE		
	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel
Réanimation adulte	4	4	0	3	3	0	2	2	0	1	1	0	1	1	0	2	2	0	1	1	0	14	14	0
Réanimation pédiatrique	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0
Réanimation pédiatrique spécialisée	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Structures autorisées en réanimation
CH Dieppe
CHPC (Cherbourg)
GHH (Monod)
CHU (Nicolle)
CH Bayeux
CHU
HP St Martin
CHELVR (Feugrais)
CH St Lô
CH Lisieux
CHES (Evreux)
CH Flers
CHAG (Avranches)
CHCAM (Alençon)
réanimation
réanimation pédiatrique

INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE (IRC)

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

CONTEXTE NATIONAL

L'Insuffisance rénale chronique (IRC) compte 4 modalités de prise en charge : hémodialyse en centre, hémodialyse en Unité de dialyse médicalisée (UDM), hémodialyse en Unité d'autodialyse simple ou assistée (UAD), dialyse à domicile par hémodialyse (HDD) ou Dialyse péritonéale (DP). La Stratégie nationale de santé propose de développer une approche plus intégrée des modalités de prise en charge des patients atteints de maladie chronique grâce à de nouveaux modes d'organisation centrés sur le parcours. Afin d'expérimenter la mise en œuvre de parcours, la DGOS a choisi l'IRC, emblématique à bien des égards des maladies chroniques.

Il s'agit en effet d'une pathologie grave (taux de décès de 9,6 %) à forts enjeux de santé publique (Source Réseau épidémiologie information et transplantation REIN 2015):

- Par le nombre des patients, plus de 5 millions de personnes atteintes de maladie rénale chronique en France. En France, 82 295 personnes nécessitent un traitement de suppléance (+3,5 % par an), soit par greffe (46 %), soit par dialyse (54 %). En 2015, le nombre de nouveaux patients s'élève à 11 093, soit une progression nationale de l'incidence de +2 % par an. En Normandie en 2015, le nombre de nouveaux patients s'élève à 581, soit une progression régionale de l'incidence de + 26 %. En Normandie, la prévalence de l'Insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) nécessitant un traitement de suppléance au 31/12/2015 est de 3 911 soit par greffe (45,6 %), soit par dialyse (54,4 %). La prévalence en Normandie était de 3 695 en 2014, soit une progression régionale de + 0,058 %.
- Par le nombre important de dialyses en urgence (34 % au 31/12/2015 en France et 32,4 % en Normandie) ; celles-ci pouvant être évitées, dans certains cas, par une meilleure prise en charge des patients en amont de la suppléance (stades III B et IV).
- Par le nombre important d'hémodialyse en centre au niveau national et régional, cette modalité reste prédominante sans développement significatif de la dialyse autonome (source REIN 2015).

L'IRC présente également des enjeux en termes d'accès aux soins, avec d'importantes disparités constatées :

- En termes de prise en charge en dialyse : la part de patients traités par dialyse péritonéale varie de 1 % à 22 % selon les territoires (en Normandie : 5,7 %) et de 34 % à 56 % pour l'hémodialyse en 2015 (en Normandie : 48,7 %) (source REIN 2015).
- En termes d'accès à la greffe : la part des patients greffés varie selon les régions de 33 % à 53 % (en Normandie : 45,6 %), avec des temps d'accès à la liste d'attente et à la greffe très variables. En France, le temps médian avant inscription sur la liste d'attente est de 3 mois, le temps médian sur la liste d'attente est de 11,3 mois, et le temps médian total avant greffe est de 17,9 mois. En Normandie, le temps médian avant inscription est de 2,8 mois, le temps médian sur la liste d'attente est de 11,8 mois et le temps médian total avant greffe est de 18,4 mois (source REIN 2015).
- En raison des inégalités sociales observées, les patients les moins diplômés sont ceux qui accèdent le moins à la greffe rénale.

Comme souligné dans les États Généraux du rein organisés en 2013 par les patients, les parcours des patients sont marqués par d'importantes discontinuités et un renforcement de la coordination entre les professionnels est nécessaire.

Les enjeux médico-économiques sont également importants : les dépenses de santé de la prise en charge de l'insuffisance rénale au stade de suppléance, selon les données de l'Assurance maladie, sont de 3,8M€ consacrés à la dialyse et 0,7M€ à la greffe en 2013 (source rapport CNAMTS charges et produits 2015).

L'étude médico-économique publiée par la HAS sur les stratégies efficientes de prises en charge de l'IRCT, parue en octobre 2014, permet d'identifier ces stratégies lors de l'entrée au stade de suppléance en fonction de l'âge et du statut diabétique : sont privilégiés l'accès à la greffe dès que possible, puis la dialyse en hors centre le plus possible en proximité, le choix de la modalité dépendant de l'état de santé, des choix et des possibilités d'autonomie du patient.

La prise en charge coordonnée entre le néphrologue et le médecin traitant est notamment nécessaire à partir du stade III B de la maladie rénale ou en cas de maladie rapidement progressive, compliquée ou nécessitant un traitement étiologique particulier.

Dès lors il est apparu pertinent de cibler l'expérimentation sur des parcours à partir du stade III B de l'IRC, stade à partir duquel les enjeux de coordination entre les professionnels de santé libéraux/les établissements de santé sont les plus importants.

L'expérimentation du parcours de soins IRC initiée par la DGOS (arrêté du 17 mai 2016) s'inscrit dans le cadre des orientations nationales pour la prise en charge de l'IRC :

- Agir sur le parcours en amont du stade terminal de l'IRC avec pour objectif de baisser le nombre de patients arrivant au stade de suppléance et de diminuer de moitié des dialyses évitables réalisées en urgence,
- Développer la greffe avec un objectif de greffe majoritaire sur la dialyse en 2018,
- Améliorer l'efficience et la qualité des soins de la dialyse en privilégiant les prises en charge en hors centre (c'est-à-dire en DP, en HDD, en UAD, en UDM), en favorisant, dès que cela est possible l'autonomie et la proximité des soins dans le cadre de parcours structurés et articulés avec l'accès à la greffe.

ENJEUX RÉGIONAUX

- Taux de dialyse en urgence à diminuer de 50 % à horizon 2020 (recommandations DGOS)
- Taux de greffe rénale majoritaire à horizon 2018 (recommandations DGOS)
- Augmenter la prescription initiale de dialyse hors centre pour tout patient incident, pour atteindre 50 % des dialysés en hors centre à horizon 2020 (recommandations DGOS) : en effet malgré une progression de +26 % de l'incidence en 2015, les taux d'occupation des implantations hors centre, en Normandie, restent bas en 2016 et 2017 (Sources PMSI et SNIIRAM)
- Améliorer l'efficience et la qualité des soins en dialyse en mettant en œuvre le parcours de soins IRC formalisé par la HAS et inscrit dans l'arrêté du 17 mai 2016, conformément aux recommandations nationales et aux travaux engagés par la DGOS avec la Société francophone de néphrologie dialyse et transplantation (SFNDT), le Réseau épidémiologie information et transplantation (REIN) et l'Agence de la biomédecine (ABM)
- Prendre en compte la disparité du maillage territorial ainsi que les fragilités en termes de ressources médicales de néphrologues à compenser par la télédialyse, la formation des IDE libérales à la dialyse péritonéale, la délégation de tâches aux IDE (émergence des IDE cliniciennes en néphrologie avec un DU dédié à Marseille et bientôt dans d'autres villes de France)

RÉFÉRENCE À L'OBJECTIF OU AUX OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU SRS CONCERNÉ(S)

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 11 Rendre l'usager acteur de sa santé

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 15 Renforcer l'attractivité territoriale pour l'exercice des professions de santé

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 16 Garantir à l'usager l'accès à une offre de services en santé de proximité à chaque étape de son parcours de vie, tout en conciliant qualité et sécurité

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 17 Organiser graduellement l'accessibilité à une offre de santé complémentaire adossée à l'offre de proximité

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 21 Assurer une démarche d'amélioration continue de la sécurité et de la qualité des services et interventions en santé

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 22 Assurer la formation des professionnels en cohérence avec les besoins de santé des usagers

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 24 Assurer le déploiement de l'innovation technique et technologique : de la télémédecine à l'e-santé et notamment le développement de nouvelles applications en santé

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 25 Promouvoir et développer la recherche clinique (thérapeutique) et interventionnelle (participative)

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 26 Favoriser l'innovation à la fois en termes d'organisation et de pratiques professionnelles : développement des coopérations et du partage des compétences

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 27 Améliorer la connaissance des besoins du public et promouvoir des outils partagés (observation, évaluation, orientation suivi)

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 31 Garantir la fluidité des parcours par la transformation

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 32 Assurer la fluidité du parcours par des modalités d'intervention coordonnées des acteurs

OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS

METTRE EN ŒUVRE LE PARCOURS DE SOINS FORMALISÉ PAR LA HAS

AGIR SUR LE PARCOURS EN AMONT DE LA PHASE DE SUPPLÉANCE (DGOS) :

- Améliorer le recours à l'avis néphrologique :
  - Implanter les consultations spécialisées avancées de néphrologie dans les zones ayant une prévalence élevée au diabète et à l'Hypertension artérielle (HTA) préférentiellement ;
  - Renforcer la consultation spécialisée néphrologie avancées au sein des établissements de santé, mais également des pôles de santé libéraux ambulatoires/maisons de santé pluridisciplinaires (PSLA/MSP) ;
  - Renforcer la téléconsultation / télésurveillance.
- Proposer l'organisation par les acteurs de RCP par zone, notamment lors de phase charnière : phase d'annonce et information des patients incidents des différents traitements de suppléance

DÉVELOPPER LA GREFFE RÉNALE (DGOS) : OBJECTIF DE GREFFE MAJORITAIRE EN 2018

PREPS: favoriser l'émergence d'un projet normand, qui pourrait s'appuyer sur les deux CHU, les établissements de santé de recours, les GHT et les PTA.

DÉVELOPPER L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT (ETP) : Projet ARS de plateforme régionale ETP pour les maladies chroniques entre autres. ETP systématique à chaque patient au stade III B avec suivi néphrologique régulier.

DÉVELOPPER LA DP EN EHPAD, EN SSR, EN HAD

En cas d'implantation nouvelle d'UDM, favoriser les UDM de proximité avec télémédecine (HAS 2010).

AMÉLIORER L'EFFICIENCE ET LA QUALITÉ DES SOINS EN DIALYSE (DGOS) :

- Promouvoir la dialyse hors centre en prescription initiale (50 % en 2020)
- Développer l'hémodialyse à domicile en prenant en compte les innovations techniques (générateurs simplifiés)
- S'assurer de la production des indicateurs qualité IPAQSS HAS
- Diminuer les dialyses en urgence évitables
- Développer la dialyse péritonéale : formation des néphrologues

DÉVELOPPER LE RECOURS À LA TÉLÉMÉDECINE : recours aux soins, soutenir les projets de télédialyse (télésurveillance, téléconsultation) en UDM, en UAD, en EHPAD et à domicile

DÉVELOPPER DES CONSULTATIONS AVANCÉES de néphrologie prioritairement dans les zones blanches (Est de l'Orne et Sud de l'Eure), et les zones où la prévalence du diabète et de l'HTA sont les plus importants :

- Diabète : partie orientale de la Normandie et sud de l'Orne
- HTA : Le Havre, Dieppe, Rouen, Saint-Lô et alentours

1 - Pour l'ensemble de la prise en charge de l'IRCT :

- Renforcer l'organisation de la coordination entre les différents acteurs de soins : professionnels de santé libéraux, structures de dialyse (centre /hors centre, en particulier pour l'organisation du repli vers le centre), équipes de greffe et de prélèvement, en mobilisant des processus formalisés et des outils partagés (dossier partagé, télémédecine, réunions de concertation interdisciplinaire pour l'orientation de nouveaux patients)
- Prendre mieux en compte la place du patient (information et ETP) lui permettant d'être acteur de sa prise en charge

2 - Pour la greffe :

- Sur l'analyse et la résolution d'éventuelles difficultés d'organisation de l'activité de prélèvement et de greffe sur l'inter région, recenser des donneurs, mobiliser des équipes chirurgicales, assurer la disponibilité des plateaux médicotechniques, la coordination des équipes, l'organisation de la continuité et de la permanence des soins

3 - Pour la dialyse :

- Renforcer la couverture des besoins de formation des néphrologues, des autres professionnels pour la mise en œuvre de la DP : stages d'internes dans les unités de DP, soutien des programmes de formation universitaire et de développement continu….
- Renforcer le déploiement de la télémédecine par le programme régional notamment pour les UDM de proximité

CRÉATIONS/TRANSFORMATIONS

ZONE D'IMPLANTATION DE ROUEN-ELBEUF

- 0 à -1 implantation d'hémodialyse en centre

ZONE D'IMPLANTATION D'EVREUX-VERNON : une implantation supplémentaire d'unité de dialyse médicalisée sur le territoire d'Evreux-Vernon est envisagée par suppression parallèle d'une implantation d'hémodialyse en centre

- 0 à -1 implantation d'hémodialyse en centre
- 0 à +1 implantation d'hémodialyse en unité de dialyse médicalisée

INDICATEURS(S) RÉGIONAUX MOBILISÉ(S)

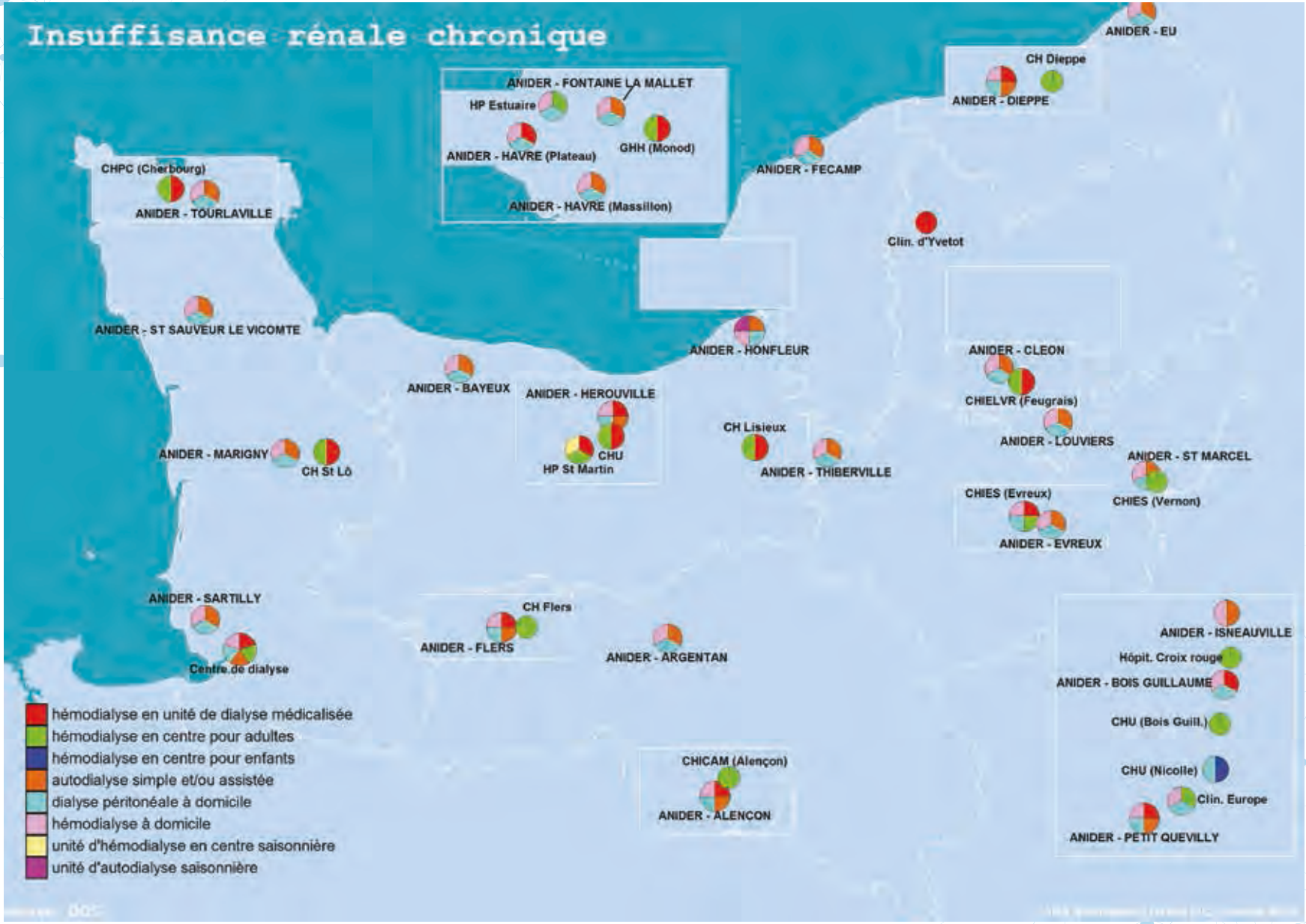
- Recours à la télédialyse, téléconsultation et télé expertise pour les Réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP)
- Critères qualité HAS IPAQSS pour l'IRC
- Outils ANAP sur la dialyse
- ETP, PPS, EPP, REX, formation des néphrologues à la DP par les CHU
- Associations de patients RENALOO et FNAIR pour ETP, patient expert…
- Évaluation des besoins et de l'offre :
  - Réalisation d'un bilan territorial de l'offre transversale
    - Analyse de l'offre existante (greffe/dialyse)
    - Visites de conformité
    - adéquation des moyens/financements alloués
  - Analyse prospective des besoins

LEVIER(S) MOBILISÉ(S)

- ☑ **La surveillance et l'observation de la santé**
- ☑ **Les démarches d'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des usagers**
- ☑ **La contractualisation avec les professionnels, structures et établissements de santé, les établissements et services médico-sociaux, et les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé**
- ☑ **Les mesures d'aide à l'installation des professionnels de santé**
- ☑ **Les systèmes d'information, la télémédecine et l'e-santé**
- ☑ **La formation et l'évolution des métiers et des compétences des acteurs de santé**
- ☑ **La mobilisation de la démocratie sanitaire**
- ☑ **Les investissements immobiliers et les équipements**

TABLEAU DES IMPLANTATIONS DÉTAILLÉES

Modalités de l'activité de soins	IMPLANTATIONS INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE (IRC)																					
	ZONE D'IMPLANTATION CALVADOS			ZONE D'IMPLANTATION MANCHE			ZONE D'IMPLANTATION ORNE			ZONE D'IMPLANTATION LE HAVRE			ZONE D'IMPLANTATION DIEPPE			ZONE D'IMPLANTATION ROUEN - ELBEUF			ZONE D'IMPLANTATION EVREUX - VERNON			RÉGION NORMANDIE		
	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel
Hémodialyse en centre	3	3	0	3	3	0	2	2	0	2	2	0	1	1	0	4	4 à 3	0 à -1	2	2 à 1	0 à -1	17	17 à 15	0 à -2
Hémodialyse en centre pédiatrique	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0
Hémodialyse en UDM	4	4	0	3	3	0	2	2	0	2	2	0	1	1	0	4	4	0	1	1 à 2	0 à +1	17	17 à 18	0 à +1
Autodialyse simple et/ou assistée	3	3	0	5	5	0	3	3	0	3	3	0	2	2	0	4	4	0	3	3	0	23	23	0
Dialyse à domicile par hémodialyse	3	3	0	5	5	0	3	3	0	5	5	0	2	2	0	6	6	0	4	4	0	28	28	0
Dialyse à domicile par dialyse péritonéale	3	3	0	5	5	0	3	3	0	5	5	0	2	2	0	6	6	0	4	4	0	28	28	0


Insuffisance rénale chronique
ANIDER - EU
CH Dieppe
ANIDER - DIEPPE
ANIDER - FONTAINE LA MALLET
HP Estuaire
GHH (Monod)
ANIDER - HAVRE (Plateau)
ANIDER - HAVRE (Massillon)
ANIDER - FECAMP
CHPC (Cherbourg)
ANIDER - TOURLAVILLE
Clin. d'Yvetot
ANIDER - ST SAUVEUR LE VICOMTE
ANIDER - HONFLEUR
ANIDER - CLEON
CHIELVR (Feugrais)
ANIDER - LOUVIERS
ANIDER - BAYEUX
ANIDER - HEROUVILLE
CHU
HP St Martin
CH Lisieux
ANIDER - THIBERVILLE
ANIDER - ST MARCEL
CHIES (Vernon)
ANIDER - MARIGNY
CH St Lô
CHIES (Evreux)
ANIDER - EVREUX
ANIDER - SARTILLY
Centre de dialyse
CH Flers
ANIDER - FLERS
ANIDER - ARGENTAN
ANIDER - ISNEAUVILLE
Hôpit. Croix rouge
ANIDER - BOIS GUILLAUME
CHU (Bois Guill.)
CHU (Nicolle)
Clin. Europe
ANIDER - PETIT QUEVILLY
CHICAM (Alençon)
ANIDER - ALENCON
hémodialyse en unité de dialyse médicalisée
hémodialyse en centre pour adultes
hémodialyse en centre pour enfants
autodialyse simple et/ou assistée
dialyse péritonéale à domicile
hémodialyse à domicile
unité d'hémodialyse en centre saisonnière
unité d'autodialyse saisonnière

AIDE MÉDICALE À LA PROCRÉATION

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

5 centres clinico-biologiques d'Aide médicale à la procréation (AMP) en Normandie : dans les deux CHU de Rouen et de Caen, au groupe hospitalier du Havre, à la clinique Mathilde/SELARL Bioseine à Rouen et à la Polyclinique du Cotentin/LBM Dynabio Unilabs à Équeurdreville.

En plus de ces établissements, 3 laboratoires privés, 1 dans la Manche, 1 dans le Calvados, 1 dans l'Orne réalisent les activités biologiques d'AMP en lien avec des gynécologues (publics comme privés).

Accès aux activités d'AMP fragile sur certains départements : Orne et Eure pour l'activité de préparation du sperme en vue d'une insémination artificielle, et Manche pour l'activité de Fécondation in vitro (FIV).

Problème de démographie médicale dans cette surspécialité impliquant une grande disponibilité.

Activité biologique de préservation de la fertilité inscrite au plan cancer (action 8-1), à développer en Normandie selon les nouvelles règles de bonnes pratiques au-delà de la seule indication du traitement du cancer.

Activités relatives aux dons de gamètes à développer.

Dynamique du recours à l'AMP en augmentation (facteurs environnementaux, individuels et sociétaux) à intégrer tant en prévention qu'en prise en charge.

RÉFÉRENCE À L'OBJECTIF OU AUX OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU SRS CONCERNÉ(S)

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 2 Promouvoir des comportements alimentaires favorables à la santé et lutter contre la sédentarité

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 7 Promouvoir la santé sexuelle positive

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 9 Garantir l'équité en santé selon le principe d'universalisme en santé

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 15 Renforcer attractivité territoriale pour l'exercice des professions de santé

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 16 Garantir à l'usager l'accès à une offre de services en santé de proximité à chaque étape de son parcours de vie, tout en conciliant qualité et sécurité

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 17 Organiser graduellement l'accessibilité à une offre de santé complémentaire adossée à l'offre de proximité

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 21 Assurer une démarche d'amélioration continue de la sécurité et de la qualité des services et interventions en santé

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 22 Assurer la formation des professionnels en cohérence avec les besoins de santé des usagers

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 24 Assurer le déploiement de l'innovation technique et technologique : de la télémédecine à l'e-santé et notamment le développement de nouvelles applications en santé

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 25 Promouvoir et développer la recherche clinique (thérapeutique) et interventionnelle (participative)

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 26 Favoriser l'innovation à la fois en termes d'organisation et de pratiques professionnelles : développement des coopérations et du partage des compétences

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 31 Garantir la fluidité des parcours par la transformation

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 32 Assurer la fluidité du parcours par des modalités d'intervention coordonnées des acteurs

CRÉATIONS/TRANSFORMATIONS

ZONE D'IMPLANTATION ÉVREUX-VERNON

Activités biologiques d'assistance médicale à la procréation

- 0 à +1 implantation pour la préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle

OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS

OBJECTIF 1 : AMÉLIORER ET GARANTIR L'ACCÈS À L'ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION (AMP) SUR L'ENSEMBLE DE LA RÉGION

- Soutenir l'offre existante en AMP et améliorer dans certains cas l'accès en proximité des populations
- Développer les activités de dons de gamètes (ovocytes et spermatozoïdes) et d'accueil d'embryons sur les structures autorisées
- Structurer l'activité de préservation de la fertilité en s'appuyant sur les compétences existantes en région pour répondre aux exigences réglementaires et aux évolutions prévisibles, en particulier concernant l'accès pour les enfants et adolescents
- Favoriser l'accès des patients en situation particulière (risque viral)

OBJECTIF 2 : ASSURER DES ACTIVITÉS DE QUALITÉ

- Poursuivre l'accréditation
- Suivre des indicateurs CNQ et EEQ

OBJECTIF 3 : PARTICIPER AU DÉVELOPPEMENT DES NOUVELLES TECHNIQUES

- Garantir le lien entre l'activité de préservation de la fertilité et les activités évaluatives et de recherche fondamentale
- Soutenir les liens entre les activités d'aide médicale à la procréation et la recherche universitaire et fondamentale

OBJECTIF 4 : METTRE EN ADÉQUATION LES BESOINS, LE NOMBRE ET LA QUALITÉ DES PROFESSIONNELS EN GÉNÉTIQUE, ET FAVORISER LEUR RECRUTEMENT ET INSTALLATION EN NORMANDIE

- Travailler en partenariat avec les Universités pour mettre en adéquation la formation de professionnels biologistes, médecins et biostatisticiens et favoriser leur recrutement et installation en Normandie

LEVIER(S) MOBILISÉ(S)

- ☑ Les démarches d'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des usagers
- ☑ La contractualisation avec les professionnels, structures et établissements de santé, les établissements et services médico-sociaux, et les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé
- ☑ La coordination ou la contractualisation avec les autres services de l'État et les collectivités territoriales et leurs groupements
- ☑ Les mesures d'aide à l'installation des professionnels de santé
- ☑ Les systèmes d'information, la télémédecine et l'e-santé
- ☑ Les outils d'appui et de coordination des acteurs du soin et des accompagnements sociaux et médico-sociaux, de la prévention et de la promotion de la santé
- ☑ La formation et l'évolution des métiers et des compétences des acteurs de santé
- ☑ La formation des représentants des usagers dans les instances où leur présence est nécessaire
- ☑ La mobilisation de la démocratie sanitaire
- ☑ Les investissements immobiliers et les équipements

TABLEAU DES IMPLANTATIONS PAR ACTIVITÉ DE SOINS

Modalités de l'activité de soins	IMPLANTATIONS AMP																							
	ZONE D'IMPLANTATION CALVADOS			ZONE D'IMPLANTATION MANCHE			ZONE D'IMPLANTATION ORNE			ZONE D'IMPLANTATION LE HAVRE			ZONE D'IMPLANTATION DIEPPE			ZONE D'IMPLANTATION ROUEN - ELBEUF			ZONE D'IMPLANTATION EVREUX - VERNON			RÉGION NORMANDIE		
	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel
AMP CLINIQUE																								
Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	5	5	0
Prélèvement de spermatozoïdes	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	4	4	0
Transfert des embryons en vue de leur implantation	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	5	5	0
Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0
Mise en œuvre de l'accueil des embryons	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0

TABLEAU DES IMPLANTATIONS PAR ACTIVITÉ DE SOINS (SUITE)

Modalités de l'activité de soins	IMPLANTATIONS AMP																							
	ZONE D'IMPLANTATION CALVADOS			ZONE D'IMPLANTATION MANCHE			ZONE D'IMPLANTATION ORNE			ZONE D'IMPLANTATION LE HAVRE			ZONE D'IMPLANTATION DIEPPE			ZONE D'IMPLANTATION ROUEN - ELBEUF			ZONE D'IMPLANTATION EVREUX - VERNON			RÉGION NORMANDIE		
	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel
AMP BIOLOGIQUE																								
Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	2	2	0	2	2	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	8	8	0
Activité relative à la FIV sans ou avec micromanipulation	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	5	5	0
Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0
Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0

Modalités de l'activité de soins	IMPLANTATIONS AMP																						
	ZONE D'IMPLANTATION CALVADOS			ZONE D'IMPLANTATION MANCHE			ZONE D'IMPLANTATION ORNE			ZONE D'IMPLANTATION LE HAVRE			ZONE D'IMPLANTATION DIEPPE			ZONE D'IMPLANTATION ROUEN - ELBEUF			ZONE D'IMPLANTATION EVREUX - VERNON			RÉGION NORMANDIE		
	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel
AMP BIOLOGIQUE																								
Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et tissus germinaux en application de l'art L.2141-11	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0	0	0 à 1	0 à +1	4	4 à 5	0 à +1
Conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'art L 2141-4	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	5	5	0
Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0

Assistance médicale à la procréation
Poly. Cotentin
2
3
LBM Dynabio
4 3
GHH (Monod)
CHU (Nicolle)
6 5
Clin. Mathilde
4 3
4
LBM Bio LBS
7 5
CHU
1
LBM du Progrès
1
LBM Biocentre
1
CH Flers
7 nombre d'activités biologiques
5 nombre d'activités cliniques

DIAGNOSTIC PRÉNATAL

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

7 laboratoires réalisent ces activités (les 2 laboratoires des CHU de Caen et Rouen, le groupe hospitalier du Havre et les laboratoires privés du Calvados, de la Manche, du Havre et d'Évreux-Vernon).

Les examens de biologie médicale ou d'imagerie permettant d'évaluer le risque que l'embryon ou le fœtus présente une affection susceptible de modifier le déroulement ou le suivi de la grossesse, mentionnés au II de l'article L. 2131-1 comprennent les examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels, l'échographie obstétricale et fœtale, les examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel.

Les examens de biologie médicale et d'imagerie à visée diagnostique mentionnés au IV de l'article L. 2131-1 comprennent : les examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique, les examens de génétique moléculaire, les examens de biochimie fœtale à visée diagnostique, les examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses.

L'échographie obstétricale et fœtale et les autres techniques d'imagerie fœtale ne font pas l'objet d'une réglementation en matière d'implantations.

Il existe 3 centres pluridisciplinaires de Diagnostic prénatal (DPN) en Normandie : CHU de Caen, CHU de Rouen, groupe hospitalier du Havre.

RÉFÉRENCE À L'OBJECTIF OU AUX OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU SRS CONCERNÉ(S)

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 4 Agir précocement pour garantir de meilleures chances de bonne santé

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 11 Rendre l'usager acteur de sa santé

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 15 Renforcer attractivité territoriale pour l'exercice des professions de santé

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 16 Garantir à l'usager l'accès à une offre de services en santé de proximité à chaque étape de son parcours de vie, tout en conciliant qualité et sécurité

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 17 Organiser graduellement l'accessibilité à une offre de santé complémentaire adossée à l'offre de proximité

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 21 Assurer une démarche d'amélioration continue de la sécurité et de la qualité des services et interventions en santé

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 22 Assurer la formation des professionnels en cohérence avec les besoins de santé des usagers

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 24 Assurer le déploiement de l'innovation technique et technologique : de la télémédecine à l'e-santé et notamment le développement de nouvelles applications en santé

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 25 Promouvoir et développer la recherche clinique (thérapeutique) et interventionnelle (participative)

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 26 Favoriser l'innovation à la fois en termes d'organisation et de pratiques professionnelles : développement des coopérations et du partage des compétences

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 31 Garantir la fluidité des parcours par la transformation

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 32 Assurer la fluidité du parcours par des modalités d'intervention coordonnées des acteurs

OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS

OBJECTIF N°1 : ORGANISER L'ACCÈS À UN DIAGNOSTIC PRÉNATAL DE QUALITÉ POUR TOUTES LES FEMMES ENCEINTES LE SOUHAITANT

- Favoriser les coopérations entre laboratoires, réseaux de périnatalité et les prescripteurs (y compris hors région) pour garantir la continuité clinico-biologique de cette activité
- Confier aux réseaux de périnatalité de rendre lisible l'offre échographique sur la région dans le cadre du dépistage combiné du 1er trimestre
- Organiser le retour d'information aux acteurs du dépistage prénatal
- Renforcer la collaboration de proximité entre laboratoires autorisés, établissements de santé et prescripteurs concernés (dans le cadre de la concertation médico-biologique et de la connaissance conjointe des issues de grossesse)
- Accréditer les laboratoires

OBJECTIF N°2 : ACCOMPAGNER LES ÉVOLUTIONS TECHNIQUES, EN PARTICULIER CELLES QUI ONT RECOURS AU SÉQUENÇAGE À HAUT DÉBIT DU GÉNOME HUMAIN

- Organiser l'accès aux nouvelles techniques dont les techniques basées sur l'ADN fœtal circulant dans le sang maternel
- Rationaliser les équipements, les équipes et les transports pour garantir l'accès aux techniques innovantes et optimiser les liens avec la recherche fondamentale
- Développer les collaborations entre laboratoires autorisés (projets de recherche communs comme le PHRC génotypage Rh, développement de techniques nouvelles)
- Accompagner les rapprochements entre le DPN et la génétique

OBJECTIF N°3 : ACCOMPAGNER LES ÉTABLISSEMENTS ET LES SOIGNANTS POUR QUE LE DÉPISTAGE PRÉNATAL SOIT ACCESSIBLE EN TOUT POINT DE LA NORMANDIE

- Inciter les territoires à organiser des réunions d'information avec les professionnels sur les évolutions techniques réglementaires et éthiques
- Envisager la télémédecine et le dossier périnatal partagé comme outils indispensables à la collaboration en matière de diagnostic prénatal

OBJECTIF N°4 : FAVORISER LES COOPÉRATIONS ENTRE LES 3 CENTRES PLURIDISCIPLINAIRES DE DIAGNOSTIC PRÉNATAL NORMANDS

- Avec le concours des réseaux de périnatalité, organiser le partage d'informations, la réflexion concertée sur les cas difficiles, la rédaction de procédures communes

CRÉATIONS/TRANSFORMATIONS

ZONE D'IMPLANTATION ROUEN-ELBEUF

- 0 à +1 implantation au titre des examens de biologie médicale permettant d'évaluer le risque que l'embryon ou le fœtus présente une affection susceptible de modifier le déroulement ou le suivi de la grossesse
  - Analyse portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang materne

ZONE D'IMPLANTATION DU HAVRE

- 0 à +1 implantation au titre des examens de biologie médicale permettant d'évaluer le risque que l'embryon ou le fœtus présente une affection susceptible de modifier le déroulement ou le suivi de la grossesse
  - Analyse portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel

ZONE D'IMPLANTATION DU CALVADOS

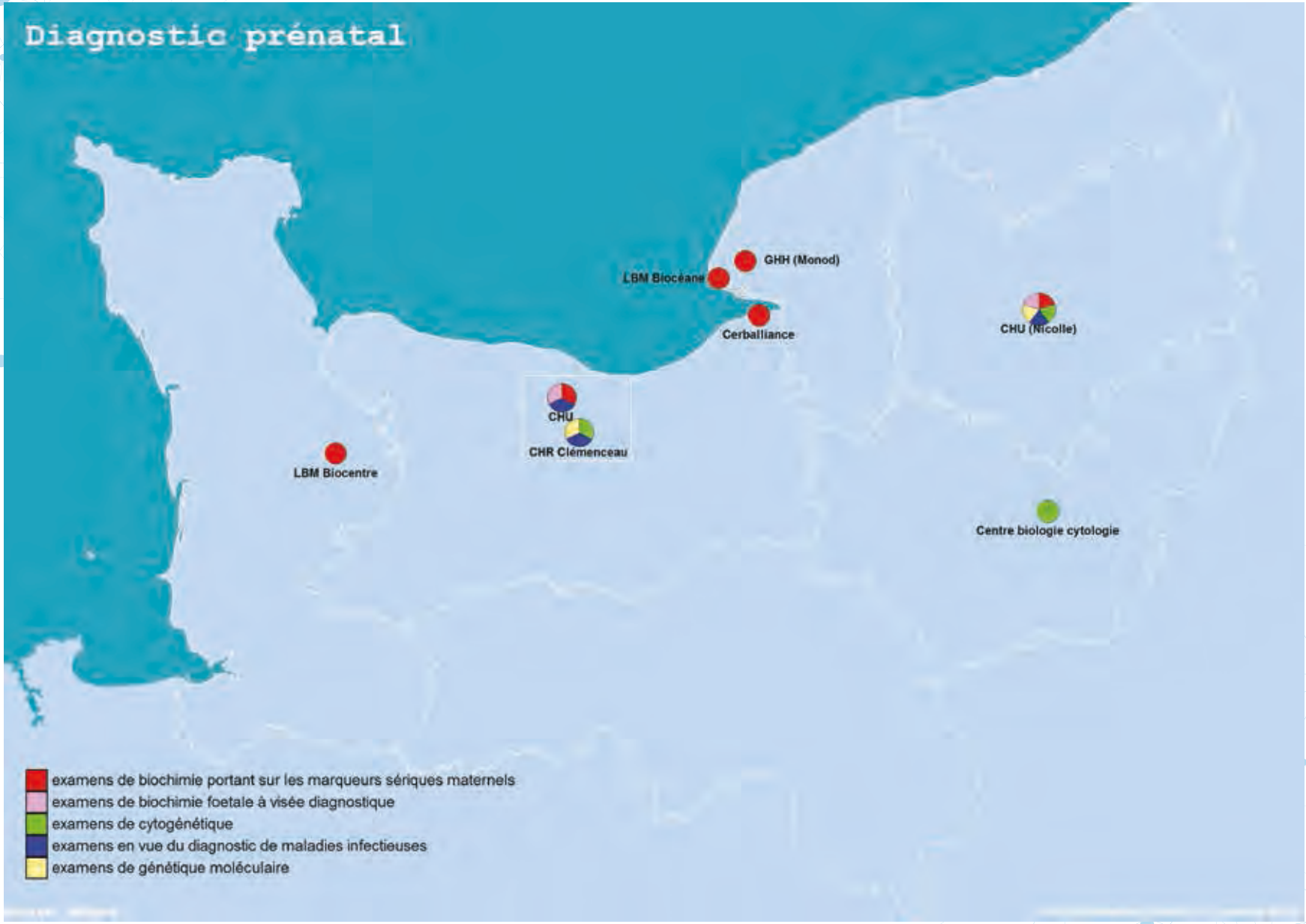
- 0 à +1 implantation au titre des examens de biologie médicale permettant d'évaluer le risque que l'embryon ou le fœtus présente une affection susceptible de modifier le déroulement ou le suivi de la grossesse
  - Analyse portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel

LEVIER(S) MOBILISÉ(S)

- ☑ La surveillance et l'observation de la santé
- ☑ Les démarches d'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des usagers
- ☑ La contractualisation avec les professionnels, structures et établissements de santé, les établissements et services médico-sociaux, et les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé
- ☑ Les mesures d'aide à l'installation des professionnels de santé
- ☑ Les systèmes d'information, la télémédecine et l'e-santé
- ☑ La formation et l'évolution des métiers et des compétences des acteurs de santé
- ☑ La formation des représentants des usagers dans les instances où leur présence est nécessaire
- ☑ La mobilisation de la démocratie sanitaire
- ☑ Les investissements immobiliers et les équipements

TABLEAU DES IMPLANTATIONS PAR ACTIVITÉ DE SOINS

	Modalités de l'activité de soins	IMPLANTATIONS DIAGNOSTIC PRÉNATAL																					
		ZONE D'IMPLANTATION CALVADOS			ZONE D'IMPLANTATION MANCHE			ZONE D'IMPLANTATION ORNE			ZONE D'IMPLANTATION LE HAVRE			ZONE D'IMPLANTATION DIEPPE			ZONE D'IMPLANTATION ROUEN - ELBEUF			ZONE D'IMPLANTATION EVREUX - VERNON			RÉGION NORMANDIE		
		Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel
Examens de Biologie médicale permettant d'évaluer le risque pour l'embryon ou le fœtus	Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	2	2	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	6	6	0
	Examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel	0	0 à 1	0 à +1	0	0	0	0	0	0	0	0 à 1	0 à +1	0	0	0	0	0 à 1	0 à +1	0	0	0	0	0 à 3	0 à +3
Examens de biologie médicale à visée diagnostique	Examens de cytogénétique	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	3	3	0
	Examens de Génétique Moléculaire	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0
	Examens de biochimie fœtale à visée diagnostique	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0
	Examens en vue de diagnostic de maladies infectieuses	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	3	3	0


Diagnostic prénatal
GHH (Monod)
LBM Biocéane
Cerballiance
CHU (Nicolle)
CHU
CHR Clémenceau
LBM Biocentre
Centre biologie cytologie
examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels
examens de biochimie foetale à visée diagnostique
examens de cytogénétique
examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses
examens de génétique moléculaire

TRAITEMENT DU CANCER

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

Au 1er janvier 2017, l'activité de soins de traitement du cancer se répartit sur 43 établissements publics, privés, et ESPIC assurant un maillage territorial régional, l'ensemble des zones d'implantation est couvert par une offre de soins en cancérologie.

Les principaux enjeux dans le segment « parcours de soins » au sein du parcours cancers sont les suivants :

- Coopérations des Établissements de santé (ES) dans un même bassin de vie et structuration d'une offre graduée des ES de proximité, pivot et de recours régional (RR) (exclusivement CHU et CLCC), la concertation entre les 4 ERR. concernant la génétique et la biopathologie est un enjeu d'avenir
- Amélioration des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) avec bilan actualisé des co-morbidités, accès éventuel à une ou des consultation(s) spécialisée(s) de spécialiste(s) d'organe et de gériatres formés à la cancérologie,
- Amélioration de l'organisation des soins ville - ES et développement des prises en charge ambulatoires de type hospitalisation de jour (HDJ) afin de faciliter pour le patient l'articulation entre son parcours de soins et le maintien d'une vie sociale et familiale ;
- Valorisation des activités diagnostiques et thérapeutiques d'excellence : prise en charge chirurgicale robot assistée, chirurgicale et par radiothérapie per-opératoire, protonthérapie (projet ARCHADE)
- Suivi et prise en charge des complications du cancer mais aussi des complications et effets indésirables des traitements du cancer
- Développement de l'accès aux soins de support (mise en œuvre de l'instruction du 23 février 2017)
- Amélioration de l'organisation des soins de support et de la fin de vie, notamment le soutien psychologique et les soins psychiatriques.

La démographie médicale des spécialistes est préoccupante concernant notamment les oncologues, les radiothérapeutes, les hématologues et les anatomo-pathologistes. Il est attendu des établissements de santé qu'ils s'inscrivent dans les conclusions de l'enquête corrélée au cahier des charges du Projet médical régional de cancérologie et qu'ils se saisissent d'une grille d'autoévaluation relative au parcours cancers.
Dans la suite de ces travaux, des évolutions supplémentaires quant aux implantations pourront avoir lieu en cours de PRS

RÉFÉRENCE À L'OBJECTIF OU AUX OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU SRS CONCERNÉ(S)

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°5 Prévenir la perte d'autonomie dans une stratégie du « bien vieillir »

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°9 Garantir l'équité selon le principe d'universalisme de santé

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°10 Organiser une stratégique ciblée vers les plus vulnérables

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 11 Rendre l'usager acteur de sa santé

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 15 Renforcer attractivité territoriale pour l'exercice des professions de santé

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 16 Garantir à l'usager l'accès à une offre de services en santé de proximité à chaque étape de son parcours de vie, tout en conciliant qualité et sécurité

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 17 Organiser graduellement l'accessibilité à une offre de santé complémentaire adossée à l'offre de proximité

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°18 Améliorer l'information des professionnels de santé sur l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale existante

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 21 Assurer une démarche d'amélioration continue de la sécurité et de la qualité des services et interventions en santé

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 22 Assurer la formation des professionnels en cohérence avec les besoins de santé des usagers

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 24 Assurer le déploiement de l'innovation technique et technologique : de la télémédecine à l'e-santé et notamment le développement de nouvelles applications en santé

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 25 Promouvoir et développer la recherche clinique (thérapeutique) et interventionnelle (participative)

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 26 Favoriser l'innovation à la fois en termes d'organisation et de pratiques professionnelles : développement des coopérations et du partage des compétences

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°27 Améliorer la connaissance des besoins du public et promouvoir des outils partagés

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 31 Garantir la fluidité des parcours par la transformation

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 32 Assurer la fluidité du parcours par des modalités d'intervention coordonnées des acteurs

LEVIER(S) MOBILISÉ(S)

- ☑ La surveillance et l'observation de la santé
- ☑ Les démarches d'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des usagers
- ☑ La contractualisation avec les professionnels, structures et établissements de santé, les établissements et services médico-sociaux, et les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé
- ☑ Les mesures d'aide à l'installation des professionnels de santé
- ☑ Les systèmes d'information, la télémédecine et l'e-santé
- ☑ La formation et l'évolution des métiers et des compétences des acteurs de santé
- ☑ La mobilisation de la démocratie sanitaire
- ☑ Les investissements immobiliers et les équipements

OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°1 : OPTIMISER LE PARCOURS DE SOINS DU PATIENT EN ORGANISANT L'ARTICULATION ET LA LISIBILITÉ DE L'OFFRE POUR RÉPONDRE AUX BESOINS PAR UN MAILLAGE COHÉRENT, NOTAMMENT EN INTÉGRANT LES IMPÉRATIFS DE DÉMOGRAPHIE MÉDICALE ET EN S'APPUYANT SUR LE PREMIER RECOURS.

Cet objectif a vocation à se traduire par l'implication des acteurs dans le cahier des charges régional du Projet Médical Régional en Cancérologie (PMRC) et la reconnaissance des établissements selon leurs fonctions de proximité, de pivot ou de recours hémi-régional sur la base des critères du cahier des charges.

Le pilotage de ce PMRC s'appuiera sur les réseaux de cancérologie et les centres de coordination en cancérologie (3C) en lien avec le COPIL PMRC (fédération, URML, CHU de Caen et Rouen, CLCC de Caen et Rouen).

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°2 : SOUTENIR L'ATTRACTIVITÉ DES POSTES DE SPÉCIALISTES EN ES DE RÉFÉRENCE RÉGIONALE ET DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PIVOTS, FAVORISER DES TEMPS PARTAGÉS ENTRE ERR ET ES PIVOTS NOTAMMENT EN CHIRURGIE ; FAVORISER LE TRAVAIL D'ÉQUIPE DES ERR ET ES PIVOTS EN ONCOLOGIE, EN IMMUNOTHÉRAPIE…

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°3 : POURSUIVRE LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS INFRARÉGIONALES ET L'ADAPTATION DE L'OFFRE AUX BESOINS

- En améliorant l'accès aux essais cliniques ;
- En développant l'offre d'HDJ actuellement insuffisamment prescrite ;
- En développant de manière significative le recours à l'HAD, la mobilisation des compétences de ces services en matière de coordination, activités de soins palliatifs et de soins de support ;
- En favorisant les innovations techniques et organisationnelles (développement d'outils innovants de suivi des patients, outils numériques à harmoniser dans le cadre régional) ;
- En contribuant au virage ambulatoire (SI et informations des médecins de ville sur les prises en charge, en niveau d'expertise sur des complications des cancers et de leurs traitements, organiser la collecte, le partage et l'exploitation des informations et données patients entre les acteurs du parcours de soins dans un territoire) ;
- En complétant l'offre de prise en charge des patients dans les spécialités lorsque les délais de prise en charge sont nettement supérieurs aux recommandations de l'INCa et/ou des sociétés savantes ;
- En expertisant la possibilité de créer une implantation de SSR oncohématologique pour adultes, enfants et adolescents sur le bassin caennais en lien avec l'institut hématologique de Basse-Normandie (IHBN) et le service d'oncohématologie pédiatrique.

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°4 : AMÉLIORER L'ACCÈS À DES SOINS SPÉCIALISÉS VIA DIFFÉRENTES MODALITÉS : HTC, HDJ et consultations avec l'appui des centres de référence régionaux et entre centres pivots sur un même bassin de vie aux différentes étapes du parcours cancer. Etendre l'éducation thérapeutique particulièrement au profit des personnes les plus défavorisées socialement.

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°5 : POUR LES ADOLESCENTS ET LES JEUNES ADULTES (AJA), DÉVELOPPER DANS LES SERVICES D'ONCOHÉMATOLOGIE PÉDIATRIQUE DES LIENS AVEC LES PROFESSIONNELS EXERÇANT DANS LES SECTEURS MÉDICO-SOCIAUX ET SOCIAUX AINSI QU'AVEC L'EDUCATION NATIONALE, renforcer les consultations conjointes de l'oncohématologue pédiatre avec un médecin interniste exerçant au profit des adultes.

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°6 : AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES, en intégrant dans la formation des médecins gériatres l'oncologie ainsi que dans la formation des oncologues la gériatrie , organiser une présence active des directions des ES de recours régional au sein de Unité de Coordination en oncogériatrie (UCOG), généraliser le repérage de la fragilité gériatrique (outil oncodage G8) et réaliser autant que de besoin des évaluations oncogériatriques approfondies.

Par rapport à la population âgée, élaborer les parcours et filières de soins non seulement dans chaque PE, et pour les CHU en articulation étroite avec les PMP des GHT mais également de manière coordonnée entre les 4 ERR.

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°7 : POUR TOUS LES CANCERS, ET PARTICULIÈREMENT POUR LES CANCERS HÉMATOLOGIQUES, ORGANISER LE SUIVI AU LONG COURS DES PATIENTS EN RÉMISSION COMPLÈTE CONSOLIDÉE AINSI QUE LE SUIVI DES COMPLICATIONS POST-THÉRAPEUTIQUES.

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°8 : RACCOURCIR LES DÉLAIS DE PRISE EN CHARGE EN HÉMATOLOGIE, soutenir les parcours lymphome (ou ganglion) à Caen et à Rouen.

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°9 : RENFORCER L'ACCÈS À LA RECHERCHE CLINIQUE EN ONCO-HÉMATO-PÉDIATRIE (à Lille et à Nantes), par le développement de programmes et plateformes / techniques innovantes, par des réponses concertées aux AAP dont PHRC, par la coordination des 4 centres concernant la recherche clinique avec l'appui du RRC.

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°10 : RÉALISER UN BILAN RÉGIONAL DÉTAILLÉ EN MATIÈRE DE SOINS DE SUPPORT et soutenir les adaptations nécessaires pour répondre aux besoins en mobilisant les leviers des financements, de la contractualisation, des dispositifs de coordination (plates-formes territoriales d'appui pour aider à la coordination des parcours complexes en soins de support au fil de leur montée en charge, et réseau régional de cancérologie).

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°11 : CONTRÔLER LA CONFORMITÉ À LA RÈGLEMENTATION EN MATIÈRE DE CONDITIONS TECHNIQUES DE FONCTIONNEMENT/CONDITIONS D'IMPLANTATION DES ACTIVITÉS DE TRAITEMENT DU CANCER (dont contrôle interventions chirurgicales réalisées par référence aux seuils règlementaires).

CRÉATIONS/TRANSFORMATIONS

ZONE D'IMPLANTATION DE LA MANCHE

Activité de soins de traitement du cancer par la pratique thérapeutique de la chirurgie des cancers pour les interventions concernant les pathologies mammaires :

- 0 à -1 sur la zone d'implantation de la Manche.

Activité de soins de traitement du cancer par la pratique thérapeutique de la chirurgie des cancers pour les interventions concernant les pathologies urologiques :

- 0 à -1 sur la zone d'implantation de la Manche

ZONE D'IMPLANTATION DE L'ORNE

- 0 à -1 implantation pour l'activité de soins de traitement du cancer par la pratique thérapeutique de la chirurgie des cancers pour les interventions concernant les pathologies digestives
- 0 à +1 implantation pour l'activité de soins de traitement du cancer par la pratique thérapeutique de la chirurgie des cancers pour les interventions concernant les pathologies mammaires
- 0 à +1 implantation pour l'activité de soins de traitement du cancer par la pratique thérapeutique de la chirurgie des cancers pour les interventions concernant les pathologies gynécologiques
- 0 à +1 implantation pour l'activité de soins de traitement du cancer par la pratique thérapeutique de la chirurgie des cancers pour les interventions concernant les pathologies ORL

ZONE D'IMPLANTATION DU CALVADOS

En amont de la révision du SRS devant intervenir dans le cadre de la réforme du droit des autorisations : engager une réflexion autour d'une implantation supplémentaire de chirurgie des cancers pour les interventions concernant les pathologies mammaires sur la zone d'implantation du Calvados, sous réserve et à l'issue d'une analyse approfondie des besoins (taux de recours, prévalence, suivi des délais…) et du développement d'une coopération renforcée entre les deux établissements de recours de l'hémi-région (CHU et CLCC).

Cette réflexion sera aussi à conduire sur les autres activités (dont l'urologie) et les autres zones d'implantations dans le cadre de la poursuite des travaux de PMRC

ZONE D'IMPLANTATION DE DIEPPE

Dans le cadre d'un projet de recomposition territoriale de l'offre de soins entre établissement public et établissement privé, afin d'assurer la continuité de la réponse aux besoins de la population, de constituer un facteur d'attractivité pour de nouveaux professionnels médicaux et de limiter les fuites extraterritoriales :

- 0 à +1 implantation pour l'activité de soins de traitement du cancer par la pratique thérapeutique de la chirurgie des cancers pour les interventions concernant les pathologies mammaires
- 0 à +1 implantation pour l'activité de soins de traitement du cancer par la pratique thérapeutique de la chirurgie des cancers pour les interventions concernant les pathologies gynécologiques

Ce projet vise à terme - et à l'issue de cette recomposition dont le calendrier n'est pas précisément défini à ce jour – à assurer sur un site unique les deux activités.

TABLEAU DES IMPLANTATIONS PAR ACTIVITÉ DE SOINS

Pratiques thérapeutiques de l'activité de soins	IMPLANTATIONS CANCÉROLOGIE																						
	ZONE D'IMPLANTATION CALVADOS			ZONE D'IMPLANTATION MANCHE			ZONE D'IMPLANTATION ORNE			ZONE D'IMPLANTATION LE HAVRE			ZONE D'IMPLANTATION DIEPPE			ZONE D'IMPLANTATION ROUEN - ELBEUF			ZONE D'IMPLANTATION EVREUX - VERNON			RÉGION NORMANDIE		
	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 01/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel
Chirurgie des cancers																								
• Mammaire	5	5	0	4	4 à 3	0 à -1	2	2 à 3	0 à +1	3	3	0	1	1 à 2	0 à +1	7	7	0	2	2	0	24	23 à 26	-1 à +2
• Digestive	9	9	0	6	6	0	5	5 à 4	0 à -1	5	5	0	2	2	0	6	6	0	2	2	0	35	35 à 34	0 à -1
• Urologique	5	5	0	4	4 à 3	0 à -1	2	2	0	3	3	0	2	2	0	5	5	0	2	2	0	23	23 à 22	0 à -1
• Urologique	1	1	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	6	6	0
• Gynécologique	3	3	0	2	2	0	1	1 à 2	0 à +1	3	3	0	1	1 à 2	0 à +1	6	6	0	1	1	0	17	17 à 19	0 à +2
• ORL/Maxillo faciales	3	3	0	3	3	0	1	1 à 2	0 à +1	3	3	0	1	1	0	7	7	0	1	1	0	19	19 à 20	0 à +1
Radiothérapie-Adultes	3	3	0	2	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0	1	1	0	9	9	0
Curiéthérapie	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	3	3	0
Utilisation thérapeutique de radio-éléments en sources non scellées	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0
Chimiothérapie	5	5	0	4	4	0	2	2	0	3	3	0	2	2	0	8	8	0	2	2	0	26	26	0

Cancérologie, pratique thérapeutique
chirurgie des cancers
CH Dieppe
Clin. Aubepines
Clin. Megival
Clin. Abbaye
Poly. Cotentin
CHPC (Cherbourg)
HP Estuaire
GHH (Monod)
Clin. tous vents
Clin. les Ormeaux
Poly. Deauville
CH Bayeux
CHU
CLCC
HP St Martin
CHELVR (Feugrais)
Poly. St Lô
CH St Lô
Poly. Parc
Poly. Lisieux
CHIES (Vernon)
CHIES (Evreux)
Clin. Pasteur
CH Falaise
Clin. Vire
CH Flers
Clin. St Dominique
CHAG (Avranches)
CH Argentan
Poly. Baie
Clin. Cedre
Clin. St Antoine
CRLCC
Clin. St Hilaire
CHU (Nicolle)
Clin. Alençon
Clin. Europe
CHICAM (Alençon)
Clin. Mathilde
Digestive
Gynécologique
Mammaire
ORL
Thoracique
Urologique

Cancérologie, autres pratiques thérapeutiques
CH Dieppe
Clin. Megival
CHPC (Cherbourg)
CLCC (URE Cherbourg)
HP Estuaire
GHH (Monod)
Centre G. Le Conquérant
Clin. les Ormeaux
CH Bayeux
CLCC (URE Caen)
CHU
CLCC
CHIELVR (Feugrais)
CH St Lô
CH Lisieux
Poly. Parc
Centre M. Tubiana
CHIES (Evreux)
Clin. Pasteur
Centre radio Evreux
CHAG (Avranches)
Centre radio de la Baie
Poly. Baie
CH Flers
Clin. Cedre
CHU (Bois Guill.)
Clin. St Hilaire
Centre F. Joliot
CHU (Nicolle)
CRLCC
Clin. Mathilde
Clin. Europe
CHICAM (Alençon)
Chimiothérapie
Radiothérapie
Curiethérapie
Radioéléments en sources non scellées
* URE = Unité de Radiothérapie Externe

GÉNÉTIQUE

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

- Quatre établissements ou laboratoires sont autorisés à réaliser le versant biologique de l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales : les laboratoires des 2 CHU de Rouen et de Caen, le Centre de lutte contre le Cancer de Caen (CLCC) et le Centre de Biologie et de cytogénétique médicale de la zone d'implantation d'Evreux-Vernon.
- Reconnaissance en 2014 du Centre Normand de médecine génomique et de médecine personnalisée (NGP), porté par le Pr Thierry Frébourg qui vise à optimiser le diagnostic, la prévention et le traitement de certaines maladies en lien avec des variations génétiques individuelles.
- 2 plateformes de séquençage à haut débit du génome (au CLCC Baclesse à Caen et au CHU de Rouen).
- Démographie difficile (médecin généticien, biologiste, conseiller en génétique, cliniciens à double compétence).
- Nécessité d'apporter une réponse personnalisée, de construire les modalités d'accès patients, de circulation des examens et de l'information en s'appuyant sur les structures et coopérations existantes et sur les nouvelles technologies.
- Évolution rapide des techniques d'analyse du génome ouvrant sur des possibilités diagnostiques plus nombreuses avec les conséquences sur le conseil génétique (augmentation prévisible du nombre de consultations nécessaires alors que les délais de consultation sont déjà longs en dehors d'un contexte d'urgence).
- Implication croissante de l'ensemble de la génétique clinique et biologique dans le traitement, la prise en charge des personnes (pharmacogénétique), participation active des patients, des familles, des associations.
- Lien étroit avec la recherche fondamentale et la biostatistique.
- Lien étroit avec le plan national maladies rares et les centres de référence, centres de compétence et les filières.

RÉFÉRENCE À L'OBJECTIF OU AUX OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU SRS CONCERNÉ(S)

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 11 Rendre l'usager acteur de sa santé

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 16 Garantir à l'usager l'accès à une offre de services en santé de proximité à chaque étape de son parcours de vie, tout en conciliant qualité et sécurité

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 17 Organiser graduellement l'accessibilité à une offre de santé complémentaire adossée à l'offre de proximité

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 18 Améliorer l'information des professionnels de santé sur l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 21 Assurer une démarche d'amélioration continue de la sécurité et de la qualité des services et interventions en santé

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 22 Assurer la formation des professionnels en cohérence avec les besoins de santé des usagers

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 24 Assurer le déploiement de l'innovation technique et technologique : de la télémédecine à l'e-santé et notamment le développement de nouvelles applications en santé

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 25 Promouvoir et développer la recherche clinique (thérapeutique) et interventionnelle (participative)

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 26 Favoriser l'innovation à la fois en termes d'organisation et de pratiques professionnelles : développement des coopérations et du partage des compétences

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 27 Améliorer la connaissance des besoins du public et promouvoir des outils partagés (observation, évaluation, orientation suivi)

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 28 Impulser une approche et une démarche globale de santé des acteurs publics et définir des objectifs communs et partagés entre les acteurs publics tout en assurant la complémentarité des actions

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 31 Garantir la fluidité des parcours par la transformation

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 32 Assurer la fluidité du parcours par des modalités d'intervention coordonnées des acteurs

OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 1 : STRUCTURER ET GRADUER L'ORGANISATION DE L'OFFRE EN GÉNÉTIQUE

- Structurer l'accès au diagnostic et aux soins de génétique en tenant compte du nouveau centre normand de génomique médicale et de médecine personnalisée ainsi que de la démographie des professionnels
- Rationaliser les équipements, les équipes et les transports pour garantir la soutenabilité de l'activité de génétique tant pour la population que pour les établissements et optimiser les liens avec la recherche fondamentale
- Développer les coopérations entre établissements et laboratoires pour instaurer un maillage complet clinico-biologique du territoire régional

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 2 : AMÉLIORER L'ACCÈS AUX CONSULTATIONS ET AUX EXAMENS BIOLOGIQUES DE GÉNÉTIQUE

- Mettre en place des consultations avancées
- Former des conseillers en génétique
- Réduire les délais avant consultation et les délais de rendu de résultats
- Construire avec les professionnels de santé et les associations de patients des parcours par type de recours à la génétique et porter l'information auprès des professionnels, des PTA et du public

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 3 : PARTICIPER AU DÉVELOPPEMENT DES NOUVELLES TECHNIQUES

- Poursuivre le développement de l'expertise par l'acquisition de moyens innovants, l'implication des partenaires professionnels de santé (lien avec le plan maladies rares), les patients et leurs familles, les représentants des usagers et les associations spécialisées

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 4 : METTRE EN ADÉQUATION LES BESOINS ET LE NOMBRE ET LA QUALITÉ DES PROFESSIONNELS EN GÉNÉTIQUE ET FAVORISER LEUR RECRUTEMENT ET INSTALLATION EN NORMANDIE :

- Travailler en partenariat avec les Universités pour mettre en adéquation la formation de professionnels biologistes, médecins et biostatisticiens et favoriser leur recrutement et installation en Normandie
- Rationaliser les parcours patients, les lieux de prélèvement, le transport d'échantillon et le travail des équipes de génétique sur la Normandie

CRÉATIONS /TRANSFORMATIONS

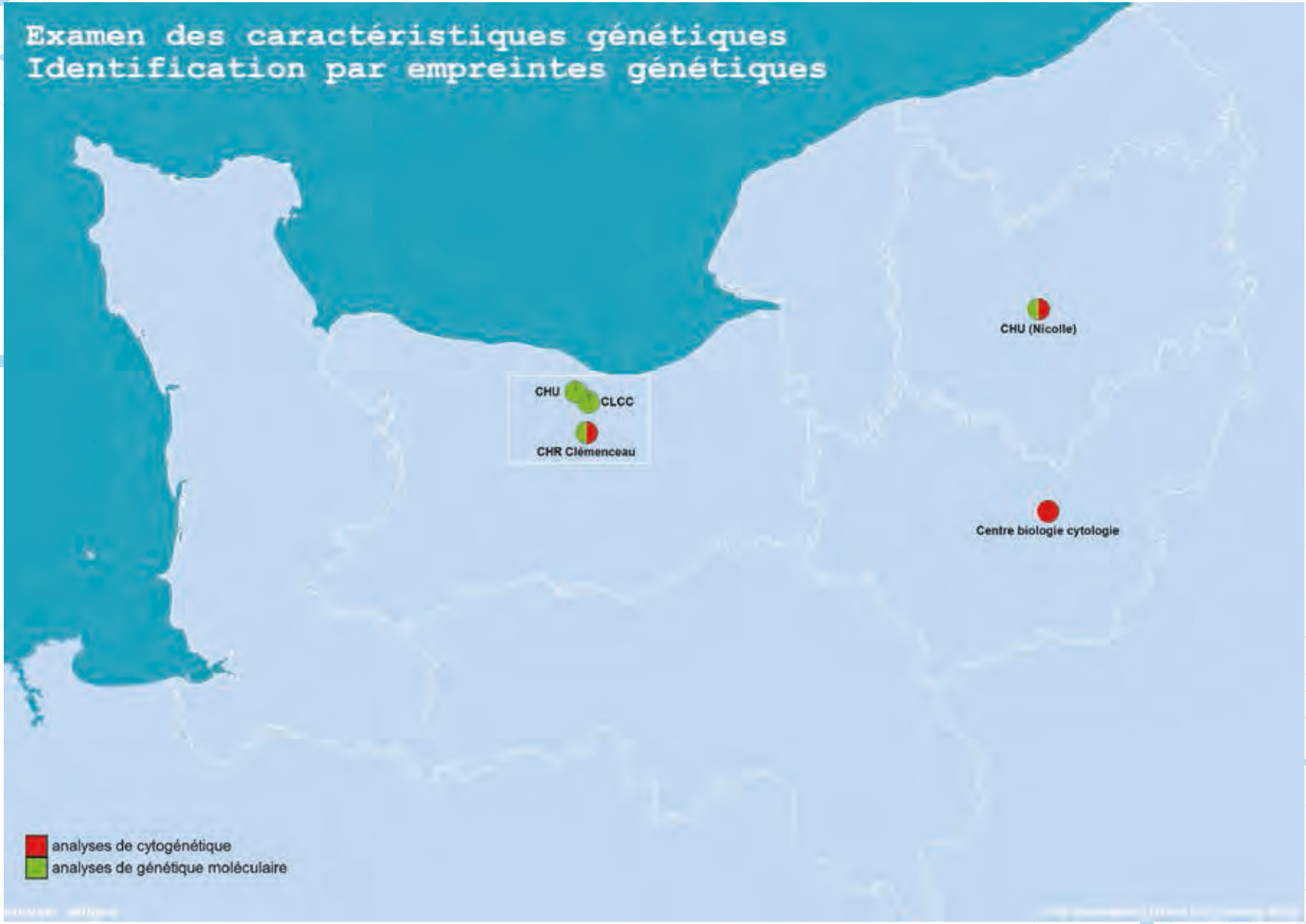
Maintien du maillage existant

LEVIER(S) MOBILISÉ(S)

- ☑ La surveillance et l'observation de la santé
- ☑ Les démarches d'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des usagers
- ☑ La contractualisation avec les professionnels, structures et établissements de santé, les établissements et services médico-sociaux, et les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé
- ☑ Les mesures d'aide à l'installation des professionnels de santé
- ☑ Les systèmes d'information, la télémédecine et l'e-santé
- ☑ Les outils d'appui et de coordination des acteurs du soin et des accompagnements sociaux et médico-sociaux, de la prévention et de la promotion de la santé
- ☑ La formation et l'évolution des métiers et des compétences des acteurs de santé
- ☑ La formation des représentants des usagers dans les instances où leur présence est nécessaire
- ☑ La mobilisation de la démocratie sanitaire
- ☑ Les investissements immobiliers et les équipements

TABLEAU DES IMPLANTATIONS DÉTAILLÉES

Modalités de l'activité de soins	IMPLANTATIONS GÉNÉTIQUE																					
	ZONE D'IMPLANTATION CALVADOS			ZONE D'IMPLANTATION MANCHE			ZONE D'IMPLANTATION ORNE			ZONE D'IMPLANTATION LE HAVRE			ZONE D'IMPLANTATION DIEPPE			ZONE D'IMPLANTATION ROUEN - ELBEUF			ZONE D'IMPLANTATION EVREUX - VERNON			RÉGION NORMANDIE		
	Appareils autorisés au 1/03/2018	Prévus à échéance du SRS	Différentiel	Implantations au 1/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Appareils autorisés au 1/03/2018	Prévus à échéance du SRS	Différentiel	Implantations au 1/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Appareils autorisés au 1/03/2018	Prévus à échéance du SRS	Différentiel	Implantations au 1/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Implantations au 1/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Implantations au 1/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel
Analyses de cytogénétique y compris analyses de cytogénétique moléculaire	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	3	3	0
Analyses de génétique moléculaire	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	4	4	0


Examen des caractéristiques génétiques
Identification par empreintes génétiques
CHU (Nicolle)
CHU
CLCC
CHR Clémenceau
Centre biologie cytologie
analyses de cytogénétique
analyses de génétique moléculaire

EQUIPEMENTS MATÉRIELS LOURDS

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

Au 15 mars 2017, la Normandie comptabilise : 62 scanographes à utilisation médicale autorisés et installés, 49 appareils d'IRM autorisés dont 44 installés, 5 tomographes à émission de positons (TEP) dont 4 installées et 21 caméras à scintillation (gamma-caméra) dont 19 installées.

La révision du volet imagerie des SROS de Basse-Normandie et Haute-Normandie de juillet 2017, a permis d'accroître pour la région Normandie l'imagerie diagnostique en coupe (scanographe à utilisation médicale et appareil d'IRM) sans attendre la finalisation des travaux d'élaboration du Projet Régional de Santé et a prévu l'implantation possible de nouvelles machines en Normandie (8 scanographes à utilisation médicale et 12 appareils d'IRM), soit un accroissement du parc existant de 15% et 25% pour les scanographes à utilisation médicale et les appareils d'IRM sur la région.

Le renforcement du parc doit permettre une meilleure organisation de la prise en charge des patients dont ceux atteints de pathologies cancéreuses, ainsi que des enfants.
Les équipements sont répartis dans des établissements publics, privés, ESPIC et centres d'imagerie médicale sur l'ensemble des zones d'implantation de la région. Une diversification du parc, en particulier par l'installation d'appareils d'IRM spécialisés, a été réalisée.
Si les ressources en radiologues sont importantes dans les agglomérations (Rouen, Le Havre, Caen), la démographie médicale des radiologues est plus faible dans les territoires ruraux.
Des coopérations public-privé permettent de renforcer ces ressources rares et d'assurer le fonctionnement des équipements matériels lourds.
Des établissements de santé recourent à la télé-radiologie pour assurer dans les plages de fonctionnement des équipements matériels lourds le recours à un radiologue et notamment pour assurer la permanence des soins (PDS).

Les difficultés démographiques et la nécessité du recours H24 à l'imagerie imposent une organisation mutualisée et territorialisée de la Permanence des soins (PDS), notamment dans le cadre des GHT et en coopération avec les médecins radiologues privés.
La capacité des CHU régionaux à former les nouveaux internes en radiologie est à adapter par rapport aux besoins. Les étudiants contraints de quitter la région pour leur internat reviennent rarement s'y installer à la fin de leur cursus.

En médecine nucléaire, l'essor des nouvelles technologies telles que les TEP TDM et TEP IRM pourrait remettre en question les caméras à scintillation autorisées non installées.

Le diagnostic régional et territorial nécessitera d'être complété en 2018 pour l'ensemble des équipements matériels lourds, compte-tenu de l'évolution du parc proposée en 2017, pour évaluer un besoin d'équipements matériels lourds supplémentaires.

Le schéma régional de santé pourra donner lieu à une révision des objectifs relatifs aux équipements matériels lourds de manière régulière, afin de prendre en compte les conséquences de la réforme des autorisations annoncée dans le champ de l'imagerie d'une part et pour tenir compte des évolutions rapides des indications et techniques dans ce champ d'intervention. Dans ce cadre, l'ARS veillera à une évaluation régulière des besoins (activité des EML, délais d'attente, ressources médicales) en lien avec les partenaires
S'agissant plus spécifiquement de l'accès à la santé des populations spécifiques (personnes âgées, personnes en situation de handicap …), une évolution du parc d'imagerie en coupe pourra intervenir en cours de schéma afin d'adapter l'offre au besoin.

RÉFÉRENCE À L'OBJECTIF OU AUX OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU SRS CONCERNÉ(S)

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°9 Garantir l'équité selon le principe d'universalisme de santé

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°10 Organiser une stratégique ciblée vers les plus vulnérables

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 11 Rendre l'usager acteur de sa santé

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 15 Renforcer attractivité territoriale pour l'exercice des professions de santé

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 16 Garantir à l'usager l'accès à une offre de services en santé de proximité à chaque étape de son parcours de vie, tout en conciliant qualité et sécurité

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 17 Organiser graduellement l'accessibilité à une offre de santé complémentaire adossée à l'offre de proximité

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 21 Assurer une démarche d'amélioration continue de la sécurité et de la qualité des services et interventions en santé

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 22 Assurer la formation des professionnels en cohérence avec les besoins de santé des usagers

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 24 Assurer le déploiement de l'innovation technique et technologique : de la télémédecine à l'e-santé et notamment le développement de nouvelles applications en santé

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 25 Promouvoir et développer la recherche clinique (thérapeutique) et interventionnelle (participative)

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 26 Favoriser l'innovation à la fois en termes d'organisation et de pratiques professionnelles : développement des coopérations et du partage des compétences

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°27 Améliorer la connaissance des besoins du public et promouvoir des outils partagés

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 31 Garantir la fluidité des parcours par la transformation

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 32 Assurer la fluidité du parcours par des modalités d'intervention coordonnées des acteurs

OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS

OBJECTIF 1 : RÉPONDRE AU BESOIN D'ACCESSIBILITÉ DES EML EN TERMES DE DÉLAIS DE RENDEZ-VOUS

OBJECTIF 2 : ÉVALUER ET RÉPONDRE AUX BESOINS SPÉCIFIQUES DES POPULATIONS ÂGÉES ET EN SITUATION DE HANDICAP

OBJECTIF 3 : MUTUALISER LA PDS EN INCITANT À DES COOPÉRATIONS STRUCTURÉES ENTRE ACTEURS PUBLICS ET PRIVÉS

OBJECTIF 4 : GARANTIR LA PERTINENCE DES SOINS ET DES ACTES

OBJECTIF 5 : ADAPTER LES APPAREILS DE MÉDECINE NUCLÉAIRE AUX RESSOURCES MÉDICALES ET AUX NOUVELLES TECHNOLOGIES

OBJECTIF 6 : DÉVELOPPER LA TÉLÉ RADIOLOGIE, AINSI QUE D'AUTRES INNOVATIONS TECHNIQUES ET ORGANISATIONNELLES, AFIN D'UNE PART D'APPUYER LES SITES FRAGILES EN TERMES DE DÉMOGRAPHIE DE RADIOLOGUES ET D'AUTRE PART DE MUTUALISER LES LIGNES DE PERMANENCE DES SOINS EN IMAGERIE

OBJECTIF 7 : ACCOMPAGNER L'INSTALLATION DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ DANS LES TERRITOIRES

CRÉATIONS/TRANSFORMATIONS

ZONE D'IMPLANTATION DU CALVADOS

- 0 à +1 (implantation et appareil) : tomographe a émission de positons / caméras à positons
- 0 à +1 (appareil) : appareil d'imagerie à résonnance magnétique (IRM) dans le cadre de la mise en œuvre du cyclotron

ZONE D'IMPLANTATION DE LA MANCHE

- 0 à +1 (implantation et appareil) : tomographe à émission de positons / caméras à positons
- 0 à +1 (appareil) : appareil d'imagerie à résonnance magnétique (IRM)

ZONE D'IMPLANTATION DU HAVRE

- + 1 (implantation) : caméras à scintillation munies ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence

ZONE D'IMPLANTATION D'EVREUX/VERNON

- 0 à + 1 (implantation) : caméras à scintillation munies ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence

ZONE D'IMPLANTATION DE ROUEN-ELBEUF

- 0 à +1 (appareil) : appareil d'imagerie à résonnance magnétique (IRM) au sein d'un établissement de recours régional dans le cadre du développement des prises en charge cancéreuse.
- 0 à -1 (appareil) : caméras à scintillation munies ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence.

LEVIER(S) MOBILISÉ(S)

- ☑ **La surveillance et l'observation de la santé ;**
- ☑ **Les démarches d'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des usagers ;**
- ☑ **La contractualisation avec les professionnels, structures et établissements de santé, les établissements et services médico-sociaux, et les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé ;**
- ☑ **Les mesures d'aide à l'installation des professionnels de santé ;**
- ☑ **Les systèmes d'information, la télémédecine et l'e-santé ;**
- ☑ **La formation et l'évolution des métiers et des compétences des acteurs de santé ;**
- ☑ **Les investissements immobiliers et les équipements.**

TABLEAU DES IMPLANTATIONS PAR ACTIVITÉ DE SOINS

IMPLANTATIONS EML																	
	SCANOGRAPHES À UTILISATION MÉDICALE						APPAREIL D'IRM						TOMOGRAPHE A ÉMISSION DE POSITONS					
	Appareils autorisés au 1/03/2018	Prévus à échéance du SRS	Différentiel	Implantations au 1/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Appareils autorisés au 1/03/2018	Prévus à échéance du SRS	Différentiel	Implantations au 1/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Appareils autorisés au 1/03/2018	Prévus à échéance du SRS	Différentiel	Implantations au 1/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel
ZONE D'IMPLANTATION : CALVADOS	17	17	0	12	12	0	13	13 à 14	0 à +1	9	9	0	2	2 à 3	0 à +1	2	2 à 3	0 à +1
ZONE D'IMPLANTATION : MANCHE	10	10	0	8	8	0	6	6 à 7	0 à +1	6	6	0	0	0 à +1	0 à +1	0	0 à +1	0 à +1
ZONE D'IMPLANTATION : ORNE	6	6	0	6	6	0	5	5	0	5	5	0	0	0	0	0	0	0
ZONE D'IMPLANTATION : ROUEN ELBEUF	16	16	0	12	12	0	18	18 à 19	0 à +1	11	11	0	3	3	0	1	1	0
ZONE D'IMPLANTATION : EVREUX-VERNON	8	8	0	7	7	0	6	6	0	8	3	0	0	0	0	0	0	0
ZONE D'IMPLANTATION : LE HAVRE	10	10	0	8	8	0	10	10	0	8	8	0	1	1	0	1	1	0
ZONE D'IMPLANTATION : DIEPPE	3	3	0	2	2	0	3	3	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0
RÉGION NORMANDIE	70	70	0	55	55	0	61	61 à 64	0 à +3	44	44	0	6	6 à 8	0 à +2	4	4 à 6	0 à +2

TABLEAU DES IMPLANTATIONS PAR ACTIVITÉ DE SOINS

IMPLANTATIONS EML																	
	GAMMA CAMERAS						CAISSON HYPERBARE						CYCLOTRON					
	Appareils autorisés au 1/03/2018	Prévus à échéance du SRS	Différentiel	Implantations au 1/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Appareils autorisés au 1/03/2018	Prévus à échéance du SRS	Différentiel	Implantations au 1/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Appareils autorisés au 1/03/2018	Prévus à échéance du SRS	Différentiel	Implantations au 1/03/2018	Prévues à échéance du SRS	Différentiel
ZONE D'IMPLANTATION : CALVADOS	8	8	0	3	3	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0
ZONE D'IMPLANTATION : MANCHE	2	2	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ZONE D'IMPLANTATION : ORNE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ZONE D'IMPLANTATION : ROUEN ELBEUF	6	6 à 5	0 à -1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ZONE D'IMPLANTATION : EVREUX-VERNON	2	2	0	2	2 à 3	0 à +1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ZONE D'IMPLANTATION : LE HAVRE	5	5	0	3	3 à 4	0 à +1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ZONE D'IMPLANTATION : DIEPPE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RÉGION NORMANDIE	23	22 à 23	0 à -1	12	12 à 14	0 à +2	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0

Equipements matériels lourds
Dieppe
Saint-Aubin-sur-Scie
Fécamp
Cherbourg-Octeville
Équeurdreville-Hainneville
Valognes
Montivilliers
Le Havre
Yvetot
Lillebonne
Maromme
Bois-Guillaume-Bihorel
Le Petit-Quevilly
Rouen
Le Mesnil-Esnard
Cricqueboeuf
Pont-Audemer
Bayeux
Saint-Aubin-lès-Elbeuf
Elbeuf
Gisors
Caen
Saint-Lô
Lisieux
Coutances
Bernay
Vernon
Évreux
Granville
Vire
Falaise
Avranches
Saint-Martin-des-Champs
Flers
Argentan
L'Aigle
Alençon
IRM
scanner
gamma-caméra
tomographe
cyclotron

LABORATOIRES DE BIOLOGIE MÉDICALE

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

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

Depuis la parution de l'ordonnance 2010-49 du 13 janvier 2010, la biologie médicale a été profondément réformée. Cette réforme, débutante lors de l'élaboration du SROS PRS 2012-2017 a entraîné des modifications importantes dans l'offre de biologie médicale sur le plan libéral et hospitalier.
Globalement, le nombre de sites ouverts au public a peu évolué. Les sites se sont en revanche différenciés, certains ne servant plus désormais qu'au prélèvement et au rendu des résultats (sites pré-post analytiques). De laboratoires monosites coopérant parfois entre eux sont nés des laboratoires multisites comportant souvent un seul plateau technique.
De même, les conditions de fonctionnement des laboratoires de biologie médicale ont été modifiées notamment par l'obligation de répondre aux exigences relatives à l'accrédition par le COFRAC et l'affirmation du rôle du biologiste médical au sein du parcours de soins du patient.
La médicalisation de la biologie (maintien d'un biologiste par site) et l'accréditation des laboratoires sont en cours. Au 1er novembre 2020, les laboratoires devront être accrédités pour l'ensemble de leur activité.
Certaines règles ont été établies par les différents textes relatifs à la biologie médicale, notamment :

- l'ouverture d'un laboratoire ou d'un site peut être refusée si celle-ci a pour effet de porter, sur la zone considérée, l'offre d'examens de biologie médicale à un niveau supérieur de 25 % à celui des besoins de la population (article L. 6222-2 du code de la santé publique),
- une opération d'acquisition d'un laboratoire de biologie médicale ou d'un site, de rachat d'actifs d'une société exploitant un laboratoire ou de fusion de laboratoires peut être refusée si celle-ci conduit à ce que, sur la zone considérée, la part réalisée par le laboratoire qui résulte de cette opération dépasse le seuil de 25 % du total des examens de biologie médicale réalisés (article L. 6222-3 du code de la santé publique),
- l'acquisition, par une personne physique ou morale, de droits sociaux de sociétés exploitant un laboratoire de biologie médicale n'est pas autorisée lorsque cette acquisition aurait pour effet de permettre à une personne de contrôler, directement ou indirectement, une proportion de l'offre de biologie médicale supérieure à 33 % du total des examens de biologie médicale réalisés (article L. 6223-4 du code de la santé publique),
- un laboratoire ne peut implanter ses sites que sur un maximum de trois zones limitrophes, sauf en cas de dérogation (article L. 6222-5 du code de la santé publique). Cette dérogation pourra intervenir sur toute zone, dès lors que la fermeture d'un site ou d'un laboratoire privera une partie de la population de la proximité d'une offre d'examens de biologie médicale (article R. 6222-4 du code la santé publique).
- les mesures transitoires de l'ordonnance n°2010-49 du 13 janvier 2010 ne permettent, à un laboratoire accrédité partiellement, d'ouvrir un site au public qu'en en fermant un autre.

Les articles R. 1434-30 et 31 du code de la santé publique précisent que l'application des règles de territorialité des laboratoires de biologie médicale se fait dans la région par un zonage géographique spécifique. Comme évoqué précedemment (chapeau introductif), sept zones géographiques ont été retenues pour le zonage des laboratoires de biologie médicale. Ces zones correspondent aux territoires de démocratie sanitaire.

La création des GHT permet aux établissements de santé qui en font partie différents niveaux de coopération pour la biologie médicale, allant de simples réunions communes destinées à faire converger les pratiques professionnelles, à la mise en place d'un laboratoire commun.

- Les orientations stratégiques de certains projets médicaux partagés de GHT intègrent une volonté de réinternalisation de la biologie au sein des établissements membres.
- L'organisation de la filière biologie au sein des GHT n'a cependant pas vocation à systématiquement exclure le dialogue avec le secteur privé en particulier pour envisager des solutions de coopération notamment sur les examens spécialisés.

L'article L. 6211-21 du code de la santé publique permet aux établissements de santé disposant d'un laboratoire de biologie médicale de facturer à prix réduit à un autre établissement de santé les examens de biologie médicale, ce que ne peut faire un laboratoire de biologie médicale privé, obligé de facturer les examens au prix de la nomenclature.

L'atteinte d'un niveau d'accréditation de 100 % et ceci, au plus tard en 2020, permettra aux laboratoires d'ouvrir des nouveaux sites dans les limites permises par les règles prudentielles figurant ci-dessus.

Ces trois derniers points sont de nature à remettre en cause le réseau de laboratoires actuellement existant.

RÉFÉRENCE À L'OBJECTIF OU AUX OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU SRS CONCERNÉ(S)

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 17 Organiser graduellement l'accessibilité à une offre de santé complémentaire adossée à l'offre de proximité

OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS

MAINTENIR L'ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE DES PATIENTS aux sites des laboratoires de biologie médicale en vue des prélèvements biologiques, de la communication des résultats des examens dans des délais compatibles avec l'urgence ou les besoins, et l'absence de risque d'atteinte à la continuité de l'offre de biologie médicale en contrôlant :

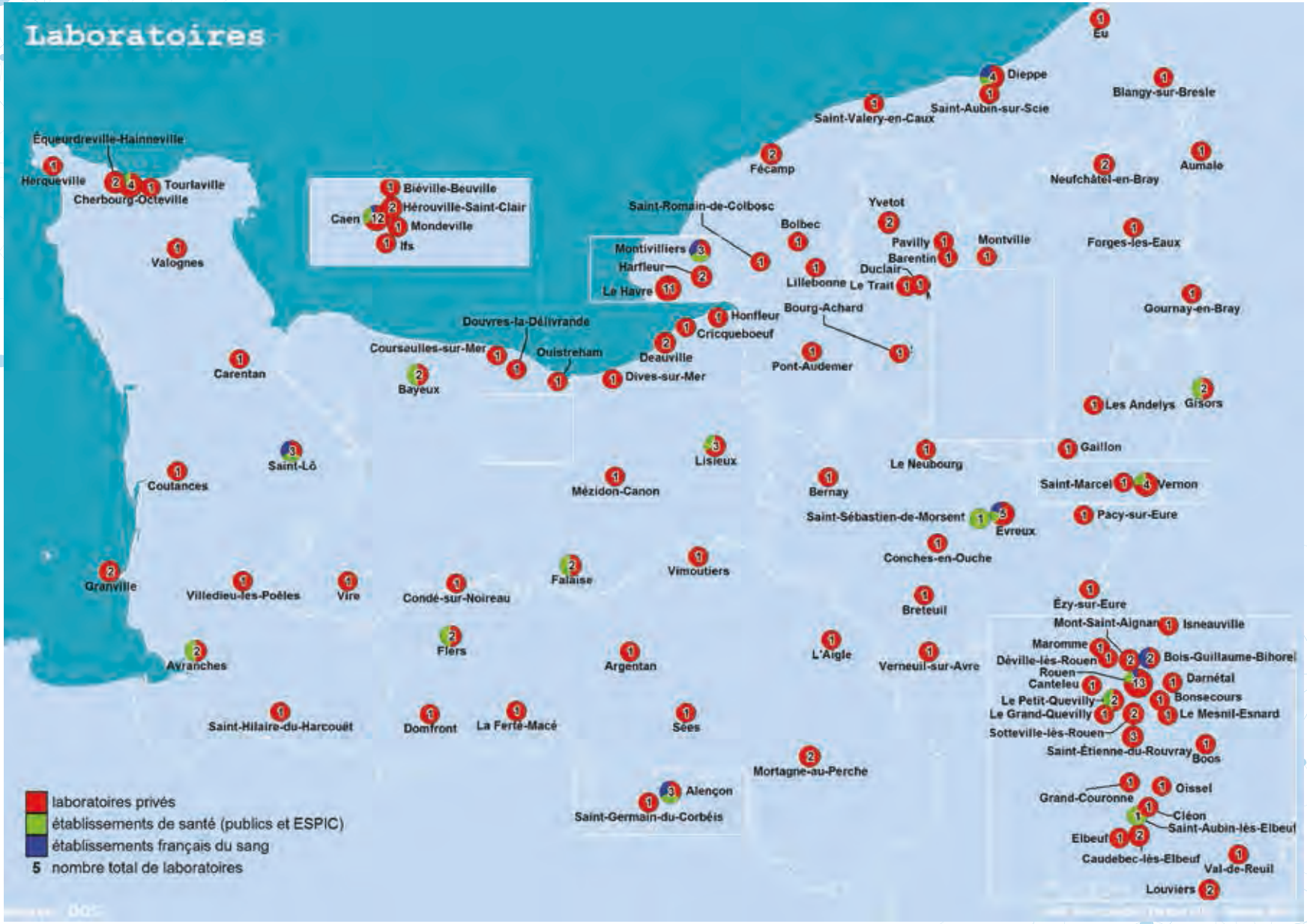
- le respect des règles prudentielles dans la réorganisation de la biologie médicale,
- la définition du projet territorial de biologie au sein des projets médicaux partagés des groupements hospitaliers de territoires (GHT).

CRÉATIONS/TRANSFORMATIONS

La répartition actuelle des laboratoires de biologie médicale apparaissant globalement satisfaisante il conviendra de la conserver.

LEVIER(S) MOBILISÉ(S)

- ☑ **La surveillance et l'observation de la santé**
- ☑ **Les démarches d'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des usagers**


Laboratoires
Eu
Dieppe
Saint-Aubin-sur-Scie
Saint-Valery-en-Caux
Blangy-sur-Bresle
Équeurdreville-Hainneville
Herqueville
Tourlaville
Cherbourg-Octeville
Fécamp
Aumale
Neufchâtel-en-Bray
Biéville-Beuville
Hérouville-Saint-Clair
Caen
Mondeville
Ifs
Saint-Romain-de-Colbosc
Yvetot
Bolbec
Pavilly
Barentin
Montville
Forges-les-Eaux
Valognes
Montivilliers
Harfleur
Le Havre
Lillebonne
Duclair
Le Trait
Gournay-en-Bray
Honfleur
Cricqueboeuf
Bourg-Achard
Douvres-la-Délivrande
Courseulles-sur-Mer
Ouistreham
Deauville
Dives-sur-Mer
Pont-Audemer
Carentan
Bayeux
Les Andelys
Gisors
Saint-Lô
Lisieux
Le Neubourg
Gaillon
Coutances
Mézidon-Canon
Bernay
Saint-Marcel
Vernon
Saint-Sébastien-de-Morsent
Évreux
Pacy-sur-Eure
Conches-en-Ouche
Granville
Villedieu-les-Poêles
Vire
Condé-sur-Noireau
Falaise
Vimoutiers
Breteuil
Ézy-sur-Eure
Mont-Saint-Aignan
Isneauville
Maromme
Déville-lès-Rouen
Bois-Guillaume-Bihorel
Rouen
Canteleu
Darnétal
Le Petit-Quevilly
Bonsecours
Le Grand-Quevilly
Le Mesnil-Esnard
Sotteville-lès-Rouen
Saint-Étienne-du-Rouvray
Boos
Flers
Argentan
L'Aigle
Verneuil-sur-Avre
Avranches
Saint-Hilaire-du-Harcouët
Domfront
La Ferté-Macé
Sées
Mortagne-au-Perche
Alençon
Saint-Germain-du-Corbéis
Grand-Couronne
Oissel
Cléon
Saint-Aubin-lès-Elbeuf
Elbeuf
Caudebec-lès-Elbeuf
Val-de-Reuil
Louviers
laboratoires privés
établissements de santé (publics et ESPIC)
établissements français du sang
5 nombre total de laboratoires

OFFRE DE SOINS DE PREMIER ET DE DEUXIÈME RECOURS

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

Dans le respect de la liberté d'installation, le schéma régional de santé fait apparaître les « besoins en implantations » pour l'exercice des soins de premier recours. Les dispositions qu'il comporte à cet égard ne sont pas opposables aux professionnels de santé libéraux.
L'accès aux soins de premier recours est défini dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. Ces soins recouvrent :

- -la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients,
- -la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique,
- -l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social,
- -l'éducation pour la santé.

Les professionnels de santé, dont les médecins traitants, concourent à l'offre de soins de premier recours en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé (notamment les hôpitaux de proximité), sociaux et médico-sociaux.
Les soins de deuxième recours recouvrent les items précédemment cités, ils constituent le niveau suivant d'accès à la santé, dans des domaines plus spécialisés.

L'articulation entre les différents niveaux de recours constitue un enjeu avec la nécessité de veiller à une bonne orientation du premier vers le deuxième recours, lorsque cela est nécessaire, pour les usagers du système de santé.

En Normandie, 2 500 médecins généralistes, 3 200 infirmiers, 2 000 masseurs kinésithérapeutes, 1 150 dentistes, 200 sages-femmes, 1 400 pharmaciens, 650 orthophonistes, 600 pédicures-podologues exercent à titre libéral et constituent le socle de cette offre de premier recours de proximité. Celle-ci est caractérisée par des disparités assez fortes entre départements, plus particulièrement en termes de densité médicale. L'Eure et l'Orne présentent les plus faibles densités médicales qui s'inscrivent dans un contexte plus général de faible attractivité d'une partie du territoire normand, au-delà du seul champ de la santé.
Les professionnels de santé libéraux - autres que les médecins généralistes – sont tout aussi indispensables à la réalité de l'accès aux soins en proximité et les projets de structures d' exercice coordonné et regroupé concernent des professionnels médicaux et non médicaux. Pour autant, l'expérience acquise en région, notamment dans le cadre de la politique des Pôles de santé libéraux et ambulatoires (PSLA) a démontré et démontre que l'adhésion initiale de plusieurs médecins à un projet constitue un préalable indispensable à la structuration effective d'un PSLA.

En Normandie, les spécialités médicales suivantes apparaissent fragiles : anesthésie-réanimation, psychiatrie, radiodiagnostic et imagerie médicale, cardiologie et maladies vasculaires, gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale, pédiatrie, ophtalmologie, dermatologie, médecine du travail, médecine physique et réadaptation, oncologie médicale, réanimation médicale, neurologie, rhumatologie, anatomie et cytologie pathologiques.
À l'instar du premier recours, l'offre de soins de deuxième recours est caractérisée par des disparités assez fortes entre départements.

La région Normandie œuvre avec dynamisme depuis plus de 10 ans en faveur de la consolidation de l'offre de soins de premier recours, le renforcement des installations de professionnels de santé en priorité dans les territoires les plus fragiles mais aussi parallèlement de fluidifier les liens entre professionnels du premier, deuxième recours, les établissements de santé de proximité, les établissements et services médico-sociaux en intégrant l'ensemble des acteurs d'un territoire concerné.
La charte des PSLA en Normandie a été signée en 2017 pour 3 ans par plus de 50 signataires le 15 novembre 2017.

Les PSLA s'incarnent dans des projets de santé ambitieux qui laissent place à l'innovation (télémédecine, réunions et outils de coordination, coopérations professionnelles et délégations de tâches…). Les projets de PSLA ont vocation à améliorer la prise en charge des patients par le biais de la prévention et de l'éducation thérapeutique.

À ce jour en Normandie, 63 PSLA et maisons de santé pluridisciplinaires sont ouverts, 43 projets en construction ou en phase d'ingénierie.

La mise en œuvre de la charte normande des PSLA constitue en soi un levier prioritaire de renforcement de l'offre de soins de premier et de deuxième recours en région.

La charte PSLA de Normandie 2017-2020 pose le principe de convergence et même de correspondance entre les objectifs poursuivis par les PSLA en matière de réponse aux besoins de santé sur leur territoire, articulée entre plusieurs acteurs de celui-ci en montrant la volonté

que les PSLA puissent progressivement assurer les missions générales dévolues aux Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).
Le territoire des CPTS est celui où les professionnels de santé de 1er et de 2nd recours ont des habitudes ou des opportunités de travail en commun.
Les professionnels de soins primaires sont au cœur des CPTS, qu'ils soient organisés en équipe ou non. Les médecins spécialistes de recours, qu'ils exercent en ville ou en établissement de santé, sont d'autres acteurs incontournables. Les acteurs du médico-social (et notamment les EHPAD), l'HAD, les hôpitaux de proximité sont également concernés.
Une CPTS est fondée sur un projet médical de territoire, incluant une coopération avec des acteurs hors MSP, dont des professionnels de second recours, des établissements de santé, les collectivités territoriales.

L'Agence régionale de santé avec ses partenaires veillera à un déploiement des Plates-formes territoriales d'appui (PTA) cohérent avec le maillage actuel et les projets de PSLA / CPTS.

En effet, il existe une complémentarité forte entre CPTS et PTA et le principe est posé que des projets de PTA peuvent faire émerger des projets de CPTS et inversement. Ainsi, les PTA contribuent à l'organisation de l'offre de soins de premier recours.

Les objectifs et priorités régionales ont vocation à décliner les ambitions du Plan national pour renforcer l'égal accès aux soins.

RÉFÉRENCE À L'OBJECTIF OU AUX OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU SRS CONCERNÉ(S)

OBJECTIF SPÉCIFIQUES N°11	Rendre l'usager acteur de sa santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUES N° 15	Renforcer l'attractivité territoriale pour l'exercice des professions de santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUES N° 16	Garantir à l'usager l'accès à une offre de services en santé de proximité à chaque étape de son parcours de vie, tout en conciliant qualité et sécurité
OBJECTIF SPÉCIFIQUES N° 17	Organiser graduellement l'accessibilité à une offre de santé complémentaire adossée à l'offre de proximité
OBJECTIF SPÉCIFIQUES N° 18	Améliorer l'information des professionnels de santé sur l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale
OBJECTIF SPÉCIFIQUES N° 21	Assurer une démarche d'amélioration continue de la sécurité et de la qualité des services et interventions en santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUES N° 22	Assurer la formation des professionnels en cohérence avec les besoins de santé des usagers
OBJECTIF SPÉCIFIQUES N° 24	Assurer le déploiement de l'innovation technique et technologique : de la télémédecine à l'e-santé et notamment le développement de nouvelles applications en santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUES N° 26	Favoriser l'innovation à la fois en termes d'organisation et de pratiques professionnelles : développement des coopérations et du partage des compétences
OBJECTIF SPÉCIFIQUES N° 31	Garantir la fluidité des parcours par la transformation
OBJECTIF SPÉCIFIQUES N° 32	Assurer la fluidité du parcours par des modalités d'intervention coordonnées des acteurs

OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS

- Poursuivre le déploiement des PSLA conformément aux objectifs de la charte des PSLA en s'appuyant sur la méthodologie des zones d'implantation prioritaires.
- Déployer des postes de coordonnateurs, le cas échéant partagés entre plusieurs PSLA-CPTS, voire avec des PTA avec pour mission d'accompagner dans la durée la mise en œuvre du projet de santé, l'organisation de la pluri-professionnalité, l'évolution des pratiques : au vu des réflexions en cours nationalement à la date de définition du présent PRS, ce déploiement pourrait s'organiser par l'accompagnement de plusieurs expérimentations dont le cadre pourrait être défini par contrat entre l'ARS et l'Union régionale des médecins libéraux de Normandie (URML).
- D'une manière générale, améliorer les pratiques de coordination au sein des équipes, en s'appuyant sur le projet de pacte soins primaires et donc en proposant un dispositif de formation en région.
- Poursuivre le déploiement des PTA en cohérence avec le maillage des PLSA-CPTS et en articulation avec les autres dispositifs d'appui à la coordination en fonctionnement sur tout ou partie du territoire normand : accompagner dans ce cadre la mise en place d'un numéro de téléphone unique, de services numériques d'appui à la coordination proposant un bouquet de service adapté.
- Sur la base des méthodologies nationales, arrêter après concertation avec les professionnels, les zones sous denses, socles des aides conventionnelles voire d'autres aides de l'agence et des collectivités d'une part, et actualiser de manière régulière (dans l'idéal annuellement) ces zonages afin qu'ils s'adaptent facilement aux réalités des évolutions sur les territoires et constituent un véritable levier d'intervention sur les territoires les plus fragiles ou en risque de fragilisation rapide.
- Favoriser le développement de dispositifs de consultations non programmées.
- Renforcer le recours à la télé expertise (exemple : dermatologie).
- Développer la télé consultation au sein des établissements médico-sociaux, en particulier les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.
- Dans le cadre d'une articulation forte avec les partenaires (collectivités territoriales communes, intercommunalités, départements, région mais aussi représentants des professionnels et usagers), favoriser l'émergence et le soutien des initiatives du terrain, le cas échéant innovantes, expérimentales
- Développer des stages extrahospitaliers et favoriser les stages ambulatoires des professionnels de santé.
- Poursuivre le développement des coopérations professionnelles, notamment en faveur des patients atteints de maladies chroniques, avec par exemple la reconnaissance d'équipes supplémentaires ASALEE.
- Organiser des consultations avancées de médecins spécialistes libéraux, en particulier sur les territoires les plus fragiles ou les plus éloignés de l'offre de deuxième recours.
- Organiser un guichet unique d'information et d'orientation à destination des professionnels de santé, en lien avec l'Assurance maladie afin de permettre un accès simplifié au plus grand nombre de services utiles aux professionnels, au-delà même de l'appui à l'installation.
- Renforcer l'appui aux professionnels de santé et à la population en organisant une offre régionale cohérente et efficiente des réseaux de santé périnatalité, cancérologie et sclérose en plaque.
- S'investir en faveur de l'émergence et de la concrétisation de projets d'expérimentations organisationnelles innovantes (plus particulièrement en application des dispositions de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018).

INDICATEUR(S)

- Évolution de la densité par profession
- Évolution de l'accessibilité potentielle localisée pour les médecins généralistes
- Évolution du nombre de PSLA / CPTS
- Évolution de la part de la population couverte par une PTA
- Évolution de la part de la population couverte par un PSLA / une CPTS
- Évolution des installations de professionnels de santé dans les zones sous denses

LEVIER(S) MOBILISÉ(S)

- ☑ **La contractualisation avec les professionnels, structures et établissements de santé, les établissements et services médico-sociaux, et les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé**
- ☑ **Les mesures d'aide à l'installation des professionnels de santé**
- ☑ **Les systèmes d'information, la télémédecine et l'e-santé**
- ☑ **Les outils d'appui et de coordination des acteurs du soin**
- ☑ **La formation et évolution des métiers et des compétences des acteurs de santé**
- ☑ **La mobilisation de la démocratie sanitaire**

LA PERMANENCE

des soins en établissement de santé

PARTIE I : GÉNERALITÉS

1. UNE MISSION DE SERVICE PUBLIC QUI CONCERNE LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS ET PRIVÉS

Le directeur général de l'agence régionale de santé arrête, dans le cadre du schéma régional de santé, un volet dédié à l'organisation de la permanence des soins. Ce volet évalue, les besoins de la population et fixe des objectifs, par zone d'activités de soins, en nombre d'implantations par spécialité médicale et par modalité d'organisation. Il est opposable aux établissements de santé et aux autres titulaires d'autorisations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, ainsi qu'aux établissements et services qui sollicitent de telles autorisations. Il a vocation à être inscrit dans les CPOM pour chacun des établissements concernés.

Ce volet est arrêté pour une durée de cinq ans. Toutefois, il peut être révisé chaque année lorsque l'évolution des besoins de la population ou de l'offre de soins le justifie.

La permanence des soins en établissement de santé (PDSES) se définit comme :

- l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients,
- dans une structure de soins d'un établissement de santé,
- en aval et/ou dans le cadre des réseaux de médecine d'urgence,
- la nuit (à partir de 20h du soir et jusqu'à 8 heures du matin),
- le week-end (à partir du samedi midi) et les jours fériés.

La PDSES concerne le seul champ de la médecine, chirurgie et obstétrique (MCO).
Toute ligne de garde ou d'astreinte en établissement de santé ne relève pas du volet dédié à la permanence des soins. En effet, une autorisation d'activité de soins nécessite une organisation de prise en charge continue des soins 24 heures sur 24. Cela définit la « continuité des soins », dont le financement est lié à l'activité par la rémunération des séjours d'hospitalisation.

Elle peut prendre la forme :

- d'une permanence à l'hôpital impliquant la présence continue (parfois dénommée « garde sur place ») dans l'enceinte de l'établissement de santé ;
- d'une astreinte opérationnelle à domicile impliquant l'obligation pour le praticien de rester à la disposition de l'établissement à son domicile ou en lieu voisin pendant toute la durée de l'astreinte et de répondre à tout appel.

La permanence des soins concerne tous les établissements de santé, aussi bien publics que privés. Ensemble, ces établissements permettent de garantir, en dehors des heures de fonctionnement normal, une offre nécessaire et suffisante par spécialité. Ces engagements sont inscrits dans les CPOM des établissements concernés.

Lorsque le directeur général de l'agence régionale de santé constate, que la mission de permanence des soins n'est pas assurée dans les conditions prévues, il ouvre une procédure d'appel à candidatures. Lorsque le directeur général de l'agence régionale de santé constate l'impérieuse nécessité de pourvoir sans délai à la mission de permanence des soins, il peut désigner, à titre temporaire, un ou plusieurs établissements de santé assurant le service public hospitalier, pour assurer cette mission afin de garantir la continuité du service public dans l'attente des résultats de la procédure d'appel à candidatures.

2. PRINCIPES

Dans une optique de qualité de la réponse apportée aux besoins de la population, d'équité, de soutenabilité :

- Convergence régionale à traduire en termes d'activités reconnues et donc financées au titre du schéma cible, en termes de nature des lignes financées (garde, astreinte, ½ garde ½ astreinte en fonction de possibilités laissées par la règlementation), en termes de rémunérations forfaitaires
- A l'instar des principes posés au titre des activités de soins d'une manière générale, prendre en compte les enjeux de gradation des soins

- Intégration de logiques territoriales (proposition d'organisation selon les bassins de population, volumes d'activités réalisés hors PDSES, ressources médicales disponibles…)
- Promotion / valorisation des complémentarités / mutualisations, entre établissements publics ou entre établissements publics et privés
- Accord, dans la perspective d'une révision annuelle du schéma de PDSES sur la construction d'une évaluation de l'activité de PDSES en réponse aux besoins de la population, dans toutes les disciplines, et pour chaque établissement. Cette évaluation pourra se baser sur des indicateurs communs proposés et validés par un groupe de travail associant des professionnels des établissements de santé publics et privés.

3 domaines de réflexion ont été pris en compte :
- Les activités (spécialités, lesquelles sont retenues ou pas et sur quels critères),
- Les territoires (identification du niveau de recours pertinent),
- Les modalités (nature des lignes, garde, astreinte ou ligne mixte, ½ garde ½ astreinte).

3. PÉRIMÈTRE

La permanence des soins inclut des activités médicales dites réglementées, non réglementées et médicotechniques.

3.1. ACTIVITÉS RÉGLEMENTÉES

- Obstétrique, néonatologie, réanimation néonatale,
- Réanimation, unités de soins intensifs, comprenant les USI cardiologiques et unités neuro-vasculaires,
- Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie,
- Activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie,
- Chirurgie cardiaque,
- Neurochirurgie,
- Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale.

3.2. ACTIVITÉS NON RÉGLEMENTÉES

Certaines activités réglementées, notamment réanimation et médecine d'urgence préposent un accès H24 de spécialités médicales et chirurgicales :

- Spécialités médicales : gastroentérologie, pneumologie,
- Spécialités chirurgicales : chirurgie viscérale et digestive, chirurgie orthopédique et traumatologique, chirurgie vasculaire, chirurgie urologique, chirurgie ORL, chirurgie thoracique, chirurgie main, chirurgie infantile, chirurgie maxillo-faciale, chirurgie ophtalmologique.

3.3. ACTIVITÉS MÉDICO-TECHNIQUES

Il s'agit de l'imagerie médicale, de la biologie et de la pharmacie. Elles sont nécessaires à la continuité des soins. Les activités d'imagerie et de biologie médicale participent également à la permanence des soins.

3.4. ACTIVITÉS NON INSCRITES AU VOLET DÉDIÉ PDS

Activités concernées par la PDS mais bénéficiant d'une modalité de financement particulière :

- Médecine d'urgence,
- Greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques.

Activités hors MCO non concernées par la PDS :

- Psychiatrie,
- Traitement du cancer,
- Soins de suite et de réadaptation,
- Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités biologiques de diagnostic prénatal,
- Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales.

4.GRADATION DES SOINS ET TERRITORIALISATION

4.1. TERRITORIALISATION

En Normandie, le découpage des territoires de planification (7 zones d'activités de soins) est différent du nombre de GHT (11 groupements).
Le schéma cible de PDSES a vocation à prendre en compte ces deux dimensions ainsi que, pour les établissements publics, les volets relatifs à la PDSES des projets médicaux partagés et les évolutions éventuelles de ces projets médicaux.
La population Normande en 2018 s'élève à 3 342 467 habitants (source INSEE).
Sept zones de répartition d'activités de soins et d'équipements matériels lourds (même découpage que les territoires de démocratie sanitaire et les anciens territoires de santé) :

1) Rouen-Elbeuf (839 000 habitants)
2) Evreux-Vernon (416 000 habitants)
3) Dieppe (172 000 habitants)
4) Le Havre (464 000 habitants)
5) Calvados (706 000 habitants)
6) Manche (518 000 habitants)
7) Orne (298 000 habitants).

11 groupements hospitaliers de territoires (GHT). Les GHT ne disposent pas en tant que tel d'un découpage territorial propre. Au vu de l'implantation et du rayonnement des établissements, une zone de couverture globale est estimée.

5 GHT recouvrent ainsi une population > 400 000 habitants :

- Rouen Cœur de Seine,
- Normandie Centre,
- Estuaire de la Seine,
- Eure-Seine,
- Val de Seine et plateau de l'Eure.

L'établissement support du GHT Val de Seine se situe à 20 km du CHU de Rouen, il ne sera pas inclus dans les distinctions faites aux établissements supports des « gros » GHT.

6 GHT ont une population < 200 000 habitants :

- Nord Cotentin,
- Centre Manche,
- Mont Saint Michel,
- Collines de Normandie,
- Orne-Perche-Saosnois,
- Caux Maritime.

4.2. GRADATION DES SOINS

Socle minimal au regard de la réglementation et de réponse aux besoins

- 1 ligne PDSES par activité réglementée,
- Mutualisation interservices ou inter établissements dès lors que la réglementation précise cette possibilité,
- Garde si imposée par la législation, sinon astreinte,
- Conservation des mutualisations déjà engagées,
- 3 types de chirurgie selon la fréquence et la spécialisation des actes,
- Activités médicales afférentes aux activités réglementaires, notamment GO et réanimation,
- PDSES imagerie dans les établissements autorisés à la SU et disposant d'un scanner.

Variables supplémentaires prises en compte

- Chirurgie en fonction de l'activité des services de chirurgie, du positionnement géographique et des structures d'urgence.
- Tenir compte des compétences acquises par les établissements sur les différentes spécialités, notamment chirurgicales.
- Garde chirurgie viscérale si plus de 50 000 passages par an à la SU.
- Garde USIC, la nature de l'activité pouvant nécessiter l'intervention rapide d'un cardiologue.
- Garde imagerie si plus de 40 000 passages par an à la SU.

PARTIE II : LES LIGNES DE PDSES PAR ACTIVITÉ ET PAR ZONE D'IMPLANTATION

ACTIVITÉS RÉGLEMENTÉES

1. OBSTÉTRIQUE, NÉONATOLOGIE, RÉANIMATION NÉONATALE

4 lignes de PDS : gynécologie-obstétrique, pédiatrie, anesthésie-réanimation, chirurgie viscérale

- Gynécologie-Obstétrique
  - < 1 500 naissances : astreinte opérationnelle GO pour l'unité d'obstétrique
  - > 1 500 naissances : garde GO dans l'unité d'obstétrique
- Pédiatrie
  - Maternités niveau 1 : astreinte opérationnelle exclusive pour le site d'un pédiatre justifiant d'une expérience attestée en néonatologie
  - Maternités niveau 2a : mix garde astreinte exclusif pour le site d'un pédiatre justifiant d'une expérience attestée en néonatologie
  - Maternités niveau 2b : garde exclusive pour le site d'un pédiatre justifiant d'une expérience attestée en néonatologie
  - Maternités niveau 3 : 2 gardes (dont 1 garde de pédiatre justifiant d'une expérience attestée en réanimation néonatale en sus de la garde de réanimation pédiatrique pour les établissements concernés)
- Anesthésie-Réanimation
  - < 1 500 naissances sans autre PDS chirurgie : astreinte opérationnelle permanente et exclusive pour le site
  - Entre 1 500 et 2 000 naissances : garde exclusive pour le site
  - > 2 000 naissances : garde dans l'unité d'obstétrique
- Chirurgie viscérale (cf. chapitre 6.1) :

1 ligne chirurgie viscérale si SU de proximité avec plus de 25 000 passages.

- Astreinte de 25 000 à 50 000 passages
- Garde si > 50 000 passages (séminaire SFMU 2001 : douleur abdominale aiguë 4 à 8% des passages aux urgences)

Exceptions :

- 2 à 3 lignes pour les grandes agglomérations.
- 1 ligne pour les structures isolées dont le nombre de passage en SU < 25 000 passages sous réserve de ressources médicales disponibles pour organiser une PDS.

Les niveaux de PDSES pourront être réajustés annuellement en fonction du nombre de naissances de l'année N-1.

ZONES	Gynéco-obstétricien	G	A	Pédiatre	G	A	MAR	G	A
ROUEN - ELBEUF	CHU Rouen, CHIELVdR, Cl Mathilde, CH le Belvédère	4		CHU Rouen, CHIELVdR, Cl Mathilde, CH le Belvédère	3,5	1,5	CHU Rouen, CHIELVdR, Cl Mathilde, CH le Belvédère	4	
EVREUX-VERNON	CHIES Evreux, CHIES Vernon, CH Bernay, CH Gisors	1	3	CHIES Evreux, CHIES Vernon, CH Bernay, CH Gisors	1	3	CHIES Evreux, CHIES Vernon, CH Bernay, CH Gisors	1	3
LE HAVRE	GHH, HPE, CH Fécamp, CH Lillebonne	1	3	GHH, HPE, CH Fécamp, CH Lillebonne	2	3	GHH, HPE, CH Fécamp, CH Lillebonne	2	2
DIEPPE	CH Dieppe, Cl les Aubépines		2	CH Dieppe, Cl les Aubépines	0.5	1,5	CH Dieppe, Cl les Aubépines	1	1
CALVADOS	CHU Caen, CH Lisieux, Cl du Parc, CH Bayeux	3	1	CHU Caen, CH Lisieux, Cl du Parc CH Bayeux	3,5	1,5	CHU Caen, Cl du Parc, CH Lisieux, CH Bayeux	3	1
MANCHE	CHPC, CH St Lo, CHAG	2	1	CHPC, CHAG, CH St Lo	3,5	0.5	CHPC, CH St Lo, CHAG	3	
ORNE	CHICAM, CH Flers, CH L'Aigle, CH Argentan		4	CHICAM, CH Flers, CH L'Aigle, CH Argentan	1	3	CHICAM, CH Flers, CH L'Aigle, CH Argentan	2	2

2. RÉANIMATION, UNITÉS DE SOINS INTENSIFS, COMPRENANT LES USI CARDIOLOGIQUES ET UNITÉS NEURO-VASCULAIRES

Réanimation adulte : 1 ligne de garde par unité de réanimation autorisée, établissements publics et privés.
Réanimation pédiatrique : 1 ligne de garde dans chacun des CHU autorisés.

ZONES	Réa-adulte	G	Réa-pédiatrique	G
ROUEN - ELBEUF	CHU Rouen, CHIELVdR	4 CHU+1	CHU Rouen	1
EVREUX-VERNON	CHIES Evreux	1		
LE HAVRE	GHH	1		
DIEPPE	CH Dieppe	1		
CALVADOS	CHU Caen, HPSM, CH Lisieux, CH Bayeux	3 CHU+3	CHU Caen	1
MANCHE	CHPC, CH St Lo, CHAG	3		
ORNE	CHICAM, CH Flers	2		

1 ligne de garde par USIC autorisée, établissements publics et privés.
1 ligne d'astreinte par autorisation UNV, établissements publics et privés et 1 ligne de garde pour les UNV CHU, en qualité de référents régionaux.
1 ligne d'astreinte USI pneumologie au CHU de Rouen sur le site de Bois-Guillaume, à titre temporaire, dans l'attente du regroupement de l'activité de soins critiques sur le site Charles Nicolle

ZONES	USIC	G	UNV	G	A	USI pneumo	A
ROUEN - ELBEUF	CHU Rouen, Cl St Hilaire, CHIELVdR	3	CHU Rouen	1		CHU Rouen (Bois-Guillaume – transitoire)	1
EVREUX-VERNON	CHIES Evreux, Cl Bergouignan	2	CHIES Evreux		1		
LE HAVRE	GHH, HPE	2	GHH		1		
DIEPPE	CH Dieppe	1					
CALVADOS	CHU Caen, HPSM	2	CHU Caen, CH Lisieux	1	1		
MANCHE	CHPC, CH St Lo	2	CHPC, CH St Lo		2		
ORNE	CHICAM	1	CHICAM		1		

3. ACTIVITÉS INTERVENTIONNELLES CARDIOLOGIE ET NEURORADIOLOGIE

1 ligne d'astreinte par autorisation pour l'activité type 3 en cardiologie interventionnelle.

ZONES	Cardio interventionnelle type 3	A	Neuroradio interventionnelle	A
ROUEN - ELBEUF	CHU Rouen, Cl St Hilaire	2	CHU Rouen	1
EVREUX-VERNON	Cl Bergouignan	1		
LE HAVRE	GHH, HPE	2		
DIEPPE				
CALVADOS	CHU Caen, HPSM	2	CHU Rouen	1
MANCHE				
ORNE				

4. CHIRURGIE CARDIAQUE ET NEUROCHIRURGIE

1 ligne d'astreinte par autorisation.
Pour les CHU, sollicités par les autres établissements périphériques dans le cadre des avis d'expertise, mix de garde (première partie de nuit) et astreinte (nuit profonde).

ZONES	Chirurgie cardiaque	G	A	Neurochirurgie	G	A
ROUEN - ELBEUF	CHU Rouen	1/2	1/2	CHU Rouen	1/2	1/2
EVREUX-VERNON						
LE HAVRE						
DIEPPE						
CALVADOS	CHU Caen, HPSM	1/2	1/2+1	CHU Caen	1/2	1/2
MANCHE						
ORNE						

5. TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE PAR ÉPURATION EXTRARÉNALE

Une ligne pour les CHU, avec mutualisation inter-établissements.

ZONES	Néphrologue	G	A
ROUEN - ELBEUF	CHU Rouen	0.5	0.5
EVREUX-VERNON			
LE HAVRE			
DIEPPE			
CALVADOS	CHU Caen	0.5	0.5
MANCHE			
ORNE			

ACTIVITÉS NON RÉGLEMENTÉES

6. CHIRURGIE

6.1. CHIRURGIES VISCÉRALE ET ORTHOPÉDIQUE

1 ligne chirurgie viscérale et 1 ligne chirurgie orthopédique si SU de proximité avec plus de 25 000 passages.

- Astreinte de 25 000 à 50 000 passages
- Garde si > 50 000 passages (séminaire SFMU 2001 : douleur abdominale aiguë 4 à 8% des passages aux urgences)

Exceptions :

- 2 à 3 lignes pour les grandes agglomérations.
- 1 ligne pour les structures isolées avec nombre de passages en SU < 25 000 sous réserve de ressources médicales disponibles pour organiser une PDS. Pour une structure répondant à ces critères avec un faible nombre d'interventions chirurgicales en horaire de PDSES, expérimentation pour un an sous forme d'une 1/2 astreinte.

Les maternités sans SU ou avec moins de 25 000 passages en SU passent convention avec l'établissement disposant d'une ligne chirurgie viscérale pour la prise en charge des urgences viscérales.

Recours existants : Falaise à Argentan, clinique de Coutances à Saint Lô.

Autres recours possibles : Vernon à Evreux, Bernay à Lisieux, Gisors à Evreux, Beauvais ou Pontoise.

ZONES	Chirurgie viscérale	G	A	Chirurgie orthopédique	G	A
ROUEN - ELBEUF	CHU Rouen, CHIELVdR, Cl le Cèdre, Cl Europe	2	2	CHU Rouen, CHIELVdR, Cl le Cèdre, Cl Europe	2	2
EVREUX-VERNON	CHES Evreux, Cl Pasteur	1	1	CH Evreux, Cl Pasteur	1	1
LE HAVRE	GHH, HPE, Cl les Ormeaux	1	2	GHH, HPE, Cl les Ormeaux	1	2
DIEPPE	CH Dieppe		1	CH Dieppe		1
CALVADOS	CHU Caen, Cl du Parc, HPSM, CH Lisieux, CH Bayeux, Cl Vire, Cl Deauville	1	5,5	CHU Caen, Cl du Parc, HPSM, CH Lisieux, CH Bayeux, Cl Vire, Cl Deauville	1	5,5
MANCHE	CHPC, CH St Lo, CHAG	1	2	CHPC, CH St Lo, CHAG	1	2
ORNE	CHICAM, CH Flers, CH Argentan		3	CHICAM, CH Flers, CH Argentan		3

6.2. CHIRURGIES UROLOGIQUE ET VASCULAIRE

1 astreinte par zone d'activité, 1 à 2 astreintes supplémentaires en renfort des CHU sous réserve des ressources médicales disponibles.
1 astreinte par zone d'activité sous réserve des ressources médicales disponibles (appel à candidature pour chirurgie vasculaire des territoires non couverts).
Pour la chirurgie urologique, un mix ½ garde ½ astreinte pour les CHU en qualité d'établissements de recours.
Pour la chirurgie vasculaire sur le territoire du Havre, les deux établissements devront formaliser une mutualisation publique-privée de l'astreinte.

ZONES	Chir urologique	G	A	Chir vasculaire	A
ROUEN - ELBEUF	CHU Rouen, CHIELVdR, Cl Europe	1/2	2+1/2	CHU Rouen, Cl Europe	2
EVREUX-VERNON	CH Evreux , Cl Pasteur		¼ ¾		
LE HAVRE	GHH, HPE, Cl Ormeaux		3x1/3	GHH, HPE	1/2 +1/2
DIEPPE	CH Dieppe		1	CH Dieppe	1
CALVADOS	CHU Caen, Cl du Parc	1/2	1+1/2	CHU Caen, HPSM	2
MANCHE	Cl Cotentin		1	Cl Cotentin	1
ORNE	CHICAM		1		

6.3. CHIRURGIES ORL ET OPHTALMO

1 astreinte par zone d'activité sous réserve des ressources médicales disponibles (appel à candidature pour chirurgie ophtalmologique des territoires non couverts).

ZONES	ORL	A	Chir Ophtalmo	A
ROUEN - ELBEUF	CHU Rouen	1	CHU Rouen	1
EVREUX-VERNON		1	CH Evreux	1
LE HAVRE	GHH	1	Cl les Ormeaux	1
DIEPPE	CH Dieppe	1		
CALVADOS	CHU Caen	1	CHU Caen	1
MANCHE	CHPC	1	Cl de la baie	1
ORNE	CHICAM	1		

6.4. CHIRURGIES INFANTILE ET THORACIQUE

Chirurgie infantile : 1 ligne dans les établissements avec service d'urgences pédiatriques :

- Pour les CHU, 1 garde Pour le GHH : 1 astreinte.
- Une astreinte MAR infantile en regard de la chirurgie infantile (recommandation SFAR pédiatrique pour les enfants de moins d'un an).

Chirurgie thoracique :

- 1 ligne d'astreinte dans les CHU, établissements de référence.
- Sur le territoire du Havre, les deux établissements devront formaliser une mutualisation publique-privée de l'astreinte.

ZONES	Chir infantile	G	A	Chir thoracique	A
ROUEN - ELBEUF	CHU Rouen	1		CHU Rouen	1
EVREUX-VERNON					
LE HAVRE	GHH		1	GHH, HPE	1/2 +1/2
DIEPPE					
CALVADOS	CHU Caen	1		CHU Caen	1
MANCHE					
ORNE					

6.5. CHIRURGIES MAXILLO-FACIALE ET SOS MAIN

1 ligne d'astreinte dans les CHU, établissements de référence.

ZONES	SOS main	A	CMF	A
ROUEN - ELBEUF	CHU Rouen	1	CHU Rouen	1
EVREUX-VERNON				
LE HAVRE				
DIEPPE				
CALVADOS	CHU Caen	1	CHU Caen	1
MANCHE				
ORNE				

7. MÉDECINS ANESTHÉSISTES-RÉANIMATEURS (MAR)

MAR supplémentaire hors GO :

- Garde si MAR de la GO est en garde exclusive et 5 lignes ou plus de chirurgie, une astreinte supplémentaire si ligne de chirurgie cardiaque et de neurochirurgie.
- Astreinte si MAR de la GO est en garde exclusive et 4 lignes ou moins de chirurgie,
- Astreinte si MAR de la GO est en garde non exclusive et 5 lignes ou plus de chirurgie,
- L'astreinte exclusive sur site du MAR GO passe en garde si autres activités de chirurgie que les lignes afférentes à l'obstétrique,
- Astreinte si pas d'activité obstétrique et lignes de chirurgie,
- Mutualisation publique privée du MAR pour les établissements distants de moins de 5 km (Fécamp, Lillebonne, Cotentin),
- MAR infantile si PDS de chirurgie infantile.

ZONES	MAR adultes	G	A	MAR infantile	A
ROUEN - ELBEUF	CHU Rouen, Cl le Cèdre, Cl Europe	1	3	CHU Rouen	1
EVREUX-VERNON	CH Evreux , Cl Pasteur		2		
LE HAVRE	GHH, Cl Ormeaux	1	1	GHH	1
DIEPPE	CH Dieppe		1		
CALVADOS	CHU Caen, HPSM, Polycl Le Parc, Cl Vire, Cl Deauville	1	3, 5	CHU Caen	1
MANCHE	HPSM, Polycl Le Parc, Cl Vire	1	1		
ORNE					

8. MÉDECINE

Une astreinte pneumologie et gastroentérologie pour les urgences endoscopiques si activités de réanimation et nombre de passages en SU > 50 000/an (appel à candidature pour chirurgie ophtalmologique des territoires non couverts).

ZONES	Gastro entéro	A	Pneumo	A
ROUEN - ELBEUF	CHU Rouen, CHIELVdR	2	CHU Rouen, CHIELVdR	2
EVREUX-VERNON	CHIES Evreux	1	CH Evreux	1
LE HAVRE	GHH	1	GHH	1
DIEPPE	CH Dieppe	1	CH Dieppe	1
CALVADOS	CHU Caen, CH Lisieux	2	CHU Caen, CH Lisieux	2
MANCHE	CHPC, CH St Lo	2	CHPC, CH St Lo	2
ORNE				

8. MÉDECINE (SUITE)

Une astreinte d'onco-hématologie adulte sur le plateau caennais et le plateau rouennais.
Un modèle mixte de garde (première partie de nuit) et astreinte (nuit profonde) pour les urgences psychiatriques des deux CHU.

ZONES	Onco Hémato	A	Psychiatrie (urgences)	G	A
ROUEN - ELBEUF	CLCC Becquerel	1	CHU Rouen	1/2	1/2
EVREUX-VERNON					
LE HAVRE					
DIEPPE					
CALVADOS	CHU Caen	1	CHU Caen	1/2	1/2
MANCHE					
ORNE					

9. MÉDICO-TECHNIQUE

- Imagerie non interventionnelle
  Astreinte dans tous les établissements, publics et privés, avec SU et disposant d'un scanner.
  Garde pour les établissements avec nombre de passages en SU > 40 000.
  Possibilité de développer la téléimagerie pour les établissements déficitaires en radiologues.
- Imagerie interventionnelle
  Une ligne d'astreinte dans les CHU.

ZONES	Imagerie diagnostic	G	A	Imagerie interventionnelle	A
ROUEN - ELBEUF	CHU Rouen, CHIELVdR, Cl Europe, Cl le Cèdre	3	1	CHU Rouen	1
EVREUX-VERNON	CHES Evreux, Cl Pasteur, CH Bernay, CH Gisors	1	3		
LE HAVRE	GHH, Cl les Ormeaux et HPE, CH Fécamp, CH Lillebonne	2	2		
DIEPPE	CH Dieppe	1			
CALVADOS	CHU Caen, HPSM, Cl du Parc, CHCF et CH Lisieux, CH Vire, CH Bayeux, Cl Miséricorde	3	4	CHU Caen	1
MANCHE	CHPC, St Lo, CHAG	2	1		
ORNE	CH l'Aigle, CH Flers, CHICAM, CH Argentan et Falaise	1	3		

ANNEXE 1 : LIGNES PDSES 2017

ACTIVITÉS RÉGLEMENTÉES

OBSTÉTRIQUE, NÉONATOLOGIE, RÉANIMATION NÉONATALE

ZONES	Lignes de PDS gynéco-obstétrique	Lignes de PDS pédiatrie	Lignes de PDS MAR (liées aux activités réglementées)
ROUEN - ELBEUF	4	8	8
EVREUX-VERNON	4	4	5
LE HAVRE	4	5	5
DIEPPE	2	2	2
CALVADOS	4	5	5
MANCHE	3	4	3
ORNE	4	4	4

RÉANIMATION, UNITÉS DE SOINS INTENSIFS, COMPRENANT LES USI CARDIOLOGIQUES ET UNITÉS NEURO-VASCULAIRES

ZONES	Lignes de PDS réa adulte	Lignes de PDS réa pédiatrique
ROUEN - ELBEUF	5	2
EVREUX-VERNON	1	
LE HAVRE	1	
DIEPPE	1	
CALVADOS	7	2
MANCHE	3	
ORNE	2	

ZONES	Lignes de PDS USIC	Lignes de PDS UNV	Lignes de PDS USI pneumo
ROUEN - ELBEUF	3	1	
EVREUX-VERNON	2	1	
LE HAVRE	2	1	
DIEPPE	1		
CALVADOS	2	2	
MANCHE	2	2	
ORNE	1	1	

ACTIVITÉS INTERVENTIONNELLES CARDIOLOGIE ET NEURORADIOLOGIE

ZONES	Lignes de PDS cardio interventionnelle type 3	Lignes de PDS neuroradio interventionnelle
ROUEN - ELBEUF	2	1
EVREUX-VERNON	1	
LE HAVRE	2	
DIEPPE		
CALVADOS	2	1
MANCHE		
ORNE		

CHIRURGIE CARDIAQUE ET NEUROCHIRURGIE

ZONES	Lignes de PDS chirurgie cardiaque	Lignes de PDS neurochirurgie
ROUEN - ELBEUF	1	1
EVREUX-VERNON		
LE HAVRE		
DIEPPE		
CALVADOS	2	1
MANCHE		
ORNE		

TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE PAR ÉPURATION EXTRARÉNALE

ZONES	Lignes de PDS néphrologie/dialyse
ROUEN - ELBEUF	1
EVREUX-VERNON	
LE HAVRE	
DIEPPE	
CALVADOS	1
MANCHE	
ORNE	

LES LIGNES DE PDSES PAR ACTIVITÉ ET PAR ZONE D'IMPLANTATION

ACTIVITÉS NON RÉGLEMENTÉES

CHIRURGIE

1. CHIRURGIES VISCÉRALE ET ORTHOPÉDIQUE

ZONES	Ligne de PDS chirurgie viscérale	Ligne de PDS chirurgie orthopédique
ROUEN - ELBEUF	4	4
EVREUX-VERNON	2	2
LE HAVRE	4	2
DIEPPE	1	1
CALVADOS	7	6
MANCHE	5	3
ORNE	4	3

2. CHIRURGIES UROLOGIQUE ET VASCULAIRE

ZONES	Ligne de PDS chir urologique	Ligne de PDS chir vasculaire
ROUEN - ELBEUF	3	2
EVREUX-VERNON	1	1
LE HAVRE	1	1/2
DIEPPE	1	1
CALVADOS	2	2
MANCHE	2	2
ORNE	1	

3. CHIRURGIES ORL ET OPHTALMO

ZONES	Ligne de PDS chir urologique	Ligne de PDS chir vasculaire
ROUEN - ELBEUF	1	1
EVREUX-VERNON	1	1
LE HAVRE	1	1
DIEPPE	1	
CALVADOS	1	1
MANCHE	1	1
ORNE	1	

4. CHIRURGIES INFANTILE ET THORACIQUE

ZONES	Ligne de PDS chir infantile	Ligne de PDS chir thoracique
ROUEN - ELBEUF	1	1
EVREUX-VERNON		
LE HAVRE	1	1
DIEPPE		
CALVADOS	1	
MANCHE		
ORNE		

5. CHIRURGIES MAXILLO-FACIALE ET SOS MAIN

ZONES	Ligne de PDS SOS main	Ligne de PDS CMF
ROUEN - ELBEUF	1	1
EVREUX-VERNON		
LE HAVRE		
DIEPPE		
CALVADOS	1	1
MANCHE		
ORNE		

MÉDECINS ANESTHESISTES

ZONES	Ligne de PDS MAR adultes	Ligne de PDS MAR infantile
ROUEN - ELBEUF	5	1
EVREUX-VERNON	2	
LE HAVRE	2	1
DIEPPE	1	
CALVADOS	5	1
MANCHE	3	
ORNE		

LES LIGNES DE PDSES PAR ACTIVITÉ ET PAR ZONE D'IMPLANTATION

MÉDECINE

ZONES	Ligne de PDS gastro entéro	Ligne de PDS pneumo
ROUEN - ELBEUF	2	3
EVREUX-VERNON	1	1
LE HAVRE	1	1
DIEPPE	1	1
CALVADOS	2	2
MANCHE	3	3
ORNE	2	2

ZONES	Ligne de PDS onco hémato	Ligne de PDS psychiatrie	Ligne de PDS médecine polyvalente	Ligne de PDS cardio (HC)
ROUEN - ELBEUF	1	1	4	1
EVREUX-VERNON			1	
LE HAVRE	1	1	1	
DIEPPE			1	
CALVADOS		1		2
MANCHE				1
ORNE				1

ZONES	Ligne de PDS gériatrie	Ligne de PDS UMAC	Ligne de PDS maladies inf	Ligne de PDS odontologie
ROUEN - ELBEUF	1	1	1	1
EVREUX-VERNON				
LE HAVRE				1
DIEPPE				
CALVADOS				
MANCHE				
ORNE				

MÉDICO-TECHNIQUE

ZONES	Ligne de PDS imagerie diagnostic	Ligne de PDS imagerie interventionnelle
ROUEN - ELBEUF	6	
EVREUX-VERNON	4	
LE HAVRE	5+1/2	
DIEPPE	1	
CALVADOS	6	
MANCHE	3	
ORNE	3+1/2	

ZONES	Ligne de PDS biologie	Ligne de PDS EEG	Ligne de PDS parasitologie	Ligne de PDS pharmacie
ROUEN - ELBEUF	4	1	1	2
EVREUX-VERNON	1			1
LE HAVRE	2			1
DIEPPE	1			1
CALVADOS				1
MANCHE				
ORNE				

AUTRES

ZONES	Ligne de PDS médecine d'urgence	Ligne de PDS activités de greffes
ROUEN - ELBEUF		3
EVREUX-VERNON		
LE HAVRE		
DIEPPE		
CALVADOS	2	
MANCHE		
ORNE		

INTRO DUC TION

Les conséquences sur les acteurs du secteur médico-social

1. Enjeux et mutations à l'œuvre

Le secteur médico-social, en lien avec le secteur sanitaire et social, doit être rénové pour davantage :

- partir des besoins et des attentes des personnes et de leurs aidants,
- promouvoir leurs capacités et leur participation,
- favoriser une vie en milieu ordinaire lorsque cela est possible et conforme aux souhaits de la personne en situation de handicap et permettre le maintien à domicile des personnes âgées,
- répondre à la logique d'un « parcours » global alliant repérage des fragilités et des troubles, précocité des interventions, et définition d'un plan d'accompagnement adapté,
- répondre à des besoins spécifiques et parfois complexes, en fonction du type de handicap ou de la pathologie (maladies neuro-dégénératives),
- faire de la prévention, promotion de la santé une priorité,
- anticiper, prévenir et gérer les ruptures de parcours.

Les évolutions en termes d'approche des handicaps impliquent également une évolution de l'organisation de l'offre, de son fonctionnement et des pratiques professionnelles dans le respect des bonnes pratiques HAS/ex-ANESM :

- la nécessaire amélioration du diagnostic et de la prise en charge des troubles neuro-développementaux : déficiences intellectuelles, troubles du spectre de l'autisme, troubles de l'apprentissage ….
- le rétablissement et la réhabilitation psychosociale en matière de handicap psychique via des outils de remédiation cognitive, de soutien à l'autonomie, d'entrainement aux compétences sociales…
- les approches systémiques et thérapies brèves dans le champ des troubles du comportement montrent que la désinstitutionalisation et l'ouverture des structures favorisent l'émergence de phénomènes adaptatifs favorables chez les enfants et les adolescents et débouchent sur des réaménagements positifs des systèmes de référence des individus.

Les différents travaux conduits au niveau national au sein du comité interministériel du handicap et des conférences nationales du handicap (Stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale, démarche Réponse accompagnée pour tous, déclinaison du rapport de M. Piveteau « Zéro sans solution ») et des plans et schémas nationaux en faveur des personnes en situation de handicap et des personnes âgées (4e plan autisme, schéma handicap rare, plan maladies neurodégénératives…) portent ces évolutions majeures.

Le PRS de Normandie s'inscrit pleinement dans ces enjeux confortés dans le cadre des diagnostics réalisés par les Conseils territoriaux de santé et les groupes de travail régionaux mis en place en lien avec la commission spécialisée pour les prises en charge et les accompagnements médico-sociaux : polyhandicap, déficiences sensorielles, troubles spécifiques du langage et des apprentissages, personnes handicapées vieillissantes, personnes âgées...

2. La gouvernance des politiques de l'autonomie garante de l'évolution de l'offre en réponse aux besoins des personnes

Répondre à ces enjeux nécessite un pilotage intégré des politiques sociales, médico-sociales et de santé afin d'organiser des parcours de vie et de santé répondant aux souhaits et besoins des personnes.

En effet, accompagner l'évolution de l'offre et des pratiques professionnelles conformément aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles, permettre aux acteurs d'innover dans le cadre de coopérations intersectorielles renouvelées, favoriser des réponses inclusives et innovantes via l'adaptation et la transformation de l'offre… impliquent :

- une coopération interinstitutionnelle renforcée, en premier lieu avec les Départements, chefs de file de l'action sociale et médico-sociale, mais également avec les services de l'État (Éducation nationale, DIRRECTE, DRJSCS, DREAL) et les organismes de sécurité sociale (Assurance maladie, MSA, CAF, CARSAT…)…
- de s'appuyer sur l'expertise des usagers et de leurs aidants.

D'ores et déjà, l'ARS associe des représentants dans le cadre des instances de démocratie sanitaire mais également au sein de groupes de travail spécifiques.

Le SRS réaffirme la nécessaire gouvernance intégrée des politiques de l'autonomie (cf. objectif spécifique 28) qui doit également s'appuyer sur une observation partagée (cf. objectif spécifique 27).

La méthode d'intégration de l'offre constitue un levier pour piloter l'évolution de l'organisation des parcours via l'adaptation et la transformation de l'offre. Ainsi, l'ARS et les Départements ont accompagné le déploiement de 21 MAIA couvrant l'ensemble du territoire régional. Cette méthode est également mise en œuvre dans le champ du handicap.

3. Organiser l'offre de manière graduée afin de structurer les parcours

Le SRS détermine résolument les objectifs à poursuivre pour offrir une offre de santé graduée à l'ensemble des populations, centrée sur leurs besoins et à chaque étape de leurs parcours de santé et de vie (cf. objectifs spécifiques 16, 17 et 31).

A l'instar des acteurs de la prévention et de la promotion de la santé et des acteurs du soin, les accompagnements médico-sociaux et sociaux doivent être organisés en conséquence.

L'organisation graduée de l'offre médico-sociale et le déploiement de la méthode d'intégration ont pour ambition de :

- réduire les inégalités sociales et territoriales,
- faire évoluer l'offre pour répondre à la logique d'un parcours global alliant prévention de la perte d'autonomie, précocité des interventions et renforcement de l'inclusion sociale,
- faire évoluer l'offre vers une logique de « prestations[1] » en réponse à des besoins souvent complexes : construire des réponses inclusives, pluridimensionnelles, modulaires et modulables capables de combiner plusieurs prises en charge médico-sociales, sanitaires et éducatives dans le parcours de vie, de l'enfance à l'avancée en âge ; penser l'offre sous forme de plateformes de services, d'habitat avec services…
- apporter une réponse à toutes les situations, même celles nécessitant un accompagnement renforcé à travers le principe de subsidiarité (privilégier les lieux les moins spécialisés et organiser le soutien par les structures de plus haute technicité au bénéfice de celles qui le sont moins),
- réduire la fragmentation de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale et éviter les ruptures de parcours,
- accompagner l'évolution des pratiques professionnelles.

Concernant le champ spécifique du handicap, l'organisation graduée de l'offre doit permettre de renforcer la place de la MDPH en tant qu'ensemblier de la construction des réponses individuelles sur le territoire dans le cadre notamment du dispositif d'orientation permanent (article 89 de la loi de santé).

Les fiches présentées ci-après décrivent les créations, transformations et évolutions de l'offre attendues afin d'atteindre cette organisation cible et notamment :

- l'effectivité de l'organisation graduée de l'offre avec identification des fonctions ressources,
- l'accroissement des interventions médico-sociales dans le milieu ordinaire de vie par le renforcement de la part des services, la diversification de l'offre et des réponses, le passage d'une logique de place à une logique de réponses,
- le renforcement de la capacité de l'offre à accompagner les personnes en situation complexe par l'appui des fonctions ressources, la formation des équipes sanitaires, sociales et médico-sociales et l'identification de places d'accueil spécialisées,
- l'adaptation de l'offre pour mieux répondre aux besoins des aidants et notamment de répit à domicile et en établissement.

[1]NB : Réforme de la tarification des ESMS SERAFIN-PH qui ont pour but de sortir de la logique de financement centrée sur les places pour aller vers une logique de réponse aux besoins. Nomenclature SERAFIN-PH

http://www.cnsa.fr/documentation/nomenclatures_serafinph_detaillees_mars_16.pdf

ACCÈS À LA PRÉVENTION, PROMOTION DE LA SANTÉ ET AUX SOINS

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

- Stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale, volet polyhandicap et préparation 4e plan autisme.
- Étude conjointe avec l'Assurance maladie sur les difficultés d'accès aux soins et à la prévention pour les personnes adultes en situation de handicap accueillies en établissements et services médico-sociaux de l'Eure et de la Seine-Maritime en 2014. Indicateurs portant sur la vaccination antigrippale, le dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus, les soins dentaires et le suivi gynécologique. L'étude nécessiterait d'être reconduite et affinée mais elle a permis de mettre en évidence des écarts de pratiques entre établissements, indépendants du profil du public et un accès à la prévention moindre que dans la population générale.
- Étude relative aux actions de prévention promotion de la santé en faveur des personnes en situation de handicap (2012-2013).
- Retard dans le déploiement des dispositifs de consultations dédiées ayant pour objectif de mailler le territoire régional. Nombre d'établissements de santé avec consultations dédiées aux PH rapporté au nombre total d'établissements de santé (MCO-SSR) en 2017 : 2 % (indicateur CNSA).
- Absence d'unité d'accueil et de soins pour les personnes sourdes (absente dans seulement deux régions en France).
- Délais d'attente très longs notamment pour les soins bucco-dentaires.
- Consultations non adaptées aux spécificités des handicaps, personnels insuffisamment formés.
- Accueil aux urgences et à l'hôpital non adapté aux spécificités des handicaps.
- Insuffisance de détection, d'évaluation et de prise en compte de la douleur.
- Actes bucco-dentaires délabrant, réalisés sous anesthésie générale en raison de l'absence de réponse pour les soins bucco-dentaires simples.

RÉFÉRENCE AUX OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU SRS CONCERNÉS

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°6	Permettre l'accès des personnes en situation de handicap aux programmes de prévention, promotion de la santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 12	Accompagner les aidants
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 16	Garantir à l'usager l'accès à une offre de services en santé de proximité à chaque étape de son parcours de vie, tout en conciliant qualité et sécurité
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 17	Organiser graduellement l'accessibilité à une offre de santé complémentaire adossée à l'offre de proximité
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 22	Assurer la formation des professionnels en cohérence avec les besoins de santé des usagers
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 32	Garantir la fluidité des parcours par des modalités d'intervention coordonnées des acteurs

OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS

RENDRE ACCESSIBLES TOUS LES DISPOSITIFS DE SOINS PRIMAIRES COORDONNÉS PAR :

- La formation des professionnels aux différents types de handicap,
- La sensibilisation à l'évaluation de la douleur des personnes dyscommunicantes,
- L'adaptation des modalités de consultation : prise de rendez-vous, accueil en salle d'attente, accompagnement pendant les soins, présence de l'aidant, temps de consultations allongés,
- L'intégration de l'accès aux soins des personnes en situation de handicap dans la déclinaison régionale du plan national pour renforcer l'accès territorial aux soins.

AMÉLIORER L'ACCÈS AUX DÉPISTAGES, À LA PRÉVENTION ET À LA PROMOTION DE LA SANTÉ EN :

- Adaptant les messages de prévention aux spécificités des handicaps pour les rendre compréhensibles,
- Formant les professionnels de la prévention aux handicaps,
- Sensibilisant les professionnels des établissements médico-sociaux à la prévention et à la promotion de la santé,
- Adaptant les modalités de dépistage (matériel, accueil, consultations blanches, consultations allongées),
- Déployant une offre adaptée avec le concours de l'IREPS,
- Développant l'accès à des examens périodiques de santé adapté avec l'IRSA,
- Inscrivant un volet prévention-promotion de la santé dans le CPOM de 100 % des établissements et services médico-sociaux,
- Dans l'objectif de parvenir à un taux de dépistage organisé identique à celui de la population générale.

PERMETTRE LE MAINTIEN À DOMICILE OU EN ÉTABLISSEMENT MÉDICO-SOCIAL, QUEL QUE SOIT LE LIEU DE VIE, EN ORGANISANT :

- L'accès aux soins palliatifs in situ (formation, intervention des équipes mobiles et de l'HAD),
- L'accès à l'hospitalisation à domicile, notamment dans les établissements médico-sociaux,
- Le recours à la télésanté.

ASSURER L'ACCÈS À DES SOINS SOMATIQUES COURANTS DE SPÉCIALITÉ EN :

- Poursuivant le déploiement de dispositifs de consultations dédiées, au minimum 6,
- Prévoyant dans ces dispositifs à minima des consultations adaptées de gynécologie, ophtalmologie, un accès à la radiologie,
- Organisant une offre de soins bucco-dentaires couvrant l'intégralité des soins nécessaires selon un maillage territorial gradué,
- Développant le repérage, l'évaluation et le traitement de la douleur, notamment pour les personnes dyscommunicantes, a minima au sein des consultations dédiées, des consultations bucco-dentaires, des centres et réseaux douleur,
- Articulant l'offre de soins adaptée avec l'organisation prévue par les projets territoriaux de santé mentale.

GARANTIR UN PARCOURS DE SOINS FLUIDE À L'HÔPITAL PAR :

- La mise en place d'une coordination spécifique articulée avec les professionnels du domicile et des établissements médico-sociaux, dans au moins un établissement sanitaire par groupement hospitalier de territoire,
- Un accompagnement allant de la prise de rendez-vous jusqu'à l'hospitalisation,
- La possibilité de consultation ou d'entrée directe sans passage aux urgences,
- L'adaptation de l'accueil et de la prise en charge aux urgences le cas échéant,
- L'adaptation des consultations et des hospitalisations aux spécificités des handicaps,
- L'inscription dans les CPOM des établissements de santé d'objectifs garantissant un accès aux soins pour les personnes en situation de handicap – cible : 100 % des CPOM.

CRÉATIONS/TRANSFORMATIONS

CRÉER DES DISPOSITIFS DE CONSULTATIONS DÉDIÉES POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP :

- Au moins un dispositif complet, polyvalent par département, et deux en Seine-Maritime : 6 dispositifs pour la région d'ici 2020. Nombre d'établissements de santé avec consultations dédiées aux PH rapporté au nombre total d'établissements de santé (MCO-SSR) – cible : 6 % (indicateur CNSA),
- A minima, consultations de gynécologie, ophtalmologie, accès adapté à la radiologie,
- En complémentarité avec l'offre de soins bucco-dentaires.

CRÉER UNE UNITÉ D'ACCUEIL ET DE SOINS POUR LES PERSONNES SOURDES PORTÉE PAR AU MOINS UN DES DEUX CHU ET IMPLIQUANT LES DEUX CHU ET RÉPONDANT AU CAHIER DES CHARGES NATIONAL

PROPOSER UNE OFFRE GRADUÉE COMPLÈTE DE SOINS BUCCO-DENTAIRES SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE :

- Prévention et promotion de la santé bucco-dentaire, formation de référents dans les ESMS,
- Consultations de dépistage, bilans et soins simples en proximité, y compris par le biais de dispositifs mobiles,
- Consultations sous sédation consciente en proximité et au minimum 12 sur la région,
- Consultations dédiées bucco-dentaires en complémentarité des dispositifs de consultations dédiées : 6 sur la région,
- Au moins une offre de soins adaptée sous anesthésie générale par département et deux en Seine-Maritime avec un nombre de créneaux dédiés suffisant.

LEVIER(S) MOBILISÉ(S)

- ☑ Appels à projets et à candidature
- ☑ Articulation avec les dispositifs URPS de fauteuils dentaires
- ☑ CPOM et financements complémentaires
- ☑ PTA
- ☑ Formations (initiale et continue)

ACCOMPAGNEMENT ADAPTÉ EN STRUCTURE MÉDICO-SOCIALE

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

- Mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques HAS et ex-ANESM.
- Nombre de situations transmises à l'ARS par les commissions situations critiques en 2016 : 23. Nombre total de situations examinées par l'ARS (y compris situations critiques) en 2016 : 74.
- Nombre de personnes accueillies en Belgique rapporté au nombre de places ESMS PH : 0,86 %. La majorité des personnes accueillies en Belgique est originaire de Seine-Maritime et dans une moindre mesure de l'Eure.
- La part des places créées en ESMS par transformation/requalification en 2017 est de 9,44 % (indicateur CNSA).
- Pourcentage de personnes en « amendement Creton » sur le nombre de places en établissements PH enfants (extraction ANAP- Indicateur CNSA) : 8,5 %.
- Nécessité de développer des rapprochement entre l'ASE, le soin et le secteur du handicap pour mieux accompagner les enfants en situation de handicap relevant de l'aide sociale à l'enfance.
- Vieillissement des personnes en situation de handicap et de leurs proches aidants.
- Le taux d'équipement en IME Déficience intellectuelle pour 1 000 habitants de 0 à 20 ans est de 4,8 ‰ en Normandie et présente des écarts entre départements (Orne : 8,5 ‰, Seine-Maritime : 5,1 ‰, Calvados : 4,1 ‰, Manche : 4 ‰, Eure : 3,9 ‰)
- À noter, une disparité infra-territoriale de l'offre spécialisée de recours pour :

- Les publics avec un trouble du spectre de l'autisme :
  - Taux équipement IME spécialisé ou disposant d'une section spécialisée pour 1000 habitants de 0 à 20 ans : Orne : 0,73 ‰, Seine-Maritime : 0,57 ‰, Manche : 0.31 ‰, Eure : 0,20 ‰, Calvados : 0,19 ‰, (Normandie : 0,34 ‰),
  - Taux équipement SESSAD pour 1 000 habitants de 0 à 20 ans : Orne : 0,47 ‰, Eure : 0,35 ‰, Manche : 0,28 ‰, Calvados : 0,17 ‰, Seine-Maritime : 0,16 ‰ (Normandie : 0,22 ‰),
  - Taux équipement MAS pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans : Normandie : 0,18 ‰, Seine-Maritime : 0,25 ‰, Eure : 0,23 ‰, Calvados : 0,09 ‰, Orne : 0,11 ‰, Manche : 0,06 ‰),
  - Taux équipement SAMSAH pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans : Seine-Maritime : 0,06 ‰, Eure 0,03 ‰ ; en cours de création 10 places de SAMSAH dans le Calvados et 8 places dans la Manche (Normandie : 0,03 ‰). Ces SAMSAH ont d'ores et déjà mis en place une fonction ressource.

- Les publics en situation de handicap psychique :
  - Taux équipement SAMSAH pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans : Orne : 0,31 ‰, Seine-Maritime : 0,17 ‰, Eure : 0,17 ‰, Calvados : 0,14 ‰, Manche : 0,08 ‰ (Normandie : 0,16 ‰),
  - Taux équipement MAS pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans : Manche : 0 ‰, Orne : 0,23 ‰, Calvados : 0 ‰, Eure : 0,32 ‰, Seine-Maritime : 0,18 ‰ (Normandie : 0,15 ‰),
  - Taux équipement FAM pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans : Manche : 0,23 ‰, Orne : 0 ‰, Calvados : 0,20 ‰, Eure : 0 ‰, Seine-Maritime : 0,09 ‰ (Normandie : 0,11 ‰).

- À noter en cours de création 10 places de SAMSAH TSA.
- Besoin d'organiser des solutions aux besoins des enfants de 3 à 6 ans polyhandicapés, renforcer l'encadrement notamment en personnel paramédical et infirmier, pour permettre d'assurer une présence 24h/24 au sein d'établissements accueillant des enfants polyhandicapés (Établissements pour enfants et adolescents polyhandicapés (EEAP) IME, IEM) et des adultes (notamment les MAS) identifiés.
- Déficit de réponses en établissements pour enfants et adolescents ouverts 365j/365.
- Nécessité de renforcer et structurer l'appui du sanitaire au médico-social en terme notamment d'équipes mobiles psychiatriques.
- Existence d'acteurs ressources sanitaires ou médico-sociales (centres ressources autisme, centres de références sur les troubles des apprentissages, filières traumatisés crâniens cérébro-lésés…) apportant un appui aux structures sanitaires, sociales ou médico-sociales, proposant des actions de sensibilisation-formation, fédérant des acteurs mais dont il s'agit de renforcer l'action afin d'améliorer le service rendu aux usagers et à leur entourage.

[1]Source Finess 2017

- Expérimentation de la démarche d'intégration de l'offre de services dans le champ de l'autisme en Seine-Maritime et dans l'Eure et dans le champ du handicap rare sur l'ensemble de la Normandie.
- Absentéisme préoccupant des professionnels en ESMS PH : 45,65 % des ESMS PH enfants (hors SESSAD) et 39,2 % des ESMS PH adultes (hors SAMSAH) enregistrent un absentéisme supérieur à 10 %.

RÉFÉRENCE AUX OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU SRS CONCERNÉS

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°9	Garantir l'équité en santé selon le principe d'universalisme proportionné
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°10	Organiser une stratégie ciblée vers les plus vulnérables
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°11	Rendre l'usager acteur de sa santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°12	Accompagner les aidants
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°13	Associer les usagers à l'amélioration du système de santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°16	Garantir à l'usager l'accès à une offre de services en santé de proximité à chaque étape de son parcours de vie, tout en conciliant qualité et sécurité
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°17	Organiser graduellement l'accessibilité à une offre de santé complémentaire adossée à l'offre de proximité
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 22	Assurer la formation des professionnels en cohérence avec les besoins de santé des usagers
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 23	Renforcer l'attention à la qualité de vie et la sécurité au travail des professionnels
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 29	Promouvoir des lieux de vie favorables à la santé et contribuer à renforcer l'inclusion et le maintien en milieu ordinaire
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 31	Garantir la fluidité des parcours par la transformation
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 32	Garantir la fluidité des parcours par des modalités d'intervention coordonnées des acteurs

OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS

DÉVELOPPER DES RÉPONSES ADAPTÉES ET/OU INNOVANTES AUX BESOINS DES PUBLICS (NIVEAU 2 – RECOURS SPÉCIALISÉ) :

- En adaptant l'offre médico-sociale et sanitaire existante,
- En développant une offre de recours d'internat ouvert 365 jours par an en IME pour les enfants et adolescents sur les territoires déficitaires et dans le cadre d'une collaboration avec la psychiatrie,
- En identifiant une offre spécialisée de recours (notamment, augmenter la part des ESMS spécialisés autisme, handicap psychique, polyhandicap, handicap rare…),
- Par l'expérimentation de réponses innovantes pour mieux répondre aux besoins d'accompagnement des publics y compris pour les enfants en situation de handicap confiés à l'aide sociale à l'enfance.
- Par la participation autant que de besoin des établissements de santé et ESMS aux groupes opérationnels de synthèse mis en place dans le cadre du dispositif d'orientation permanent par les MDPH afin d'élaborer et mettre en œuvre un plan d'accompagnement global désignant un coordonnateur de parcours,

AMÉLIORER LES SOINS DANS LES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MÉDICO-SOCIAUX :

- Par la mutualisation des moyens et des ressources financières des établissements afin de recruter des professionnels de santé intervenants au sein de plusieurs établissements,
- Par le renforcement de l'encadrement notamment en personnel paramédical et infirmier, permettant d'assurer notamment une présence 24H/24 au sein d'établissements accueillant des enfants polyhandicapés (Établissements pour enfants et adolescents polyhandicapés (EEAP) IME, IEM) et des adultes (notamment les MAS) identifiés,
- Par le développement d'interventions d'équipes sanitaires au sein des ESMS : équipes mobiles de psychiatrie, télémédecine et formations croisées sanitaires médico-sociales associant également les représentants des usagers et aidants,
- Lits d'hospitalisation de recours, notamment TED et articulés avec les soins somatiques.

RÉDUIRE LE NOMBRE DE SITUATIONS SANS RÉPONSE ET NÉCESSITANT UN ACCOMPAGNEMENT :

- Par une meilleure anticipation et individualisation des parcours,
- Par l'optimisation des taux d'occupation des établissements médico-sociaux (indicateur CPOM),
- Par la formalisation de processus de dérogation ARS/CD/EN/Assurance Maladie/MDPH dans le cadre des travaux de la réponse accompagnée pour tous,
- Par la création de nouvelles places en ESMS par mesures nouvelles inscrites au PRIAC, transformation de l'offre et autres mesures sous réserves de dotations complémentaires allouées par le national.

AMÉLIORER LA QUALITÉ ET LES CONDITIONS D'ACCUEIL DU PUBLIC AU SEIN DES ÉTABLISSEMENTS ET LES CONDITIONS DE TRAVAIL DES ÉQUIPES :

- Par la nomination d'un référent, pour chaque usager accompagné au sein de chaque ESMS, responsable :
  - de la mise en œuvre du projet de vie élaboré de manière co-construite avec l'usager et/ou son représentant légal,
  - de la coordination et de l'accompagnement au sein même de l'établissement,
  - de la communication avec la famille ou les aidants et les partenaires externes (indicateur CPOM).
- Par le développement de réflexions éthiques en s'appuyant sur l'espace éthique régional de Normandie,
- Par la définition et la mise en place de plans de formation pluriannuels adaptés à l'évolution des populations accueillies,
- Par la mise en place de plans d'actions concourant à la qualité et à la sécurité des soins : circuit du médicament, risques infectieux, nutrition…
- Par l'élaboration de plans d'actions qualité de vie au travail/prévention des risques psycho-sociaux,
- Par l'amélioration du bâti adapté au besoin du public et aux conditions de travail des équipes.

CRÉATIONS/TRANSFORMATIONS

- Augmenter la part des places créées en ESMS par transformation/requalification : 20 % (indicateur CNSA annuel).
- Réduire de 20 % par an le nombre d'adultes maintenus en ESMS enfants au titre des « amendements Creton ».
- Structuration de trois nouvelles fonctions ressources sanitaires et médico-sociales en complément de l'action des centres ressources, de référence, équipes relai existantes par mesures nouvelles, redéploiement de moyens d'ores et déjà financés par l'ARS, notamment ceux des réseaux de santé, et l'identification des ressources existantes :
  - Une fonction ressource polyhandicap et traumatisme crânien lésion cérébrale,
  - Une fonction ressource déficience sensorielle,
  - Une fonction ressource handicap psychique dont les contours seront déterminés à l'issue des travaux PTSM.
- Adaptation de l'offre afin de proposer des solutions d'accompagnement pour les enfants de 3-6 ans polyhandicapés, notamment des accompagnements à temps partiels, via l'évolution des projets d'établissements enfants et par mesures nouvelles sous réserve de l'allocation d'une délégation de crédits complémentaire (travaux en cours dans le cadre du groupe de travail polyhandicap).
- Optimisation du fonctionnement des CAMPS/CMPP et accompagnement conforme aux recommandations de bonnes pratiques HAS et ANESM.
- Création de deux dispositifs expérimentaux dans le Calvados et la Seine-Maritime pour des enfants IMC par mesures nouvelles (PRIAC 2017-2021).
- Création de places d'IME 365 j/365 :
  - L'Orne et le Calvados par redéploiement de moyens,
  - La Seine-Maritime par mesures nouvelles (PRIAC 2017-2021 – 8 places) et redéploiement de moyens.
- Expérimentation d'un projet commun conseil départemental / ARS, notamment dans le Calvados, afin de mieux accompagner les enfants en situation de handicap confiés à l'aide sociale à l'enfance en lien également avec la psychiatrie,
- Identification d'une nouvelle offre TSA par renfort éventuel de moyens dans le cadre de la mise en œuvre de l'outil de l'évolution de l'offre (PRIAC 2017-2021) et redéploiement de moyens (CPOM) :
  - IME accompagnant ou en mesure d'accompagner des enfants avec TSA prioritairement dans l'Eure, le Calvados et la Manche,
  - SESSAD TSA prioritairement en Seine-Maritime, Calvados et Manche.
- Identification d'une nouvelle offre de MAS pour personnes en situation de handicap psychique dans le Calvados et l'Orne.
- Création de places de SAMSAH :
  - Pour personnes en situation de handicap psychique dans la Manche par fongibilité asymétrique et renfort de moyens du SAMSAH spécialisé dans l'Orne par redéploiement,
  - Pour personnes avec TSA dans la Manche (PRIAC 2017-2021 – 7 places).
- Création de places de MAS (hébergement permanent) :
  - Pour personnes avec un TSA dans la Manche par fongibilité asymétrique et mesures nouvelles (PRIAC 2017-2021 – 7 places) ; Calvados par mesures nouvelles (PRIAC 2017-2021 – 6 places) et fongibilité asymétrique ; Seine-Maritime par mesures nouvelles (PRIAC 2017-2021- 10 places),
  - Pour personnes polyhandicapées et handicap rare par redéploiement, transformation et mesures nouvelles (PRIAC 2017-2021 – 39 places) dans le Calvados, la Manche et la Seine-Maritime,
  - Sur la zone déficitaire de Dieppe sous réserve de délégation d'autorisation d'engagement complémentaire.
- Création de places de FAM (hébergement permanent) dans la Manche dans le cadre de la finalisation du programme de création de places :
  - Pour personnes polyhandicapées (PRIAC 2017-2021 – 12 places),
  - Pour personnes en situation de handicap psychique (PRIAC 2017-2021 – 14 places),
  - Pour personnes avec autisme (PRIAC 2017-2021 – 16 places).

- Renforcement de l'encadrement :
  - Au sein d'établissements accueillant des enfants polyhandicapés (Établissements pour enfants et adolescents polyhandicapés (EEAP) IME, IEM) et des adultes (notamment les MAS) identifiés. Renfort en personnel paramédical et infirmier, permettant d'assurer notamment une présence 24H/24 – PRIAC 2017-2021,
  - Au sein des établissements et services accueillant des personnes avec TSA dans le cadre de la mise en œuvre de l'outil d'amélioration de la qualité des accompagnements (PRIAC 2017-2021).
- Développement d'équipes mobiles d'appui sanitaires (psychiatrie) vers le médico-social y compris pour les personnes présentant un TSA.
- Identifier des unités d'hospitalisation TED.
- Repérage de 100 % des personnes originaires de Normandie accueillies en Belgique afin de vérifier leur souhait de prise en charge et d'organiser, pour ce qui concerne l'ARS, et pour les personnes et leurs familles qui le souhaitent une réponse alternative mieux adaptée.

LEVIER(S) MOBILISÉ(S)

- ☑ CPOM
- ☑ PRIAC
- ☑ Appels à projets et à candidature
- ☑ Fongibilité asymétrique

REPÉRAGE/DÉPISTAGE/DIAGNOSTIC (ENFANTS ET ADULTES) ET INTERVENTIONS PRÉCOCES

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

- Repérage et dépistage insuffisant des enfants présentant des troubles notamment du neuro-développement.
- Parcours d'adressage non clarifiés en cas de suspicion.
- Longs délais d'attente pour accéder au diagnostic, notamment TSA, engendrant la pose de diagnostic tardif et des retards dans la mise en œuvre de compensations. Le diagnostic cécité se fait dès la maternité mais le diagnostic malvoyance est plus tardif. La précocité du diagnostic est contrariée par l'insuffisance d'ophtalmologiste formé à la basse vision.
- Fréquence des dépistages et diagnostic tout au long de la vie pour les troubles acquis à améliorer.
- Montée en compétence des acteurs de première ligne en charge du diagnostic conforme aux RBPP à poursuivre.
- Une absence de gradation structurée de l'accès au diagnostic sur certains territoires.
- Lorsqu'un diagnostic est établi, des difficultés d'orientation vers les équipes susceptibles de mettre en œuvre et de coordonner les interventions précoces, interventions proposées insuffisamment intensives.
- Des familles insuffisamment considérées comme co-actrices et déficit d'accompagnement et de guidance parental.

RÉFÉRENCE AUX OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU SRS CONCERNÉS

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°6	Permettre l'accès des personnes en situation de handicap aux programmes de prévention, promotion de la santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°9	Garantir l'équité en santé selon le principe d'universalisme proportionné
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°10	Organiser une stratégie ciblée vers les plus vulnérables
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°11	Rendre l'usager acteur de sa santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°12	Accompagner les aidants
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°16	Garantir à l'usager l'accès à une offre de services en santé de proximité à chaque étape de son parcours de vie, tout en conciliant qualité et sécurité
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°17	Organiser graduellement l'accessibilité à une offre de santé complémentaire adossée à l'offre de proximité
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 22	Assurer la formation des professionnels en cohérence avec les besoins de santé des usagers
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 31	Garantir la fluidité des parcours par la transformation
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 32	Garantir la fluidité des parcours par des modalités d'intervention coordonnées des acteurs

OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS

ORGANISER LE REPÉRAGE, LE DÉPISTAGE ET L'ACCÈS AU DIAGNOSTIC DE MANIÈRE FONCTIONNELLE, COORDONNÉE, ET GRADUÉE :

- Impliquer les familles dans le repérage d'une difficulté et la suspicion d'un trouble,
- Augmenter le nombre d'acteurs susceptibles de poser un diagnostic en lien avec la structuration de son accès gradué,
- Identifier, sensibiliser et former les acteurs du repérage et du dépistage en s'appuyant sur les centres experts, ressources et de référence,
- Structurer l'accès gradué au diagnostic et à l'évaluation fonctionnelle suivant 3 niveaux de diagnostics dans le respect de la logique de subsidiarité :
  - Niveau 1 : diagnostic par tout professionnel de santé (« diagnostics simples »),
  - Niveau 2 : diagnostic par une équipe spécialisée disposant d'outils spécifiques,
  - Niveau 3 : diagnostic nécessitant expertise sur des situations « très complexes ».

STRUCTURER ET RENFORCER LES INTERVENTIONS PRÉCOCES :

- Mettre en place une organisation fonctionnelle coordonnée permettant une continuité, voire une concomitance entre le repérage, le diagnostic et les interventions précoces,
- Identifier les structures médico-sociales et sanitaires (CAMSP, CMPP, CMP, HDJ, SESSAD, IME…) organisées en équipes coordonnées d'intervention précoces associant les familles (co-acteur) au projet et proposant des interventions en milieu ordinaire de vie (crèche, école…) et au domicile (guidance parentale),
- Faciliter l'accès aux équipes spécialisées dans les interventions précoces notamment hors notification de la MDPH,
- Former des professionnels aux techniques et méthodes d'interventions précoces conformes aux RBPP,
- Poursuivre le déploiement d'UEM autisme dans le cadre de redéploiement de moyens (cf. « Développement de réponses inclusives »).

AMÉLIORER L'ACCOMPAGNEMENT DES PARENTS DÈS LE REPÉRAGE ET L'ÉVOCATION D'UN DIAGNOSTIC ET LES ASSOCIER AU PROJET PERSONNALISÉ D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOIN DE LEUR ENFANT :

- Par la reconnaissance des parents comme des acteurs à part entière du parcours,
- Par la prise en compte de leurs compétences pour le repérage des difficultés, l'accompagnement, les remédiations, les adaptations de l'environnement,
- Par leur association dans le cadre de la procédure diagnostic,
- Par la mise en place de dispositifs d'annonce intégrant la remise d'un diagnostic écrit comprenant une synthèse des différents bilans réalisés, une évaluation fonctionnelle, des préconisations d'intervention ainsi que des informations sur leurs droits, les associations, les ressources locales, les troubles de l'enfant,
- Par le recueil du consentement éclairé des parents sur la prise en charge envisagée,
- Par la mise en place d'une guidance parentale tout au long du parcours de l'enfant qui repose sur trois types d'action : accompagner les parents vers une meilleure compréhension du fonctionnement de leur enfant et des techniques à mettre en place ; valoriser, renforcer et faire émerger les compétences éducatives parentales à mêmes de s'ajuster au handicap et de stimuler au plus près l'enfant ; favoriser des espaces de paroles (individuels ou collectifs) pour les membres de la famille (parents, fratrie, autres membres…) qui en expriment le souhait et le besoin.

CRÉATIONS/TRANSFORMATIONS

- Consolidation des 3 niveaux de diagnostics TSA via :
  - L'identification et la formation des acteurs sanitaires et médico-sociaux de 1er niveau,
  - L'identification d'équipes de 2e niveau, sanitaires et médico-sociales, dans les départements 14, 50 et 61 en complément de celles identifiées en 76 et 27,
  - Recentrer les équipes de diagnostics enfants des CRA sur les situations complexes, notamment le CRABN, en lien avec l'identification des 2 premiers niveaux de diagnostics,
  - L'identification d'une équipe de diagnostic « adultes » rattachée au CRABN en complément de celle rattachée au CRAHN.
- Développement de réponses en termes d'interventions précoces TSA via :
  - La création d'équipes/plateformes d'interventions précoces sanitaires et/ou médico-sociales autisme par mesures nouvelles dans la Manche et l'Orne (PRIAC 2017-2021) et adaptation de l'offre existante,
  - Poursuite de création d'UEM, notamment autisme (par redéploiement),
- Identification de 3 niveaux de diagnostics et d'accompagnement TSLA en conformité avec le guide HAS (décembre 2017).

LEVIER(S) MOBILISÉ(S)

- ☑ CPOM
- ☑ Appels à projets, appels à candidatures, labellisation
- ☑ PRIAC

DÉVELOPPER DES RÉPONSES INCLUSIVES

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

ENFANTS ET ADOLESCENTS

- La part des services pour les enfants et adolescents représente au niveau régional 30,5 % de l'offre globale avec un écart de plus de 16 points entre départements (Manche : 38,5 %, Calvados : 33,5 %, Eure : 32,9 %, Seine-Maritime : 27,2 %, Orne : 24,2 %).

Ces données doivent être croisées avec les taux d'équipements pour 1 000 enfants de 0 à 20 ans notamment à l'échelle des départements :

- SESSAD (tout type de handicap) : 3,4 ‰ en Normandie, Orne : 4,7 ‰, Manche : 4,4 ‰, Calvados : 4,1 ‰, Seine-Maritime : 3,3 ‰, et Eure : 3,2 ‰.
- Établissements pour enfants (tous types de handicap) : 8,5 ‰ en Normandie, Orne : 14,6 ‰, Seine-Maritime : 8,8 ‰, Calvados : 8,1 ‰, Manche : 7,1 ‰, Eure : 6,5 ‰.
- À noter des inégalités infra-territoriales en termes d'hébergement temporaire, accueil de jour et accueil séquentiel.
- La part des élèves en situation de handicap dans le 1er et 2nd degrés en Normandie est de :
  - 2,5 % dans le 1er degré (France : 2,1 %) – Académie de Caen : 2,9 % et Académie de Rouen : 2,3 %
  - 2,1 % dans le 2nd degré (France : 2,3 %) – Académie de Caen : 2,4 % et Académie de Rouen : 1,9 %

Cette part a progressé en Normandie entre 2010 et 2017.

- Lancement du plan de transformation « Permettre à l'école de la République d'être pleinement inclusive ».
- La Normandie compte 54 unités d'enseignement externalisées (dont les unités d'enseignement en maternelle créées dans le cadre du 3e plan autisme). 44 % des établissements médico-sociaux enfants normands comptent une UEE ou UEM (112 % dans la Manche, 40 % en Seine-Maritime, 39 % dans le Calvados, 37 % dans l'Orne et 10 % dans l'Eure).
- 100 % des ITEP fonctionnent en « Dispositif ITEP ».
- 37,8 % des SESSAD accompagnent entre 1,3 et 1,8 enfant ou adolescent par place installée ; 60,8 % < 1,3 et 1,4 % > 1,8.
- La part des places en AJ, HT, accueil séquentiel représente 20,4 % de l'offre globale adulte (médicalisée et non médicalisée) avec un écart de plus de 18 points entre départements (Seine-Maritime : 27,9 %, Manche : 21,6 %, Calvados : 20,4 %, Eure : 11,4 %, Orne : 9,8 %).

ADULTES

- La part des services adultes (SAVS, SAMSAH) sur l'offre d'hébergement adultes (foyers de vie, occupationnel et d'hébergement) est de 39,7 % en Normandie (Calvados : 47,4 %, Seine-Maritime : 44,1 %, Eure : 38,8 %, Orne : 33,7 %, Manche : 28,6 %).
- 20 % des SAMSAH accompagnent de 1,3 à 1,8 adultes par place installée, 25 % > 1,8 et 55 % <1,3.
- Nécessité d'améliorer l'accès à l'habitat inclusif et au milieu ordinaire de travail des personnes en situation de handicap.

RÉFÉRENCE AUX OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU SRS CONCERNÉS

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°6	Permettre l'accès des personnes en situation de handicap aux programmes de prévention, promotion de la santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°9	Garantir l'équité en santé selon le principe d'universalisme proportionné
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°10	Organiser une stratégie ciblée vers les plus vulnérables
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°11	Rendre l'usager acteur de sa santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°12	Accompagner les aidants
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°16	Garantir à l'usager l'accès à une offre de services en santé de proximité à chaque étape de son parcours de vie, tout en conciliant qualité et sécurité
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°17	Organiser graduellement l'accessibilité à une offre de santé complémentaire adossée à l'offre de proximité
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°22	Assurer la formation des professionnels en cohérence avec les besoins de santé des usagers
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°29	Promouvoir des lieux de vie favorables à la santé et contribuer à renforcer l'inclusion et le maintien en milieu ordinaire
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°31	Garantir la fluidité des parcours par la transformation
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°32	Garantir la fluidité des parcours par des modalités d'intervention coordonnées des acteurs

OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS

RENFORCER L'OFFRE D'ACCOMPAGNEMENT MÉDICO-SOCIALE ET SANITAIRE EN MILIEU DE VIE ORDINAIRE :

- Par le développement de réponses souples, modulaires et coopératives en milieu de vie ordinaire et garantissant l'articulation entre les différentes prestations d'aides, de soins, d'accompagnement et d'inclusion dans la cité (ex. externalisation des prestations des ESMS dans les lieux de vie tel que le domicile, l'école, les structures de loisirs…, transformation des ESMS en plateforme de services et de ressources d'accompagnement des élèves en situation de handicap, l'expérimentation « d'IME hors les murs », de « DIME »- Dispositifs intégré IME, le développement de l'accueil temporaire, séquentiel, d'urgence, de transition…).
- En permettant l'accès des personnes en situation de handicap vivant à domicile à des prestations mises en place par les établissements médico-sociaux (ex. accès aux salles multi sensorielles).
- Par le renfort de la part de l'offre de services de SESSAD par transformation de l'offre existante. Une priorité sera portée sur la création de places de SESSAD généralistes, articulés avec les fonctions ressources, et de places de SESSAD TSA au regard des disparités territoriales (cf. fiche « accompagnement adapté en structures médico-sociales »).
- Par l'amélioration et l'optimisation des prestations des services médico-sociaux enfants et adultes :

  - Élaboration et diffusion de référentiels de bonnes pratiques favorisant également les articulations entre SESSAD, SAVS/SAMSAH, SAAD/SSIAD/SAVS/ SPASAD,
  - Par le passage d'une logique de place à une logique de réponse des SESSAD et SAMSAH se traduisant par l'accompagnement de 1,3 à 1,8 personnes (hors fonctions ressources) dans l'année pour une place autorisée (cible déterminée dans le CPOM).

RENFORCER LA SCOLARISATION ET L'ACCÈS AUX ÉTUDES SUPÉRIEURES :

- En augmentant le taux de scolarisation à l'école des enfants accompagnés en établissements spécialisés (50 % d'ici 2020 et 80 % au terme du PRS).

- En externalisant les prestations des établissements médico-sociaux en faveur du virage inclusif et de la scolarisation en milieu de vie ordinaire et dès la petite enfance :
  - Poursuite de l'externalisation des unités d'enseignements y compris des unités d'enseignement en maternelle,
  - Développement de prestations « hors les murs » des établissements médico-sociaux et sanitaires dans les établissements scolaires et dans le lieu de vie de l'enfant en lien avec les parents (ex. crèche, école, domicile, centre de loisirs…).
- En organisant l'appui par les fonctions ressources sanitaires et médico-sociales aux professionnels de l'Éducation nationale (enseignants, professionnels de santé) via notamment des formations intersectorielles et pluridisciplinaires, la participation des ESMS aux pôles ressources des circonscriptions afin d'améliorer la prévention et les accompagnements.
- En favorisant la prise en compte des besoins spécifiques des publics (adaptations pédagogiques, orientation scolaire assouplie dans le cadre du DITEP, protocole de scolarisation dans le cadre du plan autisme, pôle éducatif jeunes sourds...) en lien avec les fonctions ressources.
- En améliorant la personnalisation des parcours via la co-construction des parcours avec l'élève et ses représentants légaux, l'étudiant dans le cadre des projets personnalisés de scolarisation et projets d'accompagnement personnalisés.
- En organisant des accompagnements médico-sociaux favorisant le maintien en formation initiale sous statut scolaire (dont apprentissage), l'accès aux formations qualifiantes notamment dans le cadre du déploiement du plan de création d'ULILS lycée.
- Par un accompagnement des SESSAD, SAMSAH et SAVS articulé avec les acteurs accompagnant les étudiants en situation de handicap.

STRUCTURER L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE ET SANITAIRE EN LIEN AVEC L'OFFRE SOCIALE, AFIN DE FAVORISER L'INSERTION PROFESSIONNELLE DANS UNE VISÉE INCLUSIVE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP (DÈS 16 ANS) :

- En structurant des pôles de compétences et de prestations pour l'insertion professionnelle intégrant tous les acteurs de l'insertion et des secteurs sociaux et médico sociaux que sont notamment : le Service public de l'emploi (Cap emploi, pôle emploi, missions locales, SAMETH…), les ESMS adultes (ESAT, SAMSAH, SAVS, articulation avec les GEM) les entreprises adaptées, les ESMS enfants/adolescents (IMPRO, ITEP, SESSAD), les acteurs de la formation professionnelle (ex. AFPA, CRP, chantiers d'insertion...), les employeurs publics et privés… afin de diversifier les trajectoires professionnelles par :
  - Un meilleur accompagnement des transitions éducation/emploi en privilégiant tant que possible l'accès au milieu ordinaire (renforcement de l'évaluation, travail sur les trajectoires, élargissement de l'offre d'accompagnement, mobilisation accrue de l'alternance et des outils mobilisables tels que la reconnaissance des acquis, la formation, les mises en situation professionnelles et les mises à disposition auprès des entreprises adaptées ou le milieu ordinaire de travail…),
  - Le développement des passerelles entre milieu d'insertion protégé/adapté/ordinaire.
  - La structuration d'un accompagnement visant le maintien dans l'emploi.
  - L'accompagnement adapté et intégré de publics confrontés à des difficultés spécifiques via la mutualisation et l'optimisation de l'offre existante : jeunes et séniors handicapés, personnes en situation de handicap psychique, de troubles du spectre de l'autisme, personnes traumatisées crâniennes cérébrolésées… en lien avec les fonctions ressources. Pour les personnes en situation de handicap psychique, contribution de l'offre de réhabilitation psychosociale à l'évaluation pour construire le projet professionnel.
  - Le rapprochement des projets de services du secteur enfance et adultes afin de développer l'autonomie et engager au plus tôt, dans le processus de formation, des parcours professionnalisants voire qualifiants.
  - La mise à disposition des charges d'insertion au fonctionnement des pôles.
  - Le renforcement et le partage des plateaux techniques, entre structures et entre les âges, et la mutualisation de terrains de stage pour élargir les choix professionnels.
  - Le renforcement de la sensibilisation et de l'accompagnement des employeurs et des collaborateurs.
  - La mobilisation de l'ensemble des prestations de droit commun et le développement du dispositif emploi accompagné par mesures nouvelles (dans la limite des crédits alloués par le national).
- En optimisant le taux d'occupation des ESAT et en favorisant les temps partiels et séquentiels en passant d'une logique de places à une logique d'effectif réel mobilisé.

- En améliorant le nombre de sorties d'ESAT en milieu ordinaire ou adapté de travail. Une cible comprise entre 4 à 5 % des effectifs sera fixée dans le cadre des CPOM (indicateur CPOM).
- En diversifiant l'offre de réadaptation professionnelle et les modalités de mise en œuvre des prestations en lien avec le Conseil régional et notamment :
  - Ajuster la répartition de l'offre territoriale afin de mieux répondre aux besoins,
  - Développer les interventions hors les murs des CRP pour mieux répondre en proximité et favoriser l'accès au droit commun.

CONTRIBUER AU DÉVELOPPEMENT D'UNE RÉPONSE D'HABITAT INCLUSIF POUR LES ADULTES EN SITUATION DE HANDICAP :

- Par l'externalisation des prestations des établissements médico-sociaux médicalisés.
- Par une programmation partagée de l'offre de logement avec les bailleurs, EPCI, DREAL et de l'accompagnement avec les Départements et les DRJSCS/DDCS.
- Par la sensibilisation des acteurs du logement à l'adaptation du logement aux spécificités du handicap et du vieillissement.
- Par le développement et les usages des applications mobiles (domotique).

AMÉLIORER LES CONDITIONS DE VIE, L'INCLUSION SOCIALE ET CITOYENNE :

- Par le développement de l'accès aux loisirs : sport, culture… dans le cadre des projets d'établissements.
- Par la création de nouveaux groupes d'entraide mutuelle.
- Par un accès facilité aux transports.
- En luttant contre la stigmatisation.

CRÉATIONS/TRANSFORMATIONS

- Augmentation de la part des services : 50 % de l'offre totale via :
  - Notamment l'augmentation de la part de SESSAD créés par transformation de l'offre existante,
  - Mais également externalisation des prestations des établissements en milieu ordinaire de vie (non quantifiable en places – indicateur à définir ex. montant consacré à des prestations exercées en milieu de vie ordinaire défini dans le CPOM).
- Par le passage d'une logique de place à une logique de réponse des SESSAD et SAMSAH de 1,3 à 1,8 personnes (hors fonctions ressources) dans l'année pour une place autorisée (cible déterminée dans le CPOM).
- Externalisation des unités d'enseignement – cible : 80 % des IME, IEM et ITEP doivent disposer d'au moins une UEE et/ou UEM et/ou d'un dispositif innovant d'inclusion scolaire.
- Augmentation du taux de scolarisation à l'école des enfants accompagnés en établissements spécialisés : 50 % d'ici à 2020 et 80 % au terme du PRS.
- 100 % des nouveaux dispositifs médico-sociaux autorisés (par appels à projets ou transformation de l'offre) devront comporter une offre majoritairement orientée vers l'école ordinaire.
- Maintien de la cible des ITEP fonctionnant en « Dispositif ITEP » et optimisation du fonctionnement – remplissage des indicateurs prévus par la convention régionale relative au dispositif intégré et détermination d'indicateurs d'activité dans le cadre du CPOM.
- Création d'au moins 6 « ESAT de transition » de niveau 2 pour personnes en situation de handicap psychique par l'adaptation de l'offre.
- Installation d'au moins 6 pôles de compétences et prestations en faveur de l'insertion professionnelle.
- Optimisation des taux d'occupation des ESAT (indicateur CPOM) et des sorties en milieu ordinaire ou adapté de travail (indicateur CPOM fixé dans une fourchette de 4 à 5 % de l'effectif total/an).
- Développement de réponse d'hébergement temporaire et d'accueil de jour en FAM/MAS, d'accueil séquentiel, d'urgence enfants et adultes par adaptation, transformation de l'offre et mesures nouvelles (PRIAC 2017- 2021- 13 places adultes dans le Calvados, la Manche, l'Eure et la Seine-Maritime ; 2 places enfants ouvertes 365 jours par an dans le Calvados).
- Renfort des moyens des PCPE par mesures nouvelles (PRIAC), ou mobilisation de crédits FIR sous réserve de crédits disponibles.

LEVIER(S) MOBILISÉ(S)

- ☑ CPOM
- ☑ Appels à projets et à candidature
- ☑ PRIAC

PAIR AIDANCE, SOUTIEN, GUIDANCE ET ACCOMPAGNEMENT DES AIDANTS

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

- Une personne sur 10 de 16 ans ou plus aide de façon régulière et à domicile une ou plusieurs personnes de son entourage pour des raisons de santé, en perte d'autonomie ou en situation de handicap (DREES).
- 88 % des aidants disent ressentir une charge lourde, éprouver un sentiment de solitude et 75 % se sentent anxieux, stressés ou surmenés (INSEE).
- Manque de reconnaissance et déficit d'évaluation et de prise en compte des besoins spécifiques des aidants.
- Difficulté de conciliation entre vie familiale et professionnelle et insuffisante prise en compte des enjeux de parentalité.
- Vieillissement des personnes handicapées à domicile et vieillissement des aidants familiaux.
- Offre de répit incomplète (mobilisation du répit en établissement, création récente en Normandie d'une offre de répit pour les aidants des personnes avec un trouble du spectre de l'autisme, lisibilité à améliorer).

RÉFÉRENCE AUX OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU SRS CONCERNÉS

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°11 Rendre l'usager acteur de sa santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°12 Accompagner les aidants
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 22 Assurer la formation des professionnels en cohérence avec les besoins de santé des usagers

OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS

SOUTENIR LES AIDANTS

RECONNAÎTRE L'EXPERTISE D'USAGE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP ET DES AIDANTS

RENFORCER LA PAIR AIDANCE ENTRE PERSONNES :

- Par la consolidation des GEM et leurs missions en conformité avec le cahier des charges national,
- En permettant l'accès à des formations de pairs accompagnants.

CRÉATIONS/TRANSFORMATIONS

- Adaptation de l'offre afin de créer des plateformes de répit :
  - Renfort de l'offre de répit existante par mesures nouvelles (PRIAC 2017-2021) et adaptation de l'offre (mobilisation des places d'hébergement temporaire et d'accueil de jour),
  - Ouverture à tout aidant de personnes en situation de handicap par mesures nouvelles.
- Création de GEM :
  - 1 GEM à Lisieux pour personnes en situation de handicap psychique en 2017,
  - 1 GEM à Rouen pour personnes traumatisées crâniennes cérébro-lésées en 2018,
  - 1 GEM à Elbeuf pour personnes en situation de handicap psychique en 2019.

Et création d'au moins 5 GEM supplémentaires sous réserve de délégation de crédits complémentaires alloués par le national.

LEVIER(S) MOBILISÉ(S)

- ☑ CPOM
- ☑ Réflexion dans le cadre de la RAPT en lien avec la commission des droits des usagers et la CNH
- ☑ Conventions avec les GEM
- ☑ AAP, AAC

MAINTIEN À DOMICILE DES PERSONNES ÂGÉES FRAGILES

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

- Une augmentation du nombre de personnes de plus de 75 ans, considérées comme potentiellement fragiles, dans tous les territoires, avec une proportion de personnes âgées de plus de 75 ans plus marquée dans la Manche, l'Orne et dans des territoires infra départementaux comme l'est de la Seine-Maritime notamment Gournay en Bray et le Deauvillais dans le Calvados,
- Une augmentation de la prévalence des syndromes démentiels (la prévalence augmente avec l'âge, elle passe de 5 % chez les plus de 65 ans à 20 % chez ceux de + de 80 ans),
- Une animation territoriale favorisant l'évolution de l'offre et des services en faveur du maintien à domicile, avec le déploiement des MAIA,
- Un vieillissement des aidants familiaux,
- Un déficit de professionnels de premier recours,
- Un maillage territorial complet des services d'aide et de soins infirmiers à domicile (130 SSIAD dont 18 SPASAD expérimentaux) mais des taux d'équipement qui varient selon les départements,
- Une hétérogénéité des pratiques professionnelles des SSIAD : manque de coordination/collaboration avec les partenaires, critères d'inclusion non harmonisés et d'exclusion non recevables, manque de turn-over, constat d'un nombre de personnes accompagnées par place très hétérogène (de 1,9 dans le Calvados à 3,6 en Seine-Maritime),
- SSIAD : plus de 26 % des SSIAD accompagnent plus de 3,1 personnes par place installée,
- Un déploiement d'expérimentations de temps de psychologue à hauteur de 4 ETP répartis sur les 5 départements et des SPASAD intégrés (18 en région déployés dans le cadre de CPOM signés en 2017),
- Un maillage de la région en équipes spécialisées Alzheimer (25 ESA, soit 250 places), extension de places programmées en ex Basse-Normandie,
- Des équipes mobiles d'évaluation à domicile déployées principalement en ex Haute-Normandie (expérimentation EMED : Gisors, Bernay, Évreux, Elbeuf, Le Havre, Rouen, Fécamp, expérimentation PAERPA dans le territoire du Bessin Pré-Bocage),
- Une offre de services de répit inégalement répartie à l'échelle de la région et des départements (hébergement temporaire, accueil d'urgence, de jour, de nuit, balluchonnage/relayage...),
- Prévalence de la dénutrition estimée en institution entre 15 et 38 % (traité de nutrition de la personne âgée 2009),
- Une offre de prévention encore insuffisamment développée.

RÉFÉRENCE AUX OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU SRS CONCERNÉS

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°5 Prévenir la perte d'autonomie dans une stratégie de « bien vieillir »
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°11 Rendre l'usager acteur de sa santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°12 Accompagner les aidants
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°16 Garantir à l'usager l'accès à une offre en santé de proximité à chaque étape de son parcours de vie, tout en conciliant qualité et sécurité
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°17 Organiser graduellement l'accessibilité à une offre de santé complémentaire adossée à l'offre de proximité
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°21 Assurer une démarche d'amélioration continue de la sécurité et de la qualité des services et interventions en santé
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°22 Assurer la formation des professionnels en cohérence avec les besoins de santé des usagers
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°23 Renforcer l'attention à la qualité de vie et la sécurité au travail des professionnels
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°29 Contribuer à renforcer l'inclusion et le maintien en milieu ordinaire
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°31 Garantir la fluidité des parcours par la transformation
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°32 Garantir la fluidité des parcours par des modalités d'intervention coordonnées des acteurs

OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS

RENFORCER LA DÉMARCHE D'INTÉGRATION AFIN DE FAIRE ÉVOLUER L'OFFRE DE SERVICES ET LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES, MOBILISER L'ENSEMBLE DES PROFESSIONNELS INTERVENANT AUPRÈS DE LA PERSONNE ÂGÉE À DOMICILE

- Par le renforcement du rôle des pilotes MAIA (méthode d'intégration) en tant qu'animateur de l'évolution de l'offre et des pratiques,
- Par la mise en cohérence des dispositifs de coordination autour de la personne âgée via la mise en place dans chaque territoire MAIA des guichets intégrés : services sociaux départementaux : CLIC/gestion de cas articulés avec les PTA,

FACILITER L'ACCÈS AUX SOINS DE PREMIER RECOURS (cf. objectif spécifique 16 / conséquence sur les acteurs « offre de soins de premier et de deuxième recours »)

ORGANISER LES ÉVALUATIONS MULTIDIMENSIONNELLES À DOMICILE

- En garantissant le recours, dans chaque territoire MAIA, à une évaluation multidimensionnelle à domicile (expertise gériatrique) intervenant en complémentarité avec les professionnels du premier recours et les professionnels du médico-social et du social,
- Par le développement des articulations entre les intervenants à domicile (SSIAD/SPASAD, équipe mobiles d'évaluation) et les équipes mobiles sanitaires (gériatrique, soins palliatifs, psychiatrique).

RENFORCER L'OFFRE D'ACCOMPAGNEMENT MÉDICO-SOCIAL ET SANITAIRE À DOMICILE (SSIAD/SPASAD/HAD)

- Par la diffusion du référentiel de bonnes pratiques en SSIAD/SPASAD, enjeu d'articulation entre SAAD/SSIAD/SPASAD/IDEL/HAD facilitant les relais,
- Par de la souplesse et des dérogations au niveau des territoires d'intervention SSIAD,
- Par le décloisonnement des SSIAD/SPASAD et des établissements de santé,
- Par la formation aux spécificités des MND, des personnes en grande précarité, en situation de handicap et de polyhandicap.

STRUCTURER, DIVERSIFIER, OPTIMISER L'OFFRE DE SERVICES CONTRIBUANT AU MAINTIEN À DOMICILE : ACCUEIL DE JOUR, HÉBERGEMENT TEMPORAIRE, SSIAD NUIT, EHPAD HORS LES MURS…

- Par une transformation de l'offre en tenant compte des caractéristiques en termes d'équipements de chaque territoire MAIA, une offre de services complète et efficiente (hébergement temporaire, hébergement temporaire d'urgences, accueil de nuit, accueil de jour…),
- Par la montée en compétence des professionnels des ESMS avec l'appui des centres experts et centres ressources.

RENFORCER LE SOUTIEN DES AIDANTS (repérage, informations, dispositifs de répit) (cf. objectifs spécifiques 11 – 12 – 29)

METTRE EN PLACE UNE POLITIQUE DE PROMOTION DE LA SANTÉ (cf. objectifs spécifiques 5 -16)

AMÉLIORER LA QUALITÉ ET LES CONDITIONS D'ACCUEIL DU PUBLIC AU SEIN DES ÉTABLISSEMENTS ET LES CONDITIONS DE TRAVAIL DES ÉQUIPES

- Par le développement de réflexions éthiques en s'appuyant sur l'espace éthique régional Normand,
- Par la définition et la mise en place de plans de formation pluriannuels adaptés à l'évolution des populations accueillies : maladies neurodégénératives, soins palliatifs et au handicap notamment le polyhandicap,
- Par la mise en place de plans d'actions concourant à la qualité et à la sécurité des soins : circuit du médicament, risques infectieux, nutrition...
- Par l'élaboration de plan d'actions qualité de vie au travail / prévention des risques psycho-sociaux.

CRÉATIONS/TRANSFORMATIONS

GARANTIR LE RECOURS À DES ÉVALUATIONS MULTIDIMENSIONNELLES, MÉDICO-PSYCHOSOCIALES INCLUANT DES ÉVALUATIONS GÉRONTOLOGIQUES STANDARDISÉES À DOMICILE ASSURÉES PAR DES DISPOSITIFS DE TYPE EMED SUR TOUS LES TERRITOIRES MAIA : (organisation et partenariat à ajuster selon les territoires)

Territoires ciblés : l'Orne, la Manche, le Calvados (hors Bessin-Prébocage), et la Seine-Maritime (Pays de Bray)

RENFORCER, OPTIMISER ET DIVERSIFIER L'OFFRE DE SERVICES SUR CHAQUE TERRITOIRE MAIA :

- Augmenter la part de services dans les départements qui disposent d'un taux d'équipement en HP plus élevé par rapport à la moyenne régionale et nationale permettant de créer de l'offre de services (AJ, HT, SSIAD) par transformation : Orne et Calvados, Eure.
- Concernant les accueils de jour :
  - taux d'occupation entre 70 % et 80 %
  - 260 jours d'ouverture/an pour une place soit une activité minimum de 208 jours/an/place,
  - un projet de service intégrant la prévention, des prestations pour les aidants,
  - En cas de sous activité récurrente, l'offre pourra faire l'objet de transformation,
  - Regroupement des AJ qui n'atteignent pas le seuil règlementaire, création par transformation et/ou mesure nouvelle sous réserve de nouvelles autorisations d'engagement réservées pour réduire les inégalités territoriales,
  - Finalisation des installations inscrites au PRIAC 2017/2021 : Manche 11 places.

■ Concernant l'hébergement temporaire :

- taux d'occupation entre 70 % et 75 %,
- durée maximum de séjour de 90 jours/an,
- En cas de sous-activité récurrente, l'offre pourra faire l'objet de transformation, en privilégiant l'urgence,
- Création par transformation et/ou mesure nouvelle sous réserve de nouvelles autorisations d'engagement. Ces dernières seront mobilisées pour réduire les inégalités territoriales,
- Projet de service orienté vers le domicile et intégrant l'évaluation et la prévention,
- Finalisation des installations inscrites au PRIAC 2017/2021 : Manche (13 places), Eure (3 places).

■ Concernant les SSIAD/ESA :

- Passer d'une logique de place à une logique de file active (2,8 à 3,1) cible à déterminer dans les CPOM,
- Renforcer l'offre par d'éventuelles mesures nouvelles notifiées ou par redéploiement de crédits de places d'HP dans les territoires où l'équipement d'HP est supérieur à la moyenne régionale et l'équipement en SSIAD inférieur à la moyenne régionale,
- Finalisation des installations inscrites au PRIAC 2017/2021 : Eure (6 places), Ex Basse-Normandie (20 places d'ESA).

■ Concernant les plateformes de répit (PFR) :

- Création de PFR par mesures nouvelles sous réserve de délégation de crédits et/ou par transformation de l'offre sanitaire et médico-sociale pour équiper chaque territoire MAIA,
- Territoires ciblés : sud Manche, centre Orne, Vexin Seine Normandie (Eure), Caen-Couronne et Falaise Bocage (Calvados), Dieppe (Seine Maritime).

LEVIER(S) MOBILISÉ(S)

☑ CPOM
☑ PRIAC
☑ Appel à candidature
☑ Fongibilité asymétrique

ACCOMPAGNEMENTS ADAPTÉS À L'ÉVOLUTION DES POPULATIONS ACCUEILLIES EN EHPAD (HÉBERGEMENT PERMANENT)

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

- Une augmentation du nombre de personnes de plus de 75 ans, considérées comme potentiellement fragiles, dans tous les territoires avec une proportion de personnes âgées de plus de 75 ans plus marquée dans la Manche, l'Orne et dans des territoires infra départementaux comme l'Est de la Seine-Maritime notamment, Gournay en Bray, ou le Deauvillais dans le Calvados.
- Une augmentation de la prévalence des syndromes démentiels : la prévalence augmente avec l'âge, elle passe de 5 % chez les plus de 65 ans à 20 % chez ceux de plus de 80 ans.
- Un taux d'équipement en places d'hébergement permanent en EHPAD supérieur à la moyenne nationale (111,01 places pour 1 000 habitants de plus de 75 ans, France : 100,4 au 1er janvier 2015) mais des disparités entre les départements : la Seine-Maritime, la Manche et l'Eure sont moins équipés.
- Taux de chambres non individuelles en EHPAD : 21 % des EHPAD ont un taux de chambre à plusieurs lits supérieur à 10 %. 7,2 % des chambres en EHPAD sont des chambres à plusieurs lits (données ANAP).
- Une déclinaison du Plan national maladies neurodégénératives (PNMD) entraînant un déploiement de structures spécifiques pour les personnes présentant des troubles du comportement de type PASA, UHR.
- Taux d'absentéisme en EHPAD (données ANAP) : 42,21 % des EHPAD enregistrent un taux d'absentéisme supérieur à 10 %, avec des disparités très marquées entre les départements.
- Des interventions des équipes mobiles (gériatriques, psychiatriques, soins palliatifs) dans les ESMS inégalement développées suivant les territoires.
- Une sous-utilisation de la télémédecine par les professionnels.

RÉFÉRENCE AUX OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU SRS CONCERNÉS

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°5 Prévenir la perte d'autonomie dans une stratégie de « bien vieillir »

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°10 Organiser une stratégie ciblée vers les plus vulnérables

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°11 Rendre l'usager acteur de sa santé

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°12 Accompagner les aidants

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°16 Garantir à l'usager l'accès à une offre en santé de proximité à chaque étape de son parcours de vie, tout en conciliant qualité et sécurité

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°17 Organiser graduellement l'accessibilité à une offre de santé complémentaire adossée à l'offre de proximité

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°21 Assurer une démarche d'amélioration continue de la sécurité et de la qualité des services et interventions en santé

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°22 Assurer la formation des professionnels en cohérence avec les besoins de santé des usagers

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°23 Renforcer l'attention à la qualité de vie et la sécurité au travail des professionnels

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°24 Assurer le déploiement de l'innovation technique et technologique : de la télémédecine à l'e-santé et notamment le développement de nouvelles applications en santé

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°26 Favoriser l'innovation à la fois en termes d'organisation et de pratiques professionnelles : développement des coopérations et du partage de compétences

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°31 Garantir la fluidité des parcours par la transformation

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°32 Garantir la fluidité des parcours par des modalités d'intervention coordonnées des acteurs

OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS

ADAPTER L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE ET SANITAIRE DE PROXIMITÉ AUX BESOINS DES TERRITOIRES

- Restructurer et ouvrir les EHPAD pour non seulement couvrir les besoins d'hébergement mais également appuyer le maintien à domicile (concept de plateformes territoriales de services),
- Recomposer l'offre en favorisant des regroupements pour atteindre des organisations viables,
- Adapter les formations initiales et continues des professionnels des EHPAD à l'évolution des populations accueillies, en conformité avec les recommandations de bonnes pratiques HAS,
- Sécuriser les prises en charge de nuit et prévenir les hospitalisations inappropriées : expérimentation IDE de nuit, rechercher des modalités adaptées à la réalité des territoires (mutualisation et coopération entre offreurs de services),
- Améliorer le maillage des PASA et UHR (structures en faveur des malades présentant des maladies neurodégénératives),
- Réaffirmer la place des usagers-experts lors des formations pour les ESMS et ES.

DÉVELOPPER DES RÉPONSES ADAPTÉES, INNOVANTES FACILITANT LE RECOURS À DES PRESTATIONS SANITAIRES

- Par la labellisation de filières de soins gériatriques complètes intégrant toutes les structures gériatriques et organisant le parcours de soins (court séjour gériatrique, équipe mobile gériatrique, SSR spécialisé, unité cognitivo-comportementale, consultations spécialisées, USLD),
- Par le développement des articulations entre les UCC, les UHR, les EHPAD,
- Par le renforcement des liens avec les services de psychiatrie,
- Par l'expérimentation de la mise en œuvre d'EHPAD ressource en lien avec les centres experts notamment Parkinson,
- Par la généralisation dans la pratique quotidienne de l'usage de la télémédecine,
- Par le partage sécurisé des données médicales entre les professionnels de santé en développant l'inter opérationnalité des systèmes d'information et les dossiers médicaux partagés.

METTRE EN PLACE UNE POLITIQUE DE PROMOTION DE LA SANTÉ (cf. objectifs spécifiques 5, 16, 21)

AMÉLIORER LA QUALITÉ ET LES CONDITIONS D'ACCUEIL DU PUBLIC AU SEIN DES ÉTABLISSEMENTS ET LES CONDITIONS DE TRAVAIL DES ÉQUIPES

- Par la définition et la mise en place de plans de formation pluriannuels adaptés à l'évolution des populations accueillies,
- Par l'élaboration de plans d'actions qualité de vie au travail/prévention des risques psycho-sociaux,
- Par l'amélioration du bâti adapté au besoin du public et aux conditions de travail des équipes.

CRÉATIONS/TRANSFORMATIONS

- Concernant les EHPAD (hébergement permanent) :
  - Renforcer les EHPAD de moins de 60 lits via des regroupements et/ou création de places par mesures nouvelles et sous réserve de nouvelles délégations de crédits pour les seuls départements moins équipés en places d'hébergement permanent,
  - Territoires ciblés pour l'octroi de mesures nouvelles : Seine-Maritime, Manche et Eure,
  - Finalisation des installations prévues au PRIAC 2017-2021 : Manche (19 places), Calvados (10 places), Seine-Maritime (28 places), Eure (8 places).
- Concernant les infirmiers de nuit :
  - Optimiser la prise en charge la nuit (anticipation, protocoles pour sécuriser les prises en charge la nuit),
  - Organiser le recours à une réponse infirmière adaptée dans les EHPAD la nuit, selon les ressources et les organisations de chaque territoire, prise en compte des expérimentations en cours.
- Concernant les Pôles d'activités et soins adaptés (PASA) :
  - Poursuivre le développement des PASA dans les EHPAD de plus de 100 lits par transformation de l'offre sanitaire et médico-sociale et/ou par mesures nouvelles et sous réserve de nouvelles délégations de crédits : 15 PASA pour le Calvados dont 3 inscrits au PRIAC 2017-2021, 10 pour l'Eure dont 1 au PRIAC 2017-2021, 7 pour la Manche, 11 pour l'Orne, 18 pour la Seine-Maritime.
- Concernant les Unités d'hébergement renforcées (UHR) :
  - Poursuivre le maillage territorial des UHR médico-sociales dans chaque territoire MAIA par transformation de l'offre et/ou mesures nouvelles PMND et sous réserve de nouvelles délégations de crédits, garantir le recours à une UHR dans chaque territoire MAIA,
  - Territoires ciblés : Calvados : 2 (Bessin / Pré-Bocage, Falaise Bocage), Orne : 2 (Orne est, Orne Ouest), Seine-Maritime : 1 (Pays de Bray) Eure : 1 UHR inscrite au PRIAC 2017/2021 (ouest de l'Eure).
- Renforcer l'appui par les ES aux EHPAD à organiser dans le cadre du recours spécialisé :
  - Généraliser le recours à la télémédecine, convention de coopération EHPAD / Établissements de santé pour chaque EHPAD.
- Qualité / Efficience :
  - Accompagner dans le cadre du PAI les projets de modernisation des EHPAD qui comportent une proportion encore importante de chambres doubles dans le cadre d'une programmation concertée avec les Départements.

LEVIER(S) MOBILISÉ(S)

- ☑ CPOM
- ☑ PRIAC
- ☑ Appels à projets et à candidature
- ☑ Fongibilité asymétrique

PERSONNES EN DIFFICULTÉS SPÉCIFIQUES : ESMS « PRÉCARITÉ »

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

Au sein du champ médico-social, le secteur dit des « personnes en difficultés spécifiques » fait l'objet d'un ONDAM (Objectif national de dépenses de l'Assurance maladie) propre, dont relèvent des établissements proposant un accompagnement médico-social destiné aux personnes en situation de précarité, prioritairement aux usagers du dispositif Accueil, hébergement, insertion (AHI) :

- Les Lits halte soins santé (LHSS),
- Les Lits d'accueil médicalisés (LAM),
- Les Appartements de coordination thérapeutique (ACT).

Leur activité s'inscrit dans la stratégie régionale d'accès à la santé des personnes en situation de précarité qui privilégie l'accès aux dispositifs de droit commun, tant pour des raisons éthiques (non stigmatisation, non-discrimination) que par souci d'efficience. Le recours à ces établissements, en tant que dispositifs spécifiques, répond aux risques de rupture dans les accompagnements de droit commun mobilisés pour le parcours de vie et de santé des personnes précaires.

Ils ont alors pour mission de :

- Répondre à la multiplicité et à l'intrication des problématiques sanitaires et sociales qui caractérisent les situations complexes que vivent les personnes en situation de précarité,
- Lever les obstacles à la mobilisation des dispositifs (sociaux et de santé) de droit commun grâce à l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire médico-sociale,
- Mettre en relation les acteurs des dispositifs de santé et des dispositifs sociaux, afin de permettre la coordination des différents accompagnements (permettant ainsi une prise en charge globale).

La région Normandie comptait, au 1er janvier 2017 :

- 71 places de LHSS : 9 dans le Calvados (Caen), 10 dans l'Eure (Evreux, Louviers), 9 dans la Manche (Cherbourg-en-Cotentin), 9 dans l'Orne (Alençon, L'Aigle, Flers), 34 en Seine-Maritime (Rouen, Grémonville, Dieppe, Le Havre, Elbeuf),
- 0 places de LAM installées,
- 69 places d'ACT : 24 dans le Calvados (Caen), 15 places dans l'Eure (Evreux, Louviers, Vernon, Verneuil), 30 places en Seine-Maritime (Rouen, Le Havre, Dieppe, Elbeuf), 0 dans la Manche, 0 dans l'Orne.

Pour répondre aux enjeux régionaux, l'offre médico-sociale des établissements pour personnes en difficultés spécifiques doit répondre à deux objectifs principaux :

- La mobilisation de ces établissements dans les parcours de vie et de santé des personnes en situation de précarité (voir le PRAPS et notamment l'objectif « Accès aux accompagnements médico-sociaux »),
- Face au besoin de proximité et au constat des déséquilibres régionaux, la structuration d'une offre territorialisée, répartie au regard des indicateurs sanitaires et sociaux, harmonisée quant aux prestations délivrées.

RÉFÉRENCE AUX OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU SRS CONCERNÉS

OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°10 Organiser une stratégie ciblée vers les plus vulnérables

OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS

POUR RÉPONDRE AUX BESOINS DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ ET POUR S'INSCRIRE DANS LES PARTENARIATS INDISPENSABLES AU SOUTIEN DE LEUR PARCOURS DE VIE ET SANTÉ, IL EST NÉCESSAIRE DE DÉVELOPPER UNE OFFRE DE PROXIMITÉ PAR :

- Le renforcement du nombre de places (respectant l'objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales),
- Le renforcement de la capacité de ces dispositifs et de leurs professionnels à participer à la construction des parcours de santé (expertise, partenariats, intervention « hors les murs »…).

RÉSORBER LES DÉSÉQUILIBRES D'IMPLANTATION EN STRUCTURANT UNE OFFRE TERRITORIALISÉE, RÉPARTIE AU REGARD DES INDICATEURS SANITAIRES ET SOCIAUX.

Les opérations de création dépendent entièrement du nombre de places accordées dans le cadre de l'allocation de ressource nationale. Celle-ci est annuelle et il n'existe pas de programmation permettant une visibilité pluriannuelle. Les objectifs régionaux sont intégrés dans le PRAPS. Ils ont été établis sur la base des documents suivants, élaborés en 2017 par l'ARS Normandie, présentés à la CSAMS (Commission Spécialisée pour les prises en charge et Accompagnements Médico-Sociaux :

- La stratégie régionale d'accès des personnes en situation de précarité aux accompagnements médico-sociaux,
- Le cadre régional d'allocation de ressources pour les établissements médico-sociaux pour personnes en difficultés spécifiques.

ÉLARGIR LES MODALITÉS D'INTERVENTION POUR CONFORTER LE PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ :

- Au-delà des prestations prévues dans les cahiers des charges nationaux pour la gestion des places de chaque dispositif, l'objectif est de valoriser l'expertise et les savoir-faire des opérateurs pour être un acteur ressource sur les problématiques « santé / précarité » auprès des partenaires de la santé et du social du territoire :
  - Dans le cadre d'un partenariat entre ESMS pour personnes en difficultés spécifiques (ACT, LHSS, LAM) : objectif de formalisation de ce partenariat à l'échelle du territoire,
  - En participant activement aux instances de d'évaluation et de coordination des champs de la santé et du social.
- Il s'agit également de structurer des organisations et de développer des pratiques professionnelles permettant :
  - D'offrir une réponse individualisée, notamment face aux situations les plus complexes (adaptation des projets d'établissement, synergies entre structures, mutualisation de moyens, accompagnement de la fin de vie…),
  - De développer des prestations « hors les murs », notamment auprès des professionnels et des usagers des structures partenaires du dispositif AHI : expérimentation du dispositif « ACT domicile », mobilisation des professionnels des LHSS auprès des personnes hébergées en CHRS,

De cette manière, les établissements médico-sociaux pour personnes en difficultés spécifiques pourront s'adapter aux besoins et aux spécificités des territoires. Ils disposeront en cela d'une capacité d'innovation dans la définition des modalités d'organisation et de prise en charge.

CRÉATIONS/TRANSFORMATIONS

- Pour les ACT :
  - Par création, couverture des départements non pourvus en ACT (6 places minimum par département) : Orne et Manche,
  - Par création ou redéploiement, l'ajustement des capacités au regard des critères régionaux d'allocation : au regard des données relatives à la population des territoires et à leur vulnérabilité face à la précarité et aux maladies chroniques, il est proposé, sous condition d'allocation de ressources, l'ouverture de 90 nouvelles places en respectant la cible de répartition suivante : Calvados 20 %, Eure 18 %, Manche 12 %, Orne 10 %, Seine-Maritime 40 %,
  - Dans ce cadre, l'ajustement des capacités se fera à une échelle infra-départementale,
  - Par création, expérimentation du dispositif « ACT domicile » dans le Calvados (2 places), l'Eure (6 places) et la Seine-Maritime (2 places),
  - Soutien à une candidature normande pour la création d'un dispositif ACT « Un chez-soi d'abord ».
- Pour les LHSS et LAM, l'offre régionale est structurée graduellement avec les LHSS comme offre de proximité et les LAM comme offre de recours. Les principaux objectifs visent :
  - Par création ou redéploiement, l'ajustement des implantations de LHSS selon les critères régionaux d'allocation (au regard de l'intégration des LHSS dans le dispositif AHI, le principal critère est le ratio entre nombre de places de LHSS et nombre de places de CHRS collectif) ; sur ces critères, il est proposé l'ouverture de 28 places,
  - La création à Rouen d'une structure LAM de recours régional,
  - Sous réserve de l'octroi des places nécessaires dans le cadre de l'allocation de ressource nationale, la création de 3 autres structures LAM permettant un équilibre territorial de l'offre de recours (Caen, Evreux, Le Havre).

LEVIER(S) MOBILISÉ(S)

- ☑ Appels à projet et à candidature
- ☑ CPOM
- ☑ Discussion et mise en œuvre de la Stratégie régionale d'allocation de ressource

GLOSSAIRE

A

AAH
Allocation adulte handicapé

AAP
Appel à projets

ACI
Accord conventionnel interprofessionnel

ACT
Appartement de coordination thérapeutique

ADEME
Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie

ALD
Affection longue durée

ANESM
Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

ANSM
Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

ARS
Agence régionale de santé

ASE
Aide sociale à l'enfance

ASR
Assistant spécialiste régional

ASV
Adaptation de la société au vieillissement

B

BPCO
Bronchopneumopathie chronique obstructive

C

CAF
Caisse d'allocations familiales

CAMSP
Centre d'action médico-sociale précoce

CAQES
Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins

CARSAT
Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail

CD
Conseil départemental

CDCA
Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie

CDU
Commission des usagers

CESCI
Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté inter-degré

CESER
Conseil économique, social et environnemental régional

CFPPA
Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie

CEGIDD
Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic

CHU
Centre hospitalier universitaire

CJC
Consultation jeunes consommateurs

CLCC
Centre de lutte contre le cancer

CLIC
Centre local d'information et de coordination

CLMS
Conseil local de santé mentale

CLS
Contrat local de santé

CME
Commission médicale d'établissement

CMP
Centre médico-psychologique

CNS
Conférence nationale de santé

CNSA
Caisse nationale de solidarité et de l'autonomie

COMMUE
Communauté d'universités et d'établissements

COPIL
Comité de pilotage

COREVIHST
Comité de coordination régionale de lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine

COS
Cadre d'orientation stratégique

CPAM
Caisse primaire d'assurance maladie

CPEF
Centre de planification et d'éducation familiale

CPOM
Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CPS
Compétences psychosociales

CPTS
Communauté professionnelle territoriale de santé

CRSA
Conférence régionale de la santé et de l'autonomie

CRUQPC
Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge

CSAMS
Commission spécialisée des accompagnements médico-sociaux

CSAPA
Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

CSDU
Commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers

CSOS
Commission spécialisée de l'organisation des soins

CSP
Commission spécialisée prévention

CTS
Conseil territorial de santé

CVS
Conseil de vie sociale

DDCS
Direction départementale de la cohésion sociale

D

DIRECCTE
Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi

DMP
Dossier médical partagé

DPC
Développement professionnel continu

DRAAF
Direction régionale de l'agriculture, de l'alimentation et de la forêt

DRDJSCS
Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale

DREAL
Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement

DREES
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DS
Déterminants de santé

E

EHPAD
Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EMPP
Équipe mobile psychiatrie précarité

ES
Établissements de santé

ESMS
Établissement et service médico-social

ESP
Équipe de soins primaires

ETAPES
Expérimentation de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé

ETP
Éducation thérapeutique du patient

F

FIR
Fonds d'intervention régional

FISS
Fonds national pour l'innovation du système de santé

FSV
Fonds de solidarité vieillesse

G

GCS
Groupement de coopération sanitaire

GEM
Groupe d'entraide mutuelle

GHT
Groupement hospitalier de territoire

GRADES
Groupement régional d'appui au développement de l'e-santé

H

HAD
Hospitalisation à domicile

HAS
Haute autorité de santé

ICAPS
Intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité

INSEE
Institut national de la statistique et des études économiques

IRAPS
Instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins

IREPS
Instance régionale d'éducation pour la santé

ISS
Inégalités sociales de santé

IST
Infection sexuellement transmissible

IVG
Interruption volontaire de grossesse

L

LFSS
Loi de financement de la sécurité sociale

LHSS
Lits halte soins santé

M

MAIA
Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie

MDPH
Maison départementale des personnes handicapées

MILDECA
Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives

MSA
Mutualité sociale agricole

MSP
Maison de santé pluridisciplinaire

MS SANTÉ
Messagerie sécurisée en santé

O

OMS
Organisation mondiale de la santé

ONDAM
Objectif national de dépenses de l'assurance maladie

OPCA
Organisme paritaire collecteur agréé

P

PA
Personnes âgées

PAERPA
Personnes âgées en risque de perte d'autonomie

PAPRAPS
Plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins

PAPS
Portail d'accompagnement des professionnels de santé

PASS
Permanence d'accès aux soins de santé

PDSES
Permanence des soins en établissement de santé

PH
Personnes en situation de handicap

PJJ
Protection judiciaire de la jeunesse

PMI
Protection maternelle et infantile

PMP
Projet médical partagé

PMRC
Projet médical régional de cancérologie

PNGDREES
Plan national de gestion du risque et d'efficience du système de soins

PPRGDRESS
Plan Pluriannuel régional de gestion du risque et d'efficience du système de soins

PNMD
Plan national maladies neurodégénératives

PNNS
Programme national nutrition santé

PNRT
Programme national de réduction du tabagisme

PPCA
Pôle de prévention compétent en addictologie

PPS
Prévention et promotion de la santé

PRAPS
Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins pour des personnes les plus démunies

PRIAC
Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

PRITH
Plan régional d'insertion pour les travailleurs handicapés

PRS
Projet régional de santé

PRSE
Plan régional santé-environnement

PRST
Plan régional santé au travail

PSFP
Programme de soutien aux familles et à la parentalité

PSLA
Pôle de santé libéral et ambulatoire

PSP
Projet de soins partagés

PSSBE
Plan sport santé bien-être

PTSM
Projet territorial de santé mentale

PTA
Plateforme territoriale d'appui

PATS
Plan d'appui à la transformation du système de santé

PTS
Projet territorial de santé

Q

QVT
Qualité de vie au travail

R

RAPT
Réponse accompagnée pour tous

RDRD
Réduction des risques et des dommages

REAAP
Réseau d'appui et d'accompagnement à la parentalité

REEVA
Réseau régional de vigilances et d'appui

RI
Recherche interventionnelle

ROR
Répertoire opérationnel des ressources

RSA
Revenu de solidarité active

S

SAAD
Service d'aide et accompagnement à domicile

SAMSAH
Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

SAMU
Service d'aide médicale urgente

SAVS
Service d'accompagnement à la vie sociale

SESSAD
Service d'éducation spéciale et de soins à domicile

SFP
Soutien aux familles et à la parentalité

SICO
Système d'information des coordinations

SMUR
Service mobile d'urgence et de réanimation

SNAC
Service numérique d'appui à la coordination

SNQVT
Stratégie nationale de la qualité de vie au travail

SNS
Stratégie nationale de santé

SPASAD
Service polyvalent d'aide et de soins à domicile

SPIS
Service public d'information en santé

SRADDET
Schéma régional d'aménagement, de développement durable et d'égalité des territoires

SSE
Situation sanitaire exceptionnelle

SSIAD
Service de soins infirmiers à domicile

SSR
Soins de suite et de réadaptation

T

TROD
Test rapide à orientation diagnostique

U

UCC
Unité cognitive comportementale

URAASS
Union régionale des associations agréées d'usagers du système de santé

URML
Union régionale des médecins libéraux

URPS
Union régionale des professionnels de santé

Agence régionale de santé de Normandie
Espace Claude Monet
2 place Jean Nouzille – CS 55035
14050 CAEN Cedex 4
Tél. : 02 31 70 96 96
Courriel : ars-normandie-contact@ars.sante.fr
Site : www.normandie.ars.sante.fr
Compte twitter : @ars_normandie

version en vigueur au 09/03/2018

PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ

PRAPS

PROGRAMME RÉGIONAL POUR L'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS DES PERSONNES LES PLUS DÉMUNIES

2018 ▸ 2023

ars
Agence Régionale de Santé
Normandie

LE PROJET RÉGIONAL POUR L'ACCÈS A LA PRÉVENTION ET AUX SOINS DES PERSONNES LES PLUS DÉMUNIES (PRAPS) :

UNE ATTENTION PARTICULIÈRE APPORTÉE AUX PERSONNES LES PLUS EN DIFFICULTÉ

Le Projet régional de santé (PRS) prend en compte la santé de l'ensemble des habitants de la région, y compris celle des publics en situation d'exclusion : il vise à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Ces enjeux sont repris dans le Cadre d'orientation stratégique (COS) et dans le Schéma régional de santé (SRS). C'est ainsi que les enjeux majeurs de prise en compte de la littératie en santé ou de médiation en santé, gages de meilleures relations entre les usagers et les professionnels, sont inscrits dans le SRS. En effet, la plupart du temps, ce qui bénéficie aux plus fragiles est positif pour l'ensemble de la population.

Le Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) est intégré au Projet régional de santé (PRS). Il permet un éclairage spécifique sur la situation des personnes les plus en difficulté vis-à-vis de la santé. Il compile dans un même document les questions spécifiquement relatives à un accès plus équitable à la prévention, aux droits, aux soins et aux accompagnements médico-sociaux des publics les plus éloignés des dispositifs de droit commun. Il existe depuis la loi de lutte contre les exclusions de 1998 et a connu un développement qualitatif au fur et à mesure de ses renouvellements. Il constitue désormais le seul programme obligatoire au sein du Projet régional de santé (PRS).

Comme l'ensemble du PRS, il est par nature très transversal et intersectoriel. L'exigence de coordination des politiques publiques est encore plus grande car les ruptures de parcours impactent plus durement les publics en situation de précarité tout au long de leur vie. Ainsi, le PRAPS doit être porté par l'ensemble des directions de l'ARS et par l'ensemble des partenaires concernés, institutionnels, professionnels de santé, du secteur social, médico-social, usagers…

Son élaboration s'est appuyée sur un travail de bilan des PRAPS précédents et a fait l'objet de nombreuses concertations : séminaires de travail, rencontres bilatérales avec les principaux acteurs, rencontres avec des représentants d'usagers… mais il est impératif que sa mise en œuvre et son suivi soient également très collaboratifs.

Ses axes d'intervention prioritaires sont les suivants :

- Agir sur les déterminants de santé et réduire les inégalités sociales de santé
- Faciliter l'accès aux droits et au système de santé pour tous
- Prendre en compte les personnes vulnérables dans chaque parcours de santé
- Prendre en compte les contraintes spécifiques de certains usagers

SOMMAIRE

1. **LE PÉRIMÈTRE DU PRAPS** ..... p. 4
   - Place du PRAPS dans le PRS
   - Précarité et pauvreté
   - Les publics du PRAPS

2. **BILAN DES PRÉCÉDENTS PRAPS ET STRUCTURATION DU PRAPS 4** ..... p. 5

3. **LES AXES PRIORITAIRES DU PRAPS**

3.1 Un enjeu prioritaire de coordination des politiques publiques ..... p. 6
   - Mettre en œuvre des stratégies transversales
   - Mieux observer les inégalités et évaluer le PRAPS

3.2 Agir sur les déterminants de santé et réduire les inégalités sociales de santé ..... p. 10

3.3 Faciliter l'accès aux droits et au système de santé pour tous ..... p. 12
   - L'accès aux droits
   - L'accès au système de santé par des dispositifs passerelles : les PASS
   - Le soutien des professionnels pour améliorer l'accès aux soins : les dispositifs de coordination
   - Favoriser l'accès aux accompagnements médico-sociaux

3.4 Prendre en compte les personnes les plus vulnérables dans chaque parcours de santé et de vie ..... p. 21
   - Le parcours périnatalité et développement de l'enfant
   - Le parcours de santé des enfants et des jeunes
   - Le parcours psychiatrie et santé mentale
   - Les parcours maladies chroniques
   - Le parcours cancers

3.5 Prendre en compte les contraintes spécifiques de certains usagers ..... p. 33
   - Les personnes sans abri, hébergées ou mal logées
   - Les personnes placées sous main de justice
   - Les personnes migrantes
   - Les gens du voyage
   - Les personnes en situation de prostitution

GLOSSAIRE ..... p. 44

1 LE PÉRIMÈTRE DU PRAPS

PLACE DU PRAPS DANS LE PRS

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 identifie spécifiquement les PRAPS au sein des PRS. En tant que programme transversal, le PRAPS 4 normand s'inscrit pleinement dans le PRS normand par des objectifs du PRAPS 4 convergents avec les objectifs opérationnels du Schéma régional de santé (SRS). Le PRAPS 4 est également décliné dans l'ensemble des parcours de santé et de vie prioritaires.

PRÉCARITÉ ET PAUVRETÉ

La précarité est un processus de fragilisation économique, sociale et familiale, susceptible d'entraîner un glissement vers des situations plus durables de grande pauvreté ou d'exclusion (HCSP, 2009). La précarité est donc multidimensionnelle, avec un caractère relatif, progressif et réversible.

Ce caractère mouvant et multidimensionnel explique qu'il soit difficile de figer la notion de précarité au regard d'un champ unique de l'existence, les fragilités pouvant se cumuler (économique, sociale, culturelle...). La précarité englobe la notion de pauvreté, expliquant en partie « l'utilisation interchangeable dans le langage courant pour désigner les publics en difficultés sociales ou économiques » (Potvin L, 2010). Les concepts sont pourtant différents.

La définition européenne de la pauvreté adoptée par le Conseil des ministres de l'Union Européenne du 19 décembre 1984 considère comme pauvres « les personnes dont les ressources matérielles, culturelles et sociales sont si faibles qu'elles sont exclues des modes de vies minimaux acceptables ».

Ces définitions indiquent bien que le critère financier n'est pas le seul à intervenir, y compris dans la définition de la pauvreté.

LES PUBLICS DU PRAPS

Les publics du PRAPS sont les personnes les plus précaires de notre société dont les personnes en situation de pauvreté. Les personnes ciblées par le PRAPS sont les plus éloignées du système de santé et de ce fait, présentent un état de santé plus dégradé que les personnes moins défavorisées.

Ce sont les personnes en situation de précarité :

- Contextuelle : quartiers politique de la ville, zones de revitalisation rurale à forte défavorisation sociale.
- Financière : bénéficiaires d'aides sociales (RSA, AAH, FSV) bénéficiaires des dispositifs légaux obligatoires en matière d'accès aux soins, personnes sous mandat de protection.
- Liée à leurs conditions de vie : sans abri, hébergées ou en situation de mal logement.
- Liée à l'emploi : difficultés d'accès à l'emploi (liée à une carence éducative, de qualification ou de diplôme), précarité professionnelle (contrats précaires et chômeurs de longue durée).
- Sociale : isolement social, fragilité sociale liée à l'âge ou croisement avec d'autres catégories.
- Spécifique : migrants, personnes placées sous main de justice, gens du voyage, personnes en situation de prostitution.

Les publics PRAPS, cumulant fréquemment des difficultés médico-psycho-sociales, sont des personnes en situation complexe entravant leur accès à la santé (principalement par un faible empowerment en santé, le renoncement aux soins et aux droits, le refus de soins).

La vulnérabilité particulière de certains publics se retrouve dans l'ensemble des parcours prioritaires de santé et de vie, populationnels et pathologiques chroniques.

2 BILAN DES PRÉCÉDENTS PRAPS ET STRUCTURATION DU PRAPS 4

Les bilans des PRAPS de 3e génération des deux anciennes régions de Basse et de Haute-Normandie ont permis d'identifier des éléments à maintenir et à améliorer dans le PRAPS 4 normand. Ce sont des éléments de complémentarité, des éléments communs toujours d'actualité, et des éléments relevant de l'intersectorialité et de l'opérationnalité des PRAPS qui n'ont pas bien fonctionné. Sur la base de ces éléments, une nouvelle structuration du PRAPS 4 est proposée.

ÉLÉMENTS DE BILAN DES PRÉCÉDENTS PRAPS 3 BAS ET HAUT-NORMANDS	RÉPONSES APPORTÉES DANS LA NOUVELLE STRUCTURATION DU PRAPS 4 NORMAND
• Manque de co-pilotage de certains axes de travail (en interne ARS et en externe) et un manque de communication avec certains partenaires • Structurations des PRAPS trop peu intégrées au reste des PRS normands • Lisibilité des PRAPS insuffisante et déclinaison opérationnelle parfois difficile • Objectifs ambitieux et trop nombreux, indicateurs imprécis ou difficiles à atteindre	Axe 1 - Un enjeu prioritaire de coordination des politiques publiques
• Des complémentarités sur « la prévention, promotion de la santé »	Axe 2 - Agir sur les déterminants de santé et réduire les inégalités sociales de santé
• Des complémentarités sur les droits (PLANIR, outils adaptés…) et l'accès aux soins (PASS, EMPP, coordination d'appui…) • Freins identifiés à l'accès aux droits et aux soins financiers et culturels • Méconnaissance des dispositifs existants d'accès aux droits et aux soins par le public concerné et par les professionnels • Multiplicité des acteurs, complexité des prises en charge, difficulté de coordination, méconnaissance par les professionnels des spécificités de certains publics • Mise en œuvre inégale des dispositifs • Les limites de l'accompagnement	Axe 3 - Faciliter l'accès aux droits et au système de santé pour tous
• Cloisonnement des politiques, des acteurs institutionnels, associatifs et multiplicité des plans et des schémas des politiques publiques et locales • Des complémentarités sur la transversalité de l'approche santé avec les autres politiques publiques et locales • Les limites de l'accompagnement • Des complémentarités sur la formation des professionnels du social et de la santé • Complexité de la prise en charge et du parcours notamment pour les jeunes en grande difficulté et les personnes en souffrance psychique	Axe 1 - Un enjeu prioritaire de coordination des politiques publiques Axe 4 - Prendre en compte les personnes les plus vulnérables dans chaque parcours de santé
• Les populations spécifiques visées par le PRAPS (les personnes sans abri, mal logées ou hébergées, les personnes placées sous main de justice, les personnes migrantes, les gens du voyage, les personnes en situation de prostitution)	Axe 5 - Prendre en compte les contraintes spécifiques de certains usagers

3. LES AXES PRIORITAIRES DU PRAPS

3.1 UN ENJEU PRIORITAIRE DE COORDINATION DES POLITIQUES PUBLIQUES

3.1.1 METTRE EN ŒUVRE DES STRATÉGIES TRANSVERSALES

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

1. DÉCLOISONNER LES POLITIQUES PUBLIQUES EN LIEN AVEC LES PROBLÉMATIQUES DE SANTÉ AU PROFIT DES PUBLICS LES PLUS VULNÉRABLES

Enjeu(x) développer le partenariat et rendre efficient le travail en réseau :

- en région (articulation entre les différentes politiques publiques, sociales et de santé),
- sur les territoires de proximité par l'intermédiaire des coordinations (PTA, PTSM, ASV, CLSM, MAIA, MADO…)

Levier(s) les parcours de santé doivent faire le lien avec les déterminants sociaux (articles 158 et 162 de la Loi de modernisation de notre système de santé - LMSS)

2. DÉVELOPPER LA MÉDIATION EN SANTÉ ET L'INTERPRÉTARIAT

Enjeu(x) « aller vers » et « faire avec » les populations pour leur redonner le pouvoir d'agir sans prendre leur place

Levier(s)

- médiation sanitaire et interprétariat linguistique reconnus par la loi (article L.1110-13 de la LMSS) qui sont des outils d'aide à l'accès aux droits, aux soins, à la prévention et aux accompagnements de publics vulnérables (obstacles linguistiques et culturels, isolement, précarité, crainte ou méconnaissance du système de soins…),
- référentiels de bonnes pratiques par la HAS dans les deux domaines.

Frein(s) crainte des professionnels concernant le secret médical, manque de professionnalisation des acteurs en médiation et interprétariat linguistique

3. SENSIBILISER LES PROFESSIONNELS DES DIFFÉRENTS CHAMPS DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL À LA QUESTION DE LA PRÉCARITÉ

Enjeu(x) soutenir une culture commune sur les spécificités de certains publics et précarité en formation initiale et continue

Levier(s)

- contractualisation entre l'ARS et des structures pour mettre en place des formations adaptées aux problématiques d'accès à l'éducation en santé, à la prévention et l'accompagnement vers le soin,
- mobilisation des acteurs par les organismes sociaux avec PLANIR de l'Assurance maladie (Cf. 3.3.1.).

Frein(s) représentations à l'égard de certains publics

- L'amélioration de la santé, et notamment des personnes les plus démunies, les plus éloignées du soin, passe par des interactions entre les professionnels de santé de ville, les établissements hospitaliers, les services sociaux et médico-sociaux… Un parcours cohérent nécessite une coordination des professionnels de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social, en lien avec les autres services de l'Etat, et organismes de protection sociale. C'est le décloisonnement des équipes et de leurs pratiques qui, avec une meilleure synergie, garantira au mieux, et pour chacun des usagers, des passerelles lisibles et efficaces.

- Les parcours de santé mettent l'accent sur la prise en charge globale et coordonnée prenant en compte les déterminants sociaux comme l'éducation, le logement, la culture, le chômage. Le PRAPS doit faciliter voire mettre en œuvre ce décloisonnement par la prise en compte des différentes politiques publiques (plans nationaux, politique de la ville…).

- Pour chacun des territoires ou des spécificités des publics visés, cela suppose un projet partagé entre acteurs pour articuler l'ensemble des actions, des moyens humains et matériels dans un espace donné (temporel, géographique). Elle nécessite un décloisonnement des frontières administratives et des cultures entre les professionnels (rencontres, interconnaissances, formations communes, etc...), que ce soit au sein ou entre les services, structures et secteurs du champ sanitaire, médico-social et social.

3

PLAN D'ACTIONS

Action 1 (objectif 1) :
Mettre en place une gouvernance intersectorielle et opérationnelle :

- former une équipe PRAPS transversale au sein de l'ARS (temps d'échanges réguliers de l'équipe, axes de travail co-pilotés par différentes directions de l'ARS),
- mettre en place un comité de pilotage du PRAPS chargé de déterminer et de prioriser les axes communs pour la lutte contre les inégalités d'accès à la santé et favoriser des modalités de pilotage communes et cohérentes entre les différents acteurs institutionnels (ex. plans départementaux pour le logement des personnes défavorisées, schémas domiciliation…),
- mettre en place un comité technique pour formaliser un partenariat privilégié dans le cadre du PRAPS (participation de la DRDJSCS et des DDCS(PP) à l'élaboration et au suivi du PRAPS et participation de l'Assurance maladie et des conseils départementaux à l'élaboration et au suivi de certains axes du PRAPS),
- améliorer le partage régulier d'informations avec les partenaires.

Action 2 (objectif 1) :
Communiquer sur les axes du PRAPS auprès des acteurs de la région et de la démocratie sanitaire

- Organiser des temps d'animation du réseau avec la coordination régionale (échanges de pratiques et d'outils, dynamiques territoriales, parcours pour les personnes…).

Action 3 (objectif 1) :
Impliquer les acteurs dans la mise en œuvre des axes du PRAPS en territoire de proximité notamment au travers des Contrats locaux de santé (CLS), des contrats de ville (en lien avec les conseils citoyens), des Conseils locaux de santé mentale (CLSM), des projets sociaux de territoire…

Action 4 (objectif 2) :
Communiquer sur les référentiels des bonnes pratiques en médiation et interprétariat en santé

Action 5 (objectif 2) :
Soutenir les projets par des cofinancements qui mettent en avant les bonnes pratiques en matière de médiation et d'interprétariat en santé

Action 6 (objectif 3) :
Développer avec les acteurs de la formation initiale et continue des professionnels de santé et du social des modules « Santé et Précarité »

Action 7 (objectif 3) :
Développer les plaidoyers et les formations communes pluri institutionnelles et disciplinaires en faveur de la promotion de la santé dans le cadre des contrats locaux de santé, des contrats ville

Action 8 :
Poursuivre la priorisation de l'allocation de ressources en prévention et promotion de la santé par l'ARS pour les publics en situation de précarité

MODALITÉS D'ÉVALUATION

Indicateurs phares

- Nombre de réunions de travail transversales par an (internes, avec les copilotes notamment DRDJSCS et Assurance maladie)
- Évolution du nombre d'objectifs communs et co-animés avec des partenaires sur la durée du PRAPS
  - Évaluation à mener dans le cadre du bilan annuel établi pour le comité de pilotage du PRAPS
  - *Pilotes : ARS/DRDJSCS/DDCS*
- Part des Contrats locaux de santé (CLS) intégrant la prise en compte des publics en situation de précarité
  - Évaluation sur la base des programmes d'actions après signature
  - *Pilote : ARS*
- Nombre de participants (par an, par territoire et par type d'acteurs) à des formations croisées « Santé et Précarité »
  - *Pilotes : ARS, DRDJSCS et organismes de formation*

3

3. LES AXES PRIORITAIRES DU PRAPS

3.1. UN ENJEU PRIORITAIRE DE COORDINATION DES POLITIQUES PUBLIQUES

3.1.2. MIEUX OBSERVER LES INÉGALITÉS ET ÉVALUER LE PRAPS

CONTEXTE

Les bilans des précédents PRAPS normands mettent en exergue des évaluations difficiles à mener et à réaliser du fait d'indicateurs de processus et de résultats imprécis ou difficiles à atteindre d'une part, et des plans, programmes, schémas redondants ou se chevauchant avec des indicateurs non cohérents entre eux d'autre part.

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

4. RENFORCER LA PRISE EN COMPTE DES PRIORITÉS DU PRAPS DANS L'OBSERVATION RÉGIONALE

Enjeu(x)

- s'appuyer sur la plateforme régionale d'observation sanitaire, médico-sociale et sociale en cohérence avec l'ensemble des travaux d'observation existants en région, en intégrant une réflexion plus globale des inégalités sociales et territoriales de santé,
- décliner l'observation des milieux et des publics PRAPS dans tous les parcours prioritaires populationnels et pathologiques,
- territorialiser l'observation en privilégiant la plus fine échelle géographique possible.

Levier(s)

- existence d'une plateforme régionale d'observation,
- travaux d'adéquation entre les plans de la DRDJSCS, DDCS(PP) et PRAPS menés dans le cadre de la convention ARS-DRDJSCS-DDCS(PP), travaux d'observation menés pour le PRS, observatoire fragilité CARSAT, projet « Observatoire de la santé des jeunes », projet plateforme sanitaire, médico-sociale et sociale, observations des CPAM et de la MSA sur le recours aux soins…

5. METTRE EN PLACE UN RECUEIL D'INDICATEURS SPÉCIFIQUES AU PRAPS

Enjeu(x)

- partager avec les partenaires les données d'observation, de suivi et d'évaluation du PRAPS,
- communiquer auprès des partenaires au niveau régional et territorial,
- adapter les programmes d'actions,
- formaliser des documents territoriaux à l'échelle des Conseils territoriaux de territoire (CTS), supports de travail de la déclinaison du PRAPS par territoire de démocratie sanitaire.

Frein(s)

- dispersion des données,
- absence de données à un niveau territorial fin.

3

PLAN D'ACTIONS

Action 1 (objectif 1) : Décliner l'observation des milieux et du public PRAPS et développer une réflexion sur le gradient social dans les travaux d'observation de la plateforme régionale

Action 2 (objectif 1) : Distinguer les possibilités de recueil en routine ou la nécessité d'explorations spécifiques pour chaque indicateur

Action 3 (objectif 1) : Territorialiser l'observation pour observer au plus juste les populations :

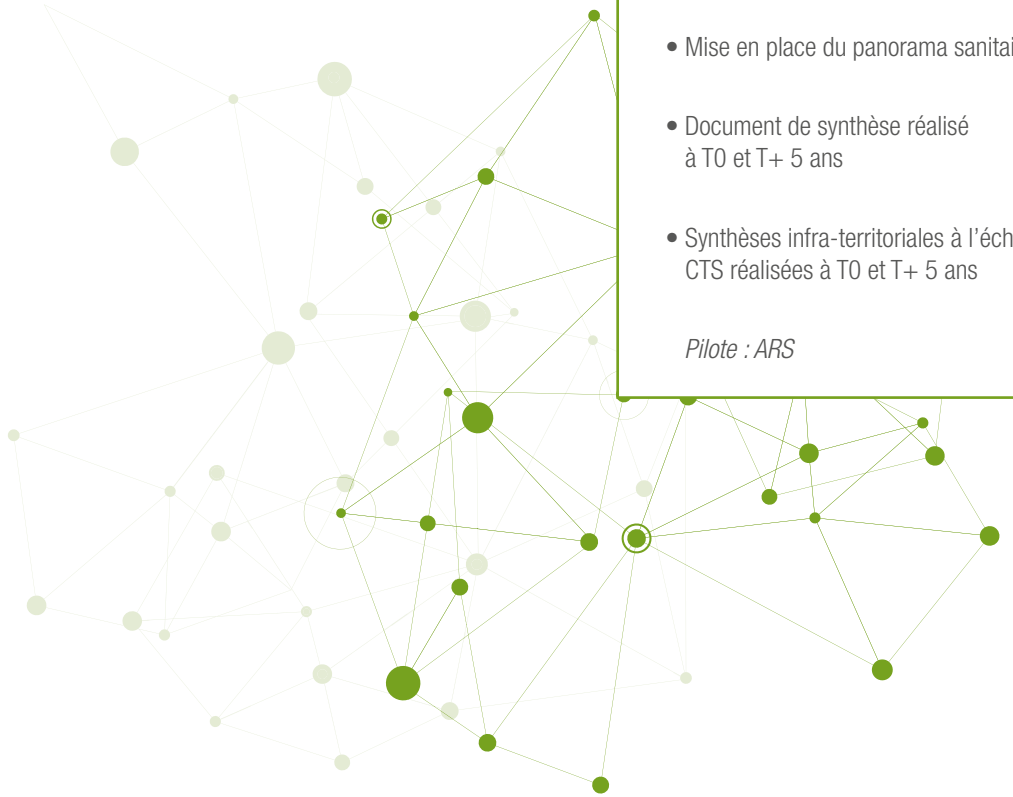
- premières échelles d'analyse infrarégionale (les départements, les territoires de CTS, les intercommunalités),
- à chaque fois que possible, viser les territoires de proximité ou lieux de vie.

Action 4 (objectif 2) : Réaliser un tableau de bord global présentant :

- le panorama sanitaire et social des populations PRAPS à T0, T+ 5 ans,
- l'état de l'offre sanitaire, médico-social et social et des dispositifs spécifiques PRAPS et des personnes en difficulté spécifique (PDS) à T0, T+ 5 ans,
- au regard de l'analyse de l'adéquation « offre/besoins », établir le listing des indicateurs les plus pertinents, d'observation, de suivi et d'évaluation, renseignés et ajustés à T0, T+ 5 ans.

Action 5 (objectif 2) : Réaliser un document de synthèse pour la communication à T0 et T+ 5 ans

Action 6 (objectif 2) : Réaliser des synthèses infra-territoriales à l'échelle des CTS à T0, T+ 5 ans



MODALITÉS D'ÉVALUATION

Indicateurs phares

- Intégration d'un volet PRAPS et plus largement inégalités sociales et territoriales de santé dans la plateforme régionale sanitaire, médico-sociale et sociale

  Pilotes : ARS - DRDJSCS

- Mise en place du panorama sanitaire et social

- Document de synthèse réalisé à T0 et T+ 5 ans

- Synthèses infra-territoriales à l'échelle des CTS réalisées à T0 et T+ 5 ans

  Pilote : ARS

3 3.2. AGIR SUR LES DÉTERMINANTS DE SANTÉ ET RÉDUIRE LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

CONTEXTE

Le PRAPS est une composante d'un modèle global de réduction des Inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS).
Il existe un gradient social de santé (plus le niveau de précarité des personnes augmente plus l'état de santé se dégrade) : pour répondre à l'objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, il faut donc mettre en œuvre une politique de santé proportionnelle au niveau de précarité ou de défavorisation (HCSP, 2009).

Le PRAPS est un outil parmi d'autres, indispensable mais insuffisant pour réduire ces inégalités. Ne mettre l'accent que sur les publics ciblés par le PRAPS ne répondrait pas à l'objectif, risquerait de stigmatiser les personnes et d'oublier ceux qui sont « cachés dans les moyennes », d'où la stratégie régionale de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé qui repose sur la combinaison des deux orientations : universalisme proportionné et PRAPS (cf. COS et SRS).

Réduire les inégalités sociales de santé, revient à prioriser la prévention et à accroître l'action sur les déterminants de santé, en privilégiant une approche territoriale : 80 % des inégalités sociales de santé sont expliquées par les déterminants liés aux milieux de vie (influençant directement ou indirectement les déterminants de santé individuels comportementaux), il est nécessaire de recourir à l'approche intersectorielle développée par les acteurs de la promotion de la santé, en l'accentuant sur les territoires prioritaires et les publics PRAPS.

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

6. MAILLER LES TERRITOIRES PRIORITAIRES DE RESSOURCES EN PRÉVENTION - PROMOTION DE LA SANTÉ

Enjeu(x) contribuer à la réduction des ISTS

Levier(s) politique de la ville, contrats de ruralité dans les Zones de revitalisation rurales (ZRR) à forte défavorisation sociale

7. RENFORCER LES ACTIONS SUR LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE SANTÉ PRÉDOMINANTS POUR ET AVEC LES PUBLICS PRAPS

Enjeu(x) contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé

Levier(s) plans ou dispositifs existants (ex. P2RT, dispositif nutrition- précarité)

8. ACCOMPAGNER LE DÉVELOPPEMENT DES PROGRAMMES INTERSECTORIELS ET PARTICIPATIFS DE PRÉVENTION - PROMOTION DE SANTÉ POUR LES PUBLICS PRAPSPRÉDOMINANTS POUR ET AVEC LES PUBLICS PRAPS

Enjeu(x) contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé

Levier(s) programmes existants (ex. PJJ promotrice de santé, programme d'accompagnement sanitaire et social des personnes en situation de prostitution), conventions existantes (ex. PJJ, DRDJSCS)

Frein(s) cloisonnement institutionnel, manque de coordination des acteurs

APPROCHE PAR LES DÉTERMINANTS DE SANTÉ

Les déterminants de santé les plus fortement impactés par les inégalités sociales et qui impactent donc le plus la santé du public PRAPS sont de trois ordres :

- Comportementaux : nutrition/activités physiques et addictions
- Environnementaux non physiques : logement et emploi
- Systémiques : l'accès au système de santé

APPROCHE INTERSECTORIELLE ET PARTICIPATIVE EN PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ

Il est indispensable de travailler de concert avec les autres politiques actrices sur les déterminants sociaux des inégalités de santé sur lesquels l'ARS n'a pas de levier d'action.

Certaines stratégies comme les approches intersectorielles et participatives, qui permettent la prise en compte des savoirs que les personnes en situation de vulnérabilité ont de leur propre condition, sont souvent mentionnées comme potentiellement pertinentes pour lutter contre les inégalités sociales de santé.

3

PLAN D'ACTIONS

Action 1 (objectif 1) : Assurer un accompagnement en promotion de la santé dans les territoires prioritaires (quartiers politiques de la ville, Zones de revitalisation rurale (ZRR) à forte défavorisation sociale)

Action 2 (objectif 2) : Renforcer les actions réduisant les pratiques addictives à risque :

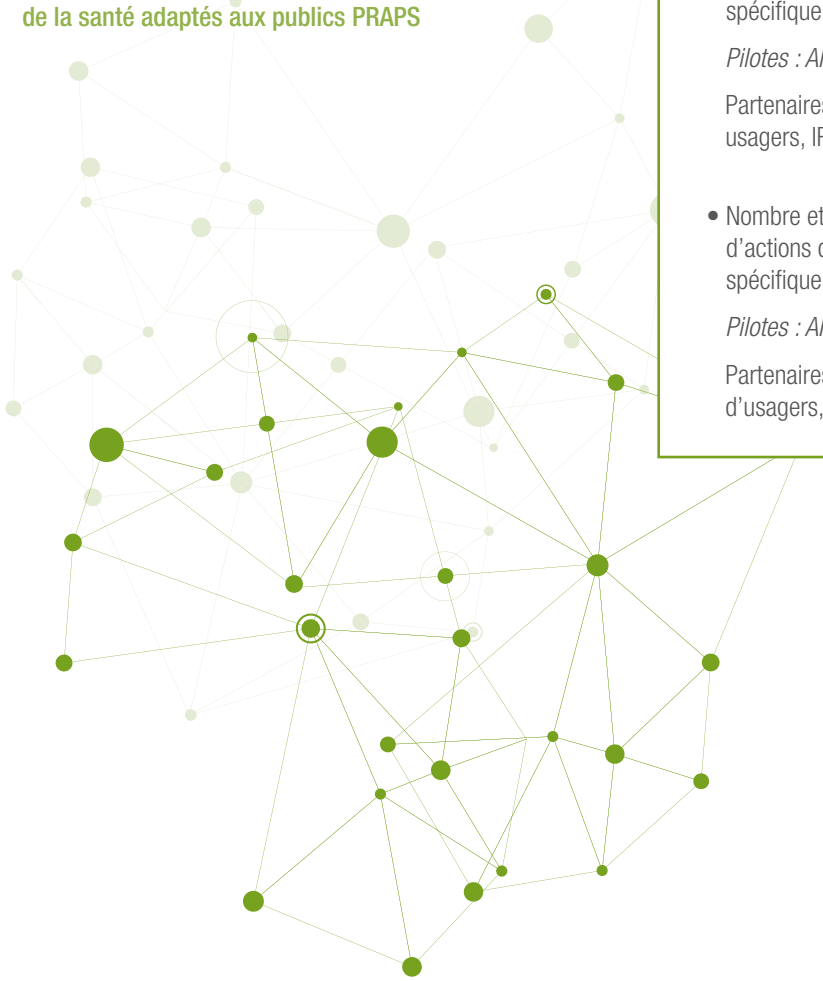
- par l'appropriation et l'emploi de méthodologies adaptées à ces publics et validées (données probantes, par exemple, développement de l'empowerment, des compétences psycho-sociales, de la littératie, d'« aller vers » et de médiation sanitaire),
- veiller à intégrer l'accès aux soins et aux accompagnements dans les stratégies de prévention (ex. P2RT, Moi(s) sans tabac).

Action 3 (objectif 2) : Renforcer les actions relatives à la nutrition / activité physique

- par l'appropriation et l'emploi de méthodologies adaptées à ces publics et validées (données probantes : par exemple, développement de l'empowerment, des compétences psycho-sociales, de la littératie), d'« aller vers » et de médiation sanitaire),
- par l'intégration de l'accès aux soins et aux accompagnements dans les stratégies de prévention. Ex. Dispositif nutrition - précarité

Action 4 (objectif 2) : Développer le plaidoyer du lien santé - logement - emploi

Action 5 (objectif 3) : Diffuser et accompagner l'appropriation de référentiels de programmes intersectoriels et participatifs de prévention-promotion de la santé adaptés aux publics PRAPS



MODALITÉS D'ÉVALUATION

Indicateurs phares

- Nombre et pourcentage de programmes d'actions de réduction des pratiques addictives spécifiquement dédiés au public PRAPS

  Pilotes : ARS – MILDECA

  Partenaires : associations dont celles des usagers, IREPS

- Nombre et pourcentage de programmes d'actions de nutrition/activité physique spécifiquement dédiés au public PRAPS

  Pilotes : ARS – DRDJSCS – DRAAF

  Partenaires : associations dont celles d'usagers, IREPS

3 3.3. FACILITER L'ACCÈS AUX DROITS ET AU SYSTÈME DE SANTÉ POUR TOUS

3.3.1. L'ACCÈS AUX DROITS

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

9. CONFORTER LE PASSAGE D'UNE LOGIQUE DE « GUICHET » À CELLE D'ACCOMPAGNEMENT POUR ATTEINDRE LES PUBLICS VISÉS DANS PLANIR (PLAN LOCAL D'ACCOMPAGNEMENT DU NON RECOURS, DES INCOMPRÉHENSIONS ET DES RUPTURES) - PILOTAGE DCGDR

Enjeu(x) mettre en œuvre une démarche « d'aller vers » et lutter contre les inégalités d'accès aux droits et les inégalités de traitement pour l'accès aux soins y compris dans le cadre de la domiciliation

Levier(s)
- la démarche PLANIR, élément central de la stratégie de l'Assurance maladie, a pour objectif de faciliter l'accès effectif des assurés à leurs droits et donc aux soins,
- la convention du 14 mars 2017 entre les organismes d'Assurance maladie et l'ARS,
- les schémas départementaux de la domiciliation relative à la domiciliation des personnes sans domicile stable.

Frein(s)
- le cloisonnement et la pluralité des organismes sociaux (régime général, agricole, spéciaux). La complexité et la lenteur des procédures constituent des éléments déterminants du non accès aux droits,
- la difficulté de concertation des acteurs dans le cadre de la domiciliation pour assurer une couverture territoriale cohérente et une adéquation entre les besoins et l'offre.

10. RENDRE EFFECTIVE LA MOBILISATION DES PARTENAIRES DANS LES ACTIONS DE PLANIR (PILOTAGE DCGDR)

Enjeu(x) décloisonner et mobiliser les partenaires de PLANIR

Levier(s)
- la dynamique du plan permet, au travers de parcours orientés, d'aller vers des publics spécifiques en mobilisant des partenariats pour mettre en place des actions adaptées,
- outil opérationnel « Espace collaboratif partenaires » de la CPAM de l'Eure à régionaliser avec sa note d'organisation globale de la démarche.
- mobilisation des agents d'accueil physique, des Délégués à l'accès aux soins (DCAS), du (de la) conciliateur(rice), la CARSAT et de l'UC-IRSA (institut inter-régional pour la santé)

Frein(s) pluralité des opérateurs et des actions à mener de front

11. EVALUER LES ACTIONS DE « PLANIR » ET PFIDASS (PILOTAGE DCGDR ÉLARGI À LA MSA), SELON LES INDICATEURS PRIORISÉS POUR CHACUN DES PUBLICS CIBLES

Enjeu(x) diminuer le non recours aux droits et le renoncement aux soins. Agir pour la réduction des dépenses d'Assurance maladie par la prévention et le soin au meilleur moment

Frein(s) complexité des actions à évaluer des acteurs

ACCÈS AUX DROITS ET PRÉCARITÉ

L'ignorance ou la méconnaissance des droits, l'absence de toute initiative pour effectuer une démarche administrative, la complexité et la lenteur des procédures constituent des éléments déterminants du non accès aux droits.

LA DÉMARCHE PLANIR

PLANIR (Plan Local d'Accompagnement du Non recours, des Incompréhensions et des Ruptures), contribution de l'Assurance maladie au Plan Pauvreté et pour l'Inclusion Sociale, a permis de mettre en évidence des difficultés récurrentes rencontrées par les usagers dans :

- le non-recours (aux droits, aux services, aux soins),
- les incompréhensions (devant la complexité des démarches et des informations médico-administratives),
- les ruptures (générées par le fonctionnement du service public),
- le renoncement aux soins.

Une Plate-Forme d'Intervention Départementale pour l'Accès aux Soins et à la Santé (PFIDASS), expérimentée par 21 CPAM se voit étendue à la Normandie de décembre 2016 à fin 2018. Elle a pour objectif de détecter les assurés sociaux ayant renoncé aux soins et de leur proposer un accompagnement.

Tous les assurés en situation de renoncement et ayant la volonté d'être accompagnés seront ainsi contactés par un Délégué à l'accès aux soins (DCAS) pour un accompagnement personnalisé : étude des droits, accompagnement dans le système de soins et prise de rendez-vous, suivi de la réalisation des soins, montage d'un dossier d'aide financière si nécessaire.

3

PLAN D'ACTIONS

Action 1 (objectif 9) : Cibler les actions labellisées « PLANIR », « les rendez-vous prestations » ou les « Instants santé » de la MSA au profit :

- des jeunes avec une priorité vers les 16-25 ans inscrits en Centre de formation pour apprentis (CFA) ou se présentant dans les Missions locales jeunes (MLJ), les bénéficiaires de l'Aide sociale à l'enfance (ASE),
- des personnes sous mandat de protection et handicapées,
- des personnes placées sous main de justice,
- des personnes âgées de 59 ans et plus bénéficiaires des minima sociaux,
- des consultants des permanences d'accès aux soins et de la santé (PASS),
- des gens du voyage.

Action 2 (objectif 10) : Favoriser une bonne collaboration entre les acteurs pour mettre en œuvre les schémas départementaux de domiciliation en matière de droits de santé

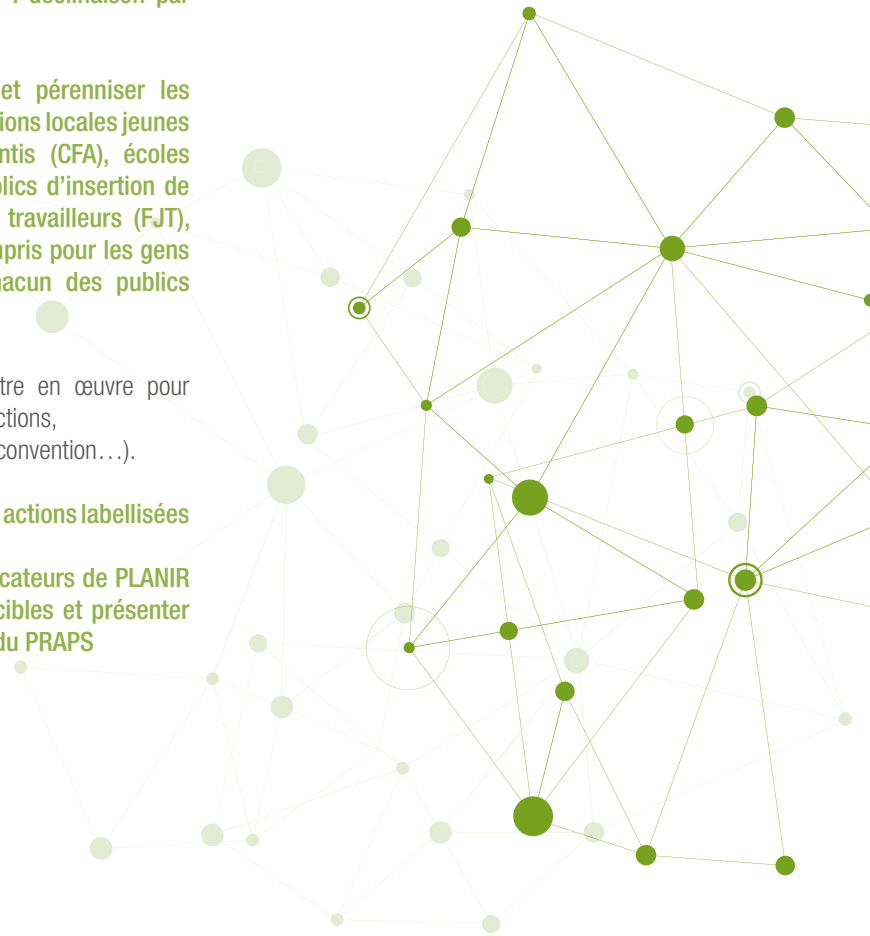
Action 3 (objectifs 9 et 10) : Lutter contre le renoncement aux soins et en assurer leur effectivité au travers de PFIDASS (Plate-Forme d'Intervention Départementale pour l'Accès aux Soins et à la Santé) : déclinaison par l'Assurance maladie

Action 4 (objectif 10) : Concrétiser et pérenniser les partenariats à mobiliser (UC-URSA, Missions locales jeunes (MLJ), Centres de formation d'apprentis (CFA), écoles de la 2e chance et Établissements publics d'insertion de la Défense (EPIDE), Foyers de jeunes travailleurs (FJT), Conseils départementaux, CCAS -y compris pour les gens du voyage-, MDPH, CLIC….) pour chacun des publics cibles :

- déterminer les partenaires pertinents,
- définir des axes d'amélioration à mettre en œuvre pour chacun des publics cibles et suivre les actions,
- formaliser les conditions du partenariat (convention…).

Action 5 (objectif 11) : Évaluer les futures actions labellisées

Action 6 (objectif 11) : Prioriser les indicateurs de PLANIR ET PFIDASS pour chacun des publics cibles et présenter cette évaluation au comité de pilotage du PRAPS



3

3.3. FACILITER L'ACCÈS AUX DROITS ET AU SYSTÈME DE SANTÉ POUR TOUS

3.3.2. L'ACCÈS AU SYSTÈME DE SANTÉ PAR DES DISPOSITIFS PASSERELLES : LES PASS

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

12. CONSOLIDER LA COORDINATION RÉGIONALE NORMANDE DES PASS

Enjeu(x) rendre lisible et opérationnel ce dispositif régional sur le territoire pour qu'il constitue un réel appui auprès des acteurs de 1ère ligne et participe à l'équité de traitement des usagers sur le territoire

Levier(s) moyens alloués à la coordination, instances de pilotage

13. POURSUIVRE LA STRUCTURATION DES PASS SOMATIQUES

Enjeu(x) positionner chaque PASS comme acteur d'un réel accès aux soins et facilitant l'accès au droit commun, en lien avec le réseau professionnel de chaque territoire, qu'il soit urbain ou rural

Levier(s)
- modélisation régionale,
- inscription dans les objectifs de chaque établissement, notamment dans le CPOM.

Frein(s) pluralité des opérateurs et des actions à mener de front

14. STRUCTURER LES PASS DENTAIRES

Enjeu(x) répondre à un premier niveau de prise en charge et orienter vers le droit commun

Levier(s) 3 structures existantes (Le Havre, Rouen Caen)

Frein(s) difficultés générales de démographie des chirurgiens-dentistes compliquant l'accès au droit commun

15. MIEUX ARTICULER LE RÉSEAU DES PASS AVEC LA PSYCHIATRIE

Enjeu(x) mutualiser des outils de fonctionnement pour éviter les ruptures entre le somatique et psychique

Levier(s) réseau des équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) et des PASS psychiatriques

Frein(s) inégalités entre les territoires

16. EXPÉRIMENTER DES DISPOSITIFS D'APPUI EN MILIEU RURAL

Enjeu(x) évaluer les expérimentations en cours pour envisager les modalités de couverture du territoire normand.

Levier(s)
- deux expérimentations d'appui mobile à Bernay et Neufchâtel en Bray,
- contexte réglementaire favorable à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

LES PASS
(PERMANENCES D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ)

• Définition

La PASS est constituée d'une équipe pluridisciplinaire intra-hospitalière ou externalisée facilitant l'accès aux soins des personnes démunies. Les PASS doivent évaluer les situations, orienter et prendre en charge lorsque c'est nécessaire. Elles ont recours à un travail en réseau institutionnel ou associatif pour recouvrir, activer des droits comme pour définir un parcours de santé et aider aux démarches administratives.

• Contexte normand

En Normandie, 27 établissements disposent d'un financement PASS en 2017 (6 dans le Calvados, 3 dans la Manche et 4 dans l'Orne, 7 en Seine-Maritime, 5 dans l'Eure), 2 PASS psychiatriques (Alençon et Evreux) et 3 PASS dentaires en cours de structuration (Rouen, Le Havre et Caen).

Une expérimentation d'appui mobile aux PASS en milieu rural est en cours à l'ouest du département de l'Eure et au nord-ouest du département de Seine-Maritime.

La coordination régionale des PASS anime le réseau des PASS.

3

PLAN D'ACTIONS

Action 1 (objectif 12) : Animer le réseau régional des PASS

- organiser des temps d'animation du réseau avec la coordination régionale (échanges de pratiques et d'outils, dynamiques territoriales, parcours pour les personnes…).

Action 2 (objectif 13) : Assurer un suivi régulier des PASS

- rencontrer l'ensemble des PASS en 2018 pour évaluer la mise en place de la modélisation,
- veiller à l'effectivité des comités de pilotage annuels,
- évaluer les PASS en lien avec les DDCS (notamment la qualité du partenariat mobilisé pour faciliter le repérage et la prise en charge des patients).

Action 3 (objectif 14) : Améliorer l'accès aux soins bucco-dentaires des personnes en difficulté sociale

- engager une réflexion avec l'Union régionale des professionnels de santé (chirurgiens-dentistes),
- favoriser des actions de prévention auprès des publics précaires, notamment les familles.

Action 4 (objectif 15) : Mieux articuler les PASS et les EMPP

- mettre en place des passerelles entre la coordination régionale des PASS et le Réseau régional action psychiatrie précarité (RRAPP) pour consolider une fonction-ressource régionale en matière de santé mentale et précarité (en lien avec les autres acteurs),
- veiller à l'interconnaissance et à l'existence d'un travail partenarial entre PASS et EMPP sur chaque territoire concerné.

Action 5 (objectif 16) : Évaluer les deux expérimentations d'appui en milieu rural

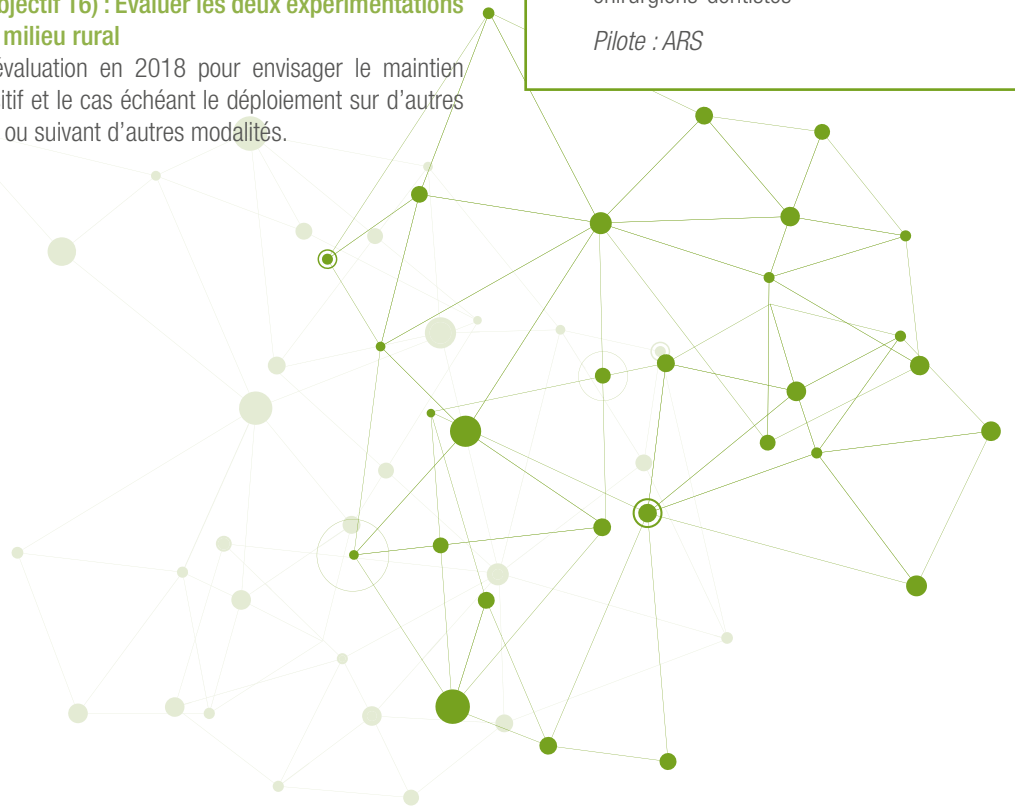
- mener l'évaluation en 2018 pour envisager le maintien du dispositif et le cas échéant le déploiement sur d'autres territoires ou suivant d'autres modalités.

MODALITÉS D'ÉVALUATION

Indicateurs phares

- Evaluations partenariales des PASS menées (exhaustivité visée sur la durée du PRAPS)
- Nombre de réunions de coordination (au moins 4 par an) et participation (représentation de l'ensemble des territoires)
- Formalisation d'une concertation avec l'URPS chirurgiens-dentistes

Pilote : ARS



3 3.3. FACILITER L'ACCÈS AUX DROITS ET AU SYSTÈME DE SANTÉ POUR TOUS

3.3.3. LE SOUTIEN DES PROFESSIONNELS POUR AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS : LES DISPOSITIFS DE COORDINATION

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

17. AIDER LES PROFESSIONNELS À MIEUX PRENDRE EN COMPTE LES SITUATIONS COMPLEXES GRÂCE AUX DISPOSITIFS DE COORDINATION

Enjeu(x) limiter les ruptures de parcours et le renoncement aux soins dus aux incompréhensions et/ou à l'insuffisante coordination entre professionnels

Levier(s) dynamique nationale favorable au déploiement des Plateformes territoriales d'appui (PTA), à articuler avec les dispositifs existants

Frein(s) couverture du territoire, lisibilité des dispositifs

18. INFORMER ET FORMER LES PROFESSIONNELS

Enjeu(x)
- permettre aux usagers de bénéficier des dispositifs existants par une meilleure appropriation de l'état des lieux de chaque territoire,
- permettre de lever des préjugés et/ou des craintes de certains professionnels vis-à-vis de publics en difficulté.

Levier(s)
- dispositifs de formation continue,
- sites professionnels.

Frein(s) disponibilité des professionnels de santé

LES PTA, NOUVEAU LEVIER POUR SIMPLIFIER LA MISSION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Trois missions :

- information et orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales, et médico-sociales du territoire
- appui à l'organisation du parcours des patients
- appui aux pratiques professionnelles

→ Les PTA ne constituent pas un dispositif dédié aux publics du PRAPS mais ses caractéristiques permettent d'améliorer la prise en charge des publics cumulant des difficultés

3

PLAN D'ACTIONS

OBJECTIF : ALLER VERS LES PUBLICS LES PLUS ÉLOIGNÉS DU SYSTÈME DE SANTÉ

Action 1 (objectif 17) : Venir en appui des professionnels de première ligne en soutenant le déploiement des plateformes territoriales d'appui

- mettre en place les premières PTA, les évaluer et poursuivre la montée en charge pour couvrir l'ensemble du territoire,
- intégrer au sein de la PTA les structures sanitaires, sociales et médico-sociales qui ont des missions de coordination : réseaux de santé, MAIA, CLIC, HAD, équipes mobiles, PASS, PFIDASS, etc.

Action 2 (objectif 17) : Conforter les équipes mobiles psychiatrie précarité

Action 3 (objectif 17) : Conforter les MAIA

Action 4 (objectif 17) : Soutenir le déploiement des parcours santé des Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA)

Action 5 (objectif 18) : Définir un plan de communication et de formation des professionnels de santé à la prise en compte des problématiques de santé des personnes en situation de précarité et aux dispositifs de soutien existants

- définir des socles de contenus de formation et les adapter à chaque territoire,
- confier à des opérateurs l'ingénierie et la réalisation de formations adaptées par territoire,
- mettre en place un plan de diffusion d'information en continu (information actualisée) auprès des principaux relais (notamment les sites professionnels : Union régionale des médecins libéraux (URML)…).

MODALITÉS D'ÉVALUATION

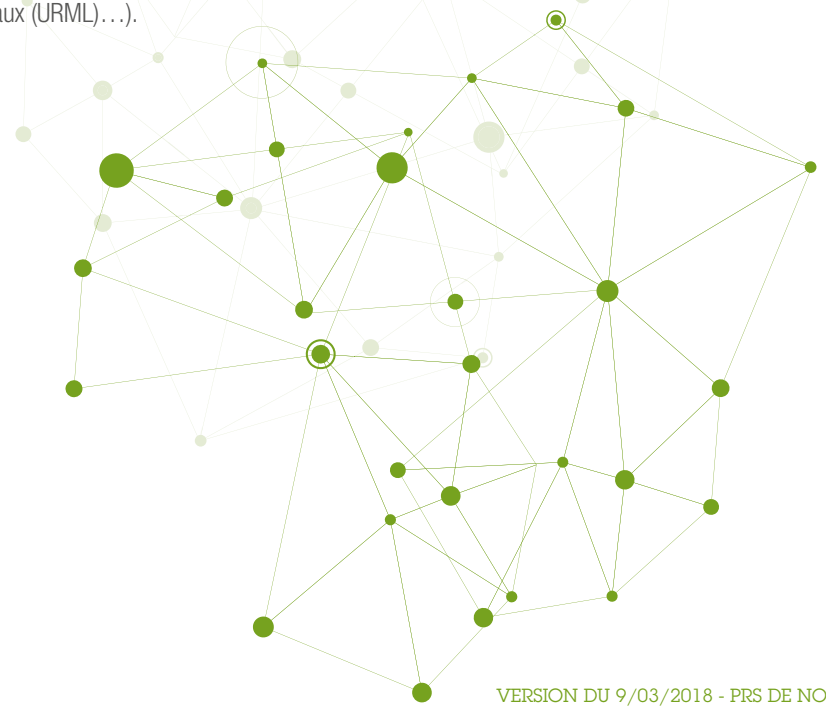
Indicateurs phares

- Couverture territoriale complète

  Pilote : ARS, URML

- Nombre de professionnels formés

  Pilote : ARS



3

3.3. FACILITER L'ACCÈS AUX DROITS ET AU SYSTÈME DE SANTÉ POUR TOUS

3.3.4. FAVORISER L'ACCÈS AUX ACCOMPAGNEMENTS MÉDICO-SOCIAUX

OBJECTIF : AMÉLIORER L'ACCÈS AUX ACCOMPAGNEMENTS MÉDICO-SOCIAUX DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ, PRIORITAIREMENT LES USAGERS DU DISPOSITIF « AHI » (ACCUEIL, HÉBERGEMENT, INSERTION)

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Au nom du principe de réduction des inégalités de santé, l'enjeu porte sur l'intégration des publics dans l'organisation territorialisée des parcours des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

19. ACCOMPAGNER LES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MÉDICO-SOCIAUX (ESMS) POUR DÉFINIR DES MODALITÉS D'ACCUEIL ET DE PRISE EN CHARGE DES PUBLICS EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

Enjeu(x) garantir la mobilisation des acteurs et des dispositifs médico-sociaux de droit commun dans la structuration du parcours de santé et de vie des personnes en situation de précarité

Levier(s)
- intégration des enjeux des publics dans les diagnostics et projets de territoire des MAIA,
- mobilisation des services d'intervention à domicile au sein des structures du dispositif « AHI »,
- expérimentations probantes d'adaptation des projets d'établissements (EHPAD notamment).

Frein(s)
- contraintes administratives et budgétaires rendant complexe l'accueil de personnes précaires,
- réticences liées aux représentations du public en situation de précarité.

20. ORGANISER L'EXAMEN ET LA RÉSOLUTION DES SITUATIONS LES PLUS COMPLEXES CUMULANT PROBLÉMATIQUES SOCIALES ET DE SANTÉ

Enjeu(x) permettre l'accès des personnes en situation de précarité aux dispositifs de droit commun

Levier(s)
- existence de diverses instances de discussion des situations complexes,
- expérimentations probantes concernant l'adaptation de l'offre médico-sociale de droit commun pour permettre l'accueil des personnes du dispositif « AHI».

Frein(s)
- multiplicité et défaut de coordination entre les instances existantes,
- méconnaissance réciproque des acteurs des champs de la santé et du social.

21. DÉVELOPPER LES RÉPONSES APPORTÉES PAR LES DISPOSITIFS MÉDICO-SOCIAUX SPÉCIFIQUES AUX PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

Enjeu(x) répondre aux risques de rupture dans les accompagnements de droit commun

Levier(s)
- définition d'une stratégie régionale avec les partenaires institutionnels et les acteurs de terrain,
- présence en région d'opérateurs en capacité d'appuyer la mise en œuvre de cette stratégie.

Frein(s) contraintes liées à l'allocation de ressource nationale.

LHSS- LAM-ACT

• Définition

Le secteur dit des « Personnes en difficultés spécifiques » fait l'objet d'un ONDAM (Objectif national de dépenses de l'Assurance maladie) propre, dont relèvent des établissements proposant un accompagnement médico-social destiné aux personnes en situation de précarité :

- les Lits halte soins santé (LHSS) accueillent temporairement des personnes sans domicile fixe ne pouvant être prises en charge par d'autres structures, dont la pathologie ou l'état général, somatique ou psychique, ne nécessite pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée mais est incompatible avec la vie à la rue ;
- les Lits d'accueil médicalisés (LAM) accueillent des personnes sans domicile fixe atteintes de pathologies lourdes et chroniques, de pronostic plus ou moins sombre, pouvant engendrer une perte d'autonomie et ne pouvant être prises en charge dans d'autres structures ;
- les Appartements de coordination thérapeutique (ACT) proposent un hébergement temporaire pour des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant un suivi médical, assurent la coordination des soins, l'observance des traitements et l'accompagnement psychologique et social.

L'action de ces établissements s'inscrit dans une stratégie régionale d'accès des personnes en situation de précarité aux accompagnements médico-sociaux..

L'action de ces établissements s'inscrit dans une stratégie régionale d'accès des personnes en situation de précarité aux accompagnements médico-sociaux.

• Contexte normand

La région Normandie compte : 71 places de LHSS - 20 places de LAM - 91 places d'ACT

3

PLAN D'ACTIONS

Action 1 (objectif 19) : Appropriation par les différents acteurs de procédures et de modalités partagées de repérage, d'évaluation et d'orientation

- **via les dispositifs d'évaluation, de coordination et d'orientation de droit commun :** guichet intégré installé dans chaque territoire MAIA, dispositif d'orientation permanent des MDPH, Plateforme territoriale d'appui (PTA)…
- **via les dispositifs de coordination de l'AHI :** SIAO (Service Intégré d'Accueil et d'Orientation) et les instances locales déployées en soutien (ex. Commissions de traitement des situations individuelles complexes).

Action 2 (objectif 20) : Renforcement des interventions des structures d'accompagnement dans les lieux de vie (CHRS, ffoyers de migrants…)

- SAMSAH : Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés,
- SAVS : Services d'Accompagnement à la Vie Sociale,
- SSIAD : Services de Soins Infirmiers à Domicile,
- SPASAD : Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile,
- CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie.

Action 3 (objectif 20) : Mise en œuvre de modalités d'accompagnement adaptées au sein des établissements médico-sociaux pour personnes âgées et personnes handicapées

- généralisation des réponses adaptées en EHPAD via l'enveloppe complémentaire déléguée par la CNSA,
- prise en compte des besoins et spécificité d'accompagnement dans les projets d'établissement pour les personnes en situation de handicap, notamment dans le cadre des CPOM (contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens).

Action 4 (objectif 21) : Renforcement de l'offre des dispositifs spécifiques selon les critères de la stratégie régionale définie avec les partenaires institutionnels et de terrain

- renforcement de l'offre de Lits Halte Soins Santé (LHSS), de Lits d'Accueil Médicalisé (LAM) et d'Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) en assurant un équilibre territorial,
- participation à l'expérimentation nationale du dispositif « ACT domicile »,
- candidature à l'obtention d'un dispositif « un chez soi d'abord ».

MODALITÉS D'ÉVALUATION

Indicateurs phares

- Pourcentage de structures du dispositif « AHI » bénéficiant d'un partenariat opérationnel après sollicitation de l'intervention d'une structure médico-sociale

Pilote : ARS (co-pilotage Départements, DRJSCS et DDCS)

- Évolution du nombre d'usagers issus du dispositif AHI accueillis en ESMS
- Pourcentage de CPOM incluant cet objectif

Pilote : ARS (co-pilotage Départements)

- Nombre de places LHSS, LAM et ACT créées

Pilote : ARS

3

3.4. PRENDRE EN COMPTE LES PERSONNES LES PLUS VULNÉRABLES DANS CHAQUE PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE

Cet axe décline les modalités de prise en compte des personnes en situation de précarité dans les parcours de santé et de vie prioritaires définis dans le PRS. En complément de l'objectif précédent, les spécificités relatives aux parcours des personnes en situation de handicap et des personnes âgées en perte d'autonomie sont traitées dans la partie consacrée aux conséquences sur les acteurs du secteur médico-social dans le Schéma régional de santé.

3.4.1. Le parcours périnatalité et développement de l'enfant

3.4.2. Le parcours de santé des enfants et des jeunes

3.4.3. Le parcours psychiatrie et santé mentale

3.4.4. Les parcours maladies chroniques

3.4.5. Le parcours cancers

En savoir plus : Le PRS sous l'angle des parcours...

3 3.4. PRENDRE EN COMPTE LES PERSONNES LES PLUS VULNÉRABLES DANS CHAQUE PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE

3.4.1. LE PARCOURS PÉRINATALITÉ ET DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

22. PERMETTRE AUX PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ DE MIEUX CONNAÎTRE ET MIEUX UTILISER LES MOYENS DE CONTRACEPTION ADAPTÉS À LEUR SITUATION

Enjeu(x) la promotion d'une vie affective et sexuelle favorisant le respect mutuel, l'estime de soi, l'accès à une contraception choisie et adaptée ; diminuer le recours à l'IVG

Levier(s) centres de planification et d'éducation familiale, plannings familiaux, professionnels de la périnatalité libéraux et hospitaliers, associations du secteur social

23. DÉPISTER PRÉCOCEMENT LES HANDICAPS

Enjeu(x) limiter les effets du handicap chez les enfants ; favoriser l'intégration des enfants dans tous les lieux de vie ; renforcer les compétences psychosociales des enfants et des parents

Levier(s) formations, sensibilisation des professionnels de la périnatalité libéraux et hospitaliers

Frein(s) angoisse parentale, peur du jugement, manque d'estime de soi

24. PRÉVENIR LA CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE TABAC PENDANT LA GROSSESSE

Enjeu(x) lutter contre les risques associés à la consommation d'alcool et de tabac pendant la grossesse

Levier(s) entretien prénatal précoce systématique, professionnels de la périnatalité libéraux et hospitaliers, réseaux de périnatalité, PMI, PASS, professionnels du social

Frein(s) mise en œuvre de l'entretien prénatal précoce très variable et pas toujours utilisé comme un outil de repérage

25. COMMUNIQUER, INFORMER ET SENSIBILISER LES MÈRES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ SUR L'ALLAITEMENT MATERNEL

Enjeu(x) permettre aux femmes de faire un choix éclairé et objectif sur les modes d'allaitement en particulier concernant l'allaitement maternel

Levier(s) programme national nutrition santé (PNNS), professionnels libéraux et hospitaliers, réseaux de périnatalité, PMI

Frein(s) pratique peu intégrée dans les formations initiales des professionnels

26. ACCOMPAGNER LES FAMILLES À LA PARENTALITÉ

Enjeu(x) donner aux parents les moyens d'exercer leur rôle et renforcer la confiance dans leurs capacités éducatives et de communication auprès de leurs enfants

Levier(s) professionnels libéraux et hospitaliers, PMI, réseaux de périnatalité, programmes validés favorisant la parentalité

Frein(s) manque de lisibilité des actions

27. PRÉVENIR LES VIOLENCES LIÉES À LA GROSSESSE OU À LA NAISSANCE, PRÉVENIR ET PRENDRE EN CHARGE LES MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES

Enjeu(x) renforcer les compétences des parents et des enfants ; diminuer les risques de maltraitance envers l'enfant

Levier(s) professionnels libéraux et hospitaliers, suivi de grossesse

Frein(s) manque de suivi de grossesse

Les conditions de vie (logement, emploi…), les comportements (consommation d'alcool, de drogue…) et enfin le manque voire l'absence de suivi pendant la grossesse constituent des facteurs de risques importants, d'autant plus graves s'ils sont cumulés.

La plupart des handicaps ou déficiences d'origine périnatale peuvent être détectés dans les trois premières années de l'enfant, notamment le handicap moteur, les déficiences neurosensorielles et les troubles envahissants du développement.
Les comportements à risques tels que les pratiques addictives ou les conditions de vie pendant la grossesse sont susceptibles de favoriser la prévalence des handicaps.

La pratique de l'allaitement apparaît plus importante chez les femmes de 30 ans, plus diplômées et catégories socio-professionnelles supérieures, a contrario des femmes en situation de précarité où on note une différenciation des pratiques.

Les situations de grande précarité, notamment celles de l'absence de domicile exposent tout particulièrement les femmes aux risques de violence, notamment sexuelle et d'absence totale de contraception.
80 % des violences sexuelles ont lieu sur des enfants âgés de 0 à 14 ans.

3

PLAN D'ACTIONS

Action 1 (objectif 22) : Promouvoir une contraception adaptée

- former et sensibiliser les structures accueillant des femmes en âge de procréer en situation de précarité à la nécessité de disposer d'une contraception adaptée,
- disposer de programmes d'éducation pour la santé sexuelle intégrant les répercussions sociales et économiques des grossesses,
- proposer des interventions sur ce thème au sein des missions locales.

Action 2 (objectif 23) : Dépister et prendre en compte le handicap

- communiquer sur les espaces de répit existants pour les parents d'enfants présentant des troubles du comportement,
- agir sur les délais de rendez-vous pour les familles en situation de précarité,
- former et sensibiliser les professionnels de santé aux différentes formes de handicap, surtout invisible,
- rédiger, avec les réseaux de périnatalité, un parcours de suivi et de prise en charge des enfants dont le test de dépistage de la surdité permanente néonatale en maternité n'est pas concluant et accompagner les familles en situation de précarité vers le diagnostic et la prise en charge.

Action 3 (objectif 24) : Prévenir les addictions

- intégrer dans les programmes d'éducation à la sexualité, les risques alcool et tabac durant la grossesse,
- aborder systématiquement les addictions lors de l'entretien prénatal du 4e mois.

Action 4 (objectif 25) : Rendre possible l'allaitement maternel

- sensibiliser les femmes en situation de précarité à la possibilité d'allaitement maternel dès leur entrée en maternité,
- valoriser l'offre d'ateliers d'allaitement dans les centres de PMI ou centres sociaux,
- mieux communiquer sur le rôle des PMI auprès des personnes en situation de précarité,
- veiller à la sensibilisation des professionnels sociaux et médico-sociaux quant à l'allaitement maternel durant leur formation initiale ou continue,
- mieux informer les structures d'hébergement.

Action 5 (objectif 26) : Prendre en compte la parentalité

- renforcer les liens entre PASS et maternités,
- donner les outils aux professionnels des maternités pour repérer les femmes sortantes de maternité sans hébergement sécurisé afin de mieux accompagner leur sortie,
- poursuivre le déploiement du Programme de Soutien aux Familles et à la Parentalité.

Action 6 (objectif 27) : Prévenir les violences

- sensibiliser et former le personnel socio-sanitaire,
- intégrer dans les réseaux violences intra-familiales (VIF) des représentants du réseau périnatalité,
- renforcer les actions en direction des enfants victimes de violences sexuelles,
- former les professionnels à la prévention, le repérage et la prise en charge des mutilations sexuelles féminines.

MODALITÉS D'ÉVALUATION

Indicateurs phares

- Effectivité d'un protocole régional facilitant le dépistage précoce en maternité et en crèche

Pilote : ARS, les deux réseaux de périnatalité normands

- Augmentation du nombre d'entretiens du 4e mois en population générale et auprès des femmes en situation de précarité
- Nombre d'actions de sensibilisation et de formation des professionnels socio-sanitaires à la prévention et à la prise en charge des violences
- Nombre de réseaux VIF intégrant des représentants de la périnatalité

Pilote : ARS

3 3.4. PRENDRE EN COMPTE LES PERSONNES LES PLUS VULNERABLES DANS CHAQUE PARCOURS DE SANTE ET DE VIE

3.4.2. LE PARCOURS DE SANTÉ DES ENFANTS ET DES JEUNES

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

28. ADAPTER LES PROGRAMMES DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ EN FONCTION DES DIFFICULTÉS DES ENFANTS ET DES JEUNES LES PLUS VULNÉRABLES

Enjeu(x) rendre accessibles les programmes de prévention et de promotion de la santé aux enfants et aux jeunes les plus vulnérables : quartiers en politique de la ville, enfants scolarisés en « REP plus », jeunes de SEGPA, enfants pris en charge par l'ASE (dont mineurs étrangers non accompagnés), jeunes suivis en mission locale, jeunes suivis par la PJJ

Levier(s) conventions partenariales, structures ressources (IREPS, RTPS, ASV, ANPAA…), programmes de réussite éducative (PRE), subventions supplémentaires pour les établissements scolaires en REP plus, commission santé regroupant des représentants des différents services des PJJ, le dispositif Garantie Jeunes

Frein(s) manque de formation des différents professionnels pouvant intervenir afin qu'ils adaptent leurs interventions, mauvaise lisibilité des actions menées par l'ensemble des institutions (PMI, CAF, éducation nationale, centres sociaux), manque de formation en promotion de la santé permettant que tous les acteurs se sentent concernés

29. DÉVELOPPER UNE PRISE EN CHARGE CONCERTÉE AVEC LES ACTEURS INSTITUTIONNELS, ASSOCIATIFS ET USAGERS SUR LES TERRITOIRES PRIORITAIRES EN POLITIQUE DE LA VILLE ET EN ZONES RURALES

Enjeu(x) permettre aux enfants et aux jeunes les plus vulnérables de bénéficier d'un accompagnement et d'un suivi adaptés à leur besoin de santé et coordonnés

Levier(s) structures ressources (IREPS, OR2S et ORS, RTPS, ASV…), plateformes territoriales d'appui (PTA), expérience de formations sur l'accès à la prévention et aux soins

Frein(s) méconnaissance des dispositifs et des missions des différents acteurs, manque de coordination des acteurs, rupture du parcours, notamment manque de suivi à la suite d'un dépistage par manque d'offre adéquate sur le territoire (dentiste, ophtalmo…), la mobilité des familles et des jeunes et le manque de ressources locales. Pour les enfants et jeunes migrants : barrière de langue, absence de logement, isolement et absence de suivi à la suite d'un dépistage réalisé par la PMI ou le service de promotion de la santé

• Définition

Agir précocement en prévention, induit une intervention dès le plus jeune âge en agissant de manière globale notamment sur le milieu de vie de l'enfant.

Cela est d'autant plus important lorsque l'enfant ou le jeune se trouve dans une situation de précarité. L'enjeu est double : améliorer sa qualité de vie, réduire les inégalités sociales de santé qui se construisent dès la naissance.

• Contexte normand

En 2012, le pourcentage de familles monoparentales régional était inférieur au niveau métropolitain (12,9 % vs 14,3 % en 2012) mais avec de fortes disparités inter départementales (10,7 % dans l'Orne à 14,2 % en Seine-Maritime).

60 établissements scolaires en zone d'éducation prioritaires dont 17 en REP + la moitié des ES en ZEP se situe en Seine-Maritime (dont 12 REP +)

- 16,7 % des jeunes de 15-24 ans sortis sans diplôme
- 47 803 jeunes 16/25 ans suivis dans les missions locales
- dont 4 834 bénéficient du dispositif Garantie Jeunes au 31/10/2017
- 5 095 jeunes dont 801 filles sont suivis par les services de la PJJ
- 10 387 enfants accueillis à l'ASE au 31 décembre 2015

3

PLAN D'ACTIONS

Action 1 (objectif 28) : Mieux observer

- poursuivre l'enquête santé dans les missions locales et mettre en place de nouvelles enquêtes spécifiques notamment dans le cadre de la PJJ et de l'ASE,
- réaliser un état des lieux des actions menées par les différents institutions : CAF, PMI et éducation nationale.

Action 2 (objectifs 28 et 29) : Former les acteurs

- sensibiliser et former l'ensemble des acteurs afin qu'ils adaptent leurs interventions aux enfants et aux jeunes de la PJJ, de l'ASE, des missions locales…
- développer des animations et des outils avec ces acteurs suite à la formation,
- former les acteurs de la PJJ, des missions locales, de l'ASE, des centres sociaux à aborder les questions de santé et à orienter si besoin vers les professionnels de la santé.

Action 4 (objectif 29) : Coordonner les acteurs

- poursuivre le travail de réseau des Ateliers santé ville (ASV) et des Réseaux territoriaux de promotion de la santé (RTPS) dans les territoires en politique de la ville et en zones rurales,
- inciter à l'élaboration des protocoles de prise en charge privilégiés à la suite d'un bilan de santé en s'appuyant sur les PTA.

Action 5 (objectif 29) : Prendre en compte la santé mentale des enfants et des jeunes

- construire un lien effectif et une reconnaissance entre les acteurs œuvrant en direction des enfants et des jeunes (PJJ, missions locales, PRE, PMI, ASE…) et les professionnels de la santé mentale.

Action 6 (objectif 28) : Développer les partenariats institutionnels

- développer un partenariat sous la forme d'une convention avec chacun des cinq départements de Normandie, pour notamment travailler sur les actions destinées aux jeunes enfants en situation de précarité dans le cadre de la PMI et de l'ASE.

MODALITÉS D'ÉVALUATION

- Résultat de l'enquête pour les missions locales
- Mise en place de l'enquête au sein des PJJ et l'ASE
- Nombre de personnes formées par structures ciblées/institutions

Pilotes : ARS, Départements, PJJ, association régionale des missions locales

3 3.4. PRENDRE EN COMPTE LES PERSONNES LES PLUS VULNÉRABLES DANS CHAQUE PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE

3.4.3. LE PARCOURS PSYCHIATRIE ET SANTÉ MENTALE

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

30. CONSOLIDER ET HARMONISER LE FONCTIONNEMENT DES ÉQUIPES MOBILES PSYCHIATRIE PRÉCARITÉ (EMPP)

Enjeu(x)
- assurer un maillage de l'ensemble du territoire par les EMPP,
- faciliter le parcours de soins psychiatrique en lien avec les dispositifs de droit commun,
- clarifier le fonctionnement et la place des « PASS psychiatriques ».

Levier(s) circulaire de novembre 2005, le plan 2016/2019 sur le déploiement des parcours en psychiatrie et santé mentale

Frein(s) couverture territoriale inégale des EMPP

31. MIEUX ARTICULER LES PASS, LES EMPP ET LES AUTRES DISPOSITIFS

Enjeu(x)
- améliorer la coordination des différents dispositifs du somatique et de la psychiatrie pour un appui à la prise en charge globale des personnes en grande précarité vers le droit commun,
- soutenir l'activité des équipes mobiles territoriales : partage d'expérience, de modalités de coordination / d'orientation des patients, organisation de formations, favoriser les liens avec la médecine générale…

Levier(s)
- support existant (Réseau Régional Action Psychiatrie Précarité),
- coordination régionale des PASS.

32. REPOSITIONNER LE RÉSEAU RÉGIONAL ACTION PSYCHIATRIE PRÉCARITÉ (RRAPP)

Enjeu(x)
- renforcer les missions d'animation et d'appui du RRAPP envers les EMPP,
- étendre le RRAPP à l'ensemble de la Normandie.

Levier(s) support existant du Réseau Régional Action Psychiatrie Précarité Haute-Normandie

Les Équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) sont destinées à favoriser l'accès aux soins et à la prise en charge des personnes en situation de précarité et d'exclusion, en souffrance psychique exprimée ou non.

Elles sont chargées :

- d'aller au-devant de ces publics, quel que soit le lieu où leurs besoins s'expriment ou sont repérés (populations précarisées dans un quartier, accueillies en institutions sociales, grands désocialisés, pathologie mentale avérée ou non, à la rue...), afin de faciliter la prévention, le repérage et l'identification des besoins, l'orientation et l'accès au dispositif de soins lorsqu'il est nécessaire,
- d'assurer une fonction d'interface entre les secteurs de psychiatrie et les équipes sanitaires et sociales œuvrant dans le domaine de la lutte contre la précarité et l'exclusion.

En 2017, la Normandie compte 7 EMPP inégalement réparties avec des structurations disparates et un périmètre d'action différent.

- UMAPPP de Rouen portée par le CHS du Rouvray
- Équipe mobile RESPIRE portée par le CHS de Navarre à Evreux
- Équipe mobile portée par le Groupement hospitalier du Havre
- Équipe mobile porté par le Centre hospitalier de Dieppe
- Équipe mobile de Cherbourg en Cotentin portée par la Fondation Bon Sauveur
- Équipe mobile du Sud Manche portée par le CH l'Estran à Pontorson
- Équipe mobile de Caen portée par l'EPSM

Le Conseil local de santé mentale (CLSM) permet, sur un territoire, de croiser les regards des élus, des professionnels de différents horizons et des citoyens (notamment les usagers de la psychiatrie et leurs aidants) sur les problématiques de santé mentale et de psychiatrie. L'un des volets d'un CLSM peut aider les collectivités à mieux repérer et accompagner les situations complexes sanitaires et sociales pour une meilleure intervention des acteurs sur un territoire.

3

PLAN D'ACTIONS

Action 1 (objectif 30) : Harmoniser le fonctionnement des EMPP et des PASS psychiatriques de la région

- faire un état des lieux et une analyse du fonctionnement des équipes, de leur rayonnement, de leurs difficultés et de leurs besoins (EMPP et PASS psychiatriques),
- modéliser dans un cahier des charges régional le fonctionnement des EMPP en prenant en compte la couverture territoriale, en évaluant notamment la pertinence et la faisabilité d'une couverture effective et généralisée en milieu rural.

Action 2 (objectif 31) : Poursuivre le travail de partenariat des EMPP avec les secteurs de psychiatrie, les PASS, les plateformes territoriales d'appui, les médecins libéraux et les travailleurs sociaux afin d'améliorer la continuité des soins entre la ville et l'hôpital, entre le sanitaire et le social, entre les zones territoriales.

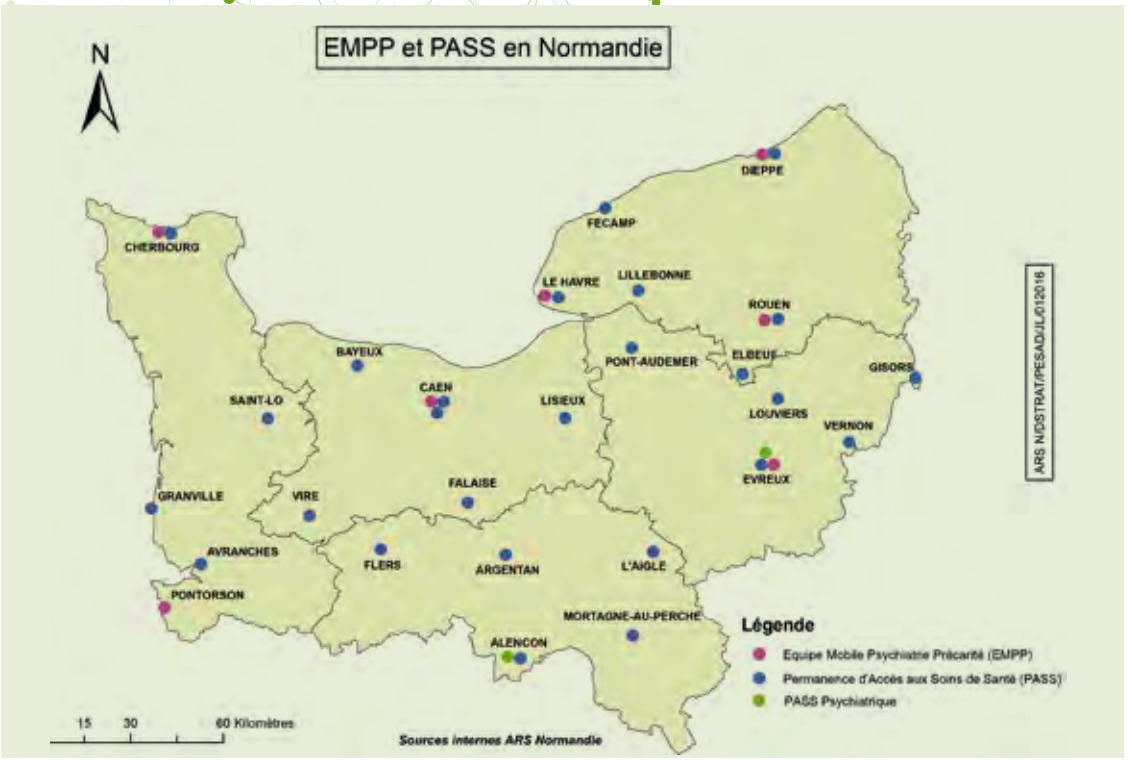
Action 3 (objectif 31) : Élargir et structurer le réseau RRAPP à l'ensemble de la Normandie en lien avec la coordination régionale des PASS pour apporter une « fonction ressource régionale » sur les questions de santé mentale des personnes précaires :

- dans le cadre de l'élaboration des projets territoriaux de santé mentale, prendre en compte les articulations nécessaires entre les acteurs pour structurer le parcours des personnes en situation de précarité.

MODALITÉS D'ÉVALUATION

- État des lieux finalisé et cartographie des dispositifs EMPP
- Évaluation des dispositifs
- Réalisation d'un cahier des charges régional

Pilote : ARS



3 3.4. PRENDRE EN COMPTE LES PERSONNES LES PLUS VULNERABLES DANS CHAQUE PARCOURS DE SANTE ET DE VIE

3.4.4. LES PARCOURS MALADIES CHRONIQUES

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

33. DIFFUSER ET ADAPTER LES ACTIONS DE PRÉVENTION DES MALADIES CHRONIQUES AUPRÈS DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ (TABAC, ALCOOL NUTRITION, ACTIVITÉS PHYSIQUES, QUALITÉ DE L'AIR INTÉRIEUR…)

Levier(s) s'appuyer sur des dispositifs existants

Frein(s) méconnaissance des professionnels des conditions de vie du public

34. POURSUIVRE ET AMPLIFIER LA DYNAMIQUE D'ÉLABORATION DE PROGRAMMES D'ETP VERS LES PUBLICS PRAPS

Enjeu(x) augmenter le nombre de programmes adaptés

Levier(s) possibilité règlementaire pour les associations du secteur social de porter un programme

Frein(s) formation obligatoire, personnel pluridisciplinaire insuffisant, procédure de mise en place compliquée et difficile à pérenniser

35. SENSIBILISER LES MÉDIATEURS EN SANTÉ ET ACTEURS DE PREMIÈRE LIGNE SUR L'INTÉRÊT DE L'ETP DANS LES QUARTIERS POLITIQUES DE LA VILLE ET ZONES R URALES PRIORITAIRES.

Enjeu(x) augmenter le nombre de patients en situation de précarité dans les programmes en place et favoriser l'élaboration de programmes adaptés en proximité

Levier(s) CLS, ASV, nouveaux contrats ruraux

Frein(s) changements fréquents d'équipes

36. DÉFINIR UN INDICE OU INDICATEUR COMMUN POUR IDENTIFIER LES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ DANS L'ENSEMBLE DES PROGRAMMES ETP DE LA RÉGION

Enjeu(x) disposer d'un indice simple et fiable pour identifier le niveau de précarité

Levier(s) des outils d'évaluation existent

Frein(s) procédure ETP complexe et indices testés souvent jugés comme alourdissant la procédure

37. VALORISER LES PROGRAMMES EN ETP CIBLANT LES PUBLICS OU TERRITOIRES PRIORITAIRES

Enjeu(x) multiplier les programmes accessibles à tous et en proximité

Levier(s) programmes déjà autorisés, site multiples de dispensation, lieu d'accueil de ce public

Frein(s) peu de flexibilité dans sa mise en place

38. INTÉGRER OU RELAYER L'ETP DANS LES PASS

Enjeu(x) profiter du passage à la PASS pour engager le travail en ETP

Levier(s) présence des professionnels de santé

Frein(s) suivi à long terme qui peut être compliqué mais intérêt d'une collaboration avec les autres programmes et des programmes polypathologies

39. ÉVITER LES RETARDS DE DIAGNOSTIC OU DE PRISES EN CHARGE AINSI QUE LES RUPTURES DANS LE PARCOURS DE SOINS DES PERSONNES MALADES CHRONIQUES, EN PRIVILÉGIANT LES ARTICULATIONS ENTRE LES ACTEURS DU SOIN ET DU SECTEUR SOCIAL

MALADIES CHRONIQUES ET PRÉCARITÉ

- Chaque année, 15 millions de personnes âgées entre 30 à 69 ans meurent d'une maladie non transmissible plus de 80 % de ces décès « prématurés » surviennent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (source : OMS, juin 2017).
- Il y a un lien étroit entre la pauvreté et les maladies chroniques. En effet, de par la fréquence d'exposition aux facteurs de risque et l'accès limité aux services de santé, les personnes en situation de précarité sont plus souvent atteintes, et les complications de ces maladies sont plus fréquentes et plus graves. De plus, ces conditions de santé dégradées vont également avoir un impact négatif sur les conditions socio-économiques.
- Presque toutes les maladies chroniques montrent des gradients sociaux d'incidence et de mortalité. Les principaux indicateurs s'améliorent au fur et à mesure que l'on augmente dans l'échelle sociale ; c'est le cas de l'espérance de vie à 35 ans.
- Les individus habitant les communes les plus défavorisées sont plus nombreux à être porteurs de polypathologies.

3

PLAN D'ACTIONS

Action 1 (objectif 33) : Harmoniser la stratégie régionale de communication sur la prévention des maladies chroniques en adaptant la communication pour les personnes en situation de précarité

Action 2 (objectif 33) : Sensibiliser et/ou former les professionnels du secteur social aux enjeux et aux outils de prévention des maladies chroniques, en particulier sur les thématiques alimentation, activité physique et tabac-alcool (déterminants majeurs fortement soumis aux effets des inégalités)

Action 3 (objectif 34) : Conforter le développement de l'ETP en milieu pénitentiaire

- Développer la formation et l'accompagnement des équipes pour la mise en place de programmes ou d'actions d'ETP sur l'ensemble de la région

Action 4 (objectif 34) : Expérimenter des dispositifs dédiés

- Soutenir la mise en place, suivre et évaluer les programmes spécifiques (association l'ABRI, programme polypathologies de l'association la Passerelle…)

Action 5 (objectif 35) : Augmenter la participation aux programmes des publics les plus éloignés de l'ETP

- intégrer le développement de l'ETP dans les outils de contractualisation qui visent les publics les plus éloignés (CLS, ASV, nouveaux contrats ruraux…),
- associer les usagers concernés (patients experts, pairs, travailleurs pairs…).

Action 6 (objectif 39) : Développer la sensibilisation et la formation initiale et continue des professionnels de santé aux besoins des patients en grande précarité

Action 7 (objectif 35) : sensibiliser et former les acteurs des champs social et médico-social à l'ETP

- faire connaître les programmes existants, leur localisation et leurs spécificités,
- faire participer les personnes (professionnels et patients) à l'évaluation de ces programmes,
- former les relais pour un adressage des patients et des collaborations avec les structures mettant en place des programmes ETP dans la région.

Action 8 (objectif 36) : Choisir et mettre en place un indicateur

- élaborer un indice spécifique,
- le tester avec quelques équipes,
- diffuser et intégrer dans le cahier des charges des demandes d'autorisation des programmes,
- suivi spécifique de l'utilisation de l'outil au sein des programmes.

Action 9 (objectif 37) :

- déploiement des programmes UC-IRSA et MSA sur les territoires prioritaires,
- faire le lien avec les structures territoriales de coordination de l'ETP pour une meilleure prise en compte.

Action 10 (objectif 38) :

- sensibiliser les PASS à l'ETP,
- communiquer sur l'existant pour favoriser l'adressage,
- favoriser les programmes polypathologies pour ces publics.

Action 11 (objectif 39) :

- sensibiliser les structures d'hébergement social (CHRS, LHSS…) sur les possibilités d'intervention d'HAD

MODALITÉS D'ÉVALUATION

Indicateurs phares

- Nombre de personnes formées et ouverture géographique, diffusion régulière de l'information, nombre d'acteurs ou de patients en situation de précarité ayant été associés à l'élaboration de programmes

Pilote : ARS

- Elaboration ou choix de l'indice, intégration dans le cahier des charges et l'évaluation annuelle d'activité

Pilote : ARS

3 3.4. PRENDRE EN COMPTE LES PERSONNES LES PLUS VULNÉRABLES DANS CHAQUE PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE

3.4.5. LE PARCOURS CANCERS

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

40. PRÉVENIR LES CANCERS

Enjeu(x) diffuser et adapter les messages de prévention des cancers (thématique addiction, nutrition, activités physiques, expositions professionnelles…)

Levier(s) : s'appuyer sur des organisations, dispositifs existants (PASS, ASV, GHT, PSLA..), culture commune entre les différents acteurs travaillant avec un public précaire

Frein(s) méconnaissance du public par certains professionnels de santé, conditions de vie du public, isolement de la personne

41. OPTIMISER LES DÉPISTAGES

Enjeu(x) améliorer les taux de participation des personnes les plus éloignées du système de santé aux campagnes de dépistages organisés des cancers et des autres cancers (mélanomes, ORL…)

Levier(s) actions ciblées des structures de gestion en lien avec les associations accueillant et prenant en charge les publics en situation de précarité, promouvoir l'« aller vers »

Frein(s) incompréhension des messages, maillage territorial insuffisant, difficultés d'accès aux rendez-vous

42. AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ATTEINTES DE CANCER ET ÉVITER LA RÉCIDIVE

Enjeu(x) éviter les ruptures dans le parcours de soins des personnes atteintes de cancer

Levier(s) s'appuyer sur des réseaux existants et sur les dispositifs tels que PTA, PSLA, HAD pour les personnes en situation de précarité, le travailleur social dans les réunions de RCP, la médecine du travail, la CARSAT

Frein(s) manque de coordination des acteurs, méconnaissance des droits, difficultés de compréhension des traitements et d'accès aux soins de supports

CANCER ET PRÉCARITÉ

La France fait partie des pays ayant les meilleurs indicateurs globaux de santé, mais elle présente aussi un gradient social de mortalité prématurée parmi les plus marqués d'Europe. Le cancer est l'une des pathologies qui contribue le plus à ce gradient et la réduction des inégalités sociales de santé est une priorité transversale du Plan cancer 2014-2019.

On considère que près de 15 000 cas de cancers pourraient être évités en France chaque année par l'amélioration des conditions de vie et la promotion de la santé des populations les plus défavorisées (source BEH février 2017). Les principaux facteurs de risque des cancers sont le tabac et l'alcool (respectivement le 1er facteur de risque et responsable de 18 % et l'alcool de 8 % des nouveaux cancers). Viennent ensuite les habitudes alimentaires 8 à 9 %, et enfin les expositions professionnelles et d'agents infectieux et la pollution atmosphérique. Ces facteurs de risque sont plus fréquents chez les personnes en situation de précarité.

Par ailleurs, quelle que soit la localisation cancéreuse concernée, la survie est toujours moins bonne dans les catégories sociales défavorisées. Les déterminants en cause des inégalités sociales de survie sont de l'ordre de la prise en charge et de l'organisation des soins.

Contexte Normand

La mortalité par cancers en Normandie est plus forte qu'au niveau national, notamment, par une présence plus fréquente des principaux facteurs de risque (rapport état de santé 2017, FNORS).

3

PLAN D'ACTIONS

Action 1 (objectif 40) : Harmoniser la stratégie régionale de communication sur la prévention des cancers en adaptant la communication pour les personnes en situation de précarité

Action 2 (objectif 40) : Sensibiliser et/ou former les professionnels du secteur social aux enjeux et aux outils de prévention du cancer, en particulier sur les thématiques : alimentation, activité physique et tabac-alcool

Action 3 (objectif 41) : Mieux caractériser la nature des freins au dépistage en fonction des publics et établir un état des lieux territorial des ressources pour mieux adapter les stratégies de dépistage et mettre en place des actions ciblées, évaluables et inscrites dans la durée (en lien avec les projets de recherche en cours)

Action 4 (objectif 41) : Former les acteurs du dépistage et les professionnels de santé concernés aux recommandations de bonnes pratiques pour des actions de réduction des inégalités d'accès au dépistage (approche positive, traduction ou adaptation des messages, méthodes participatives, actions intégrées à l'existant, lien entre sensibilisation au dépistage et accompagnement concret, approche personnalisée…)

Action 5 (objectif 41) : Développer la sensibilisation et la formation initiale et continue des professionnels de santé au premier repérage de signes spécifiques en dehors de l'expression d'un besoin par le patient en grande précarité ((en particulier le lien entre la consommation d'alcool et les cancers ORL)

Action 6 (objectif 42) : Accompagner les personnes en situation de précarité dans leur prise en charge afin d'éviter les retards de prise en charge et les ruptures dans leur parcours de soins :

- en proposant des modalités spécifiques d'accompagnement, en associant les professionnels concernés (médecins, infirmiers, travailleurs sociaux) à des moments clés du parcours (diagnostic, annonce, traitement…),
- en assurant un lien entre service social hospitalier et/ou PASS et structures sociales de droit commun (CARSAT, CCAS, CMS, CHRS…) et avec les dispositifs médico-sociaux spécifiques destinés aux personnes sans domicile (LHSS, ACT, LAM (cf. axe 3.3.4. du PRAPS),
- en assurant un lien avec les plateformes territoriales d'appui si nécessaire,
- en assurant des modalités d'accès facilitées aux soins de support,
- En sensibilisant les structures d'hébergement social (CHRS, LHSS…) sur les possibilités d'intervention d'HAD et des équipes mobiles de soins palliatifs.

MODALITÉS D'ÉVALUATION

Indicateurs phares

- Évolution du nombre de professionnels formés et type de professionnels touchés (pour les trois types de formations décrites)

Pilote : ARS

3

3.5. PRENDRE EN COMPTE LES CONTRAINTES SPÉCIFIQUES DE CERTAINS USAGERS

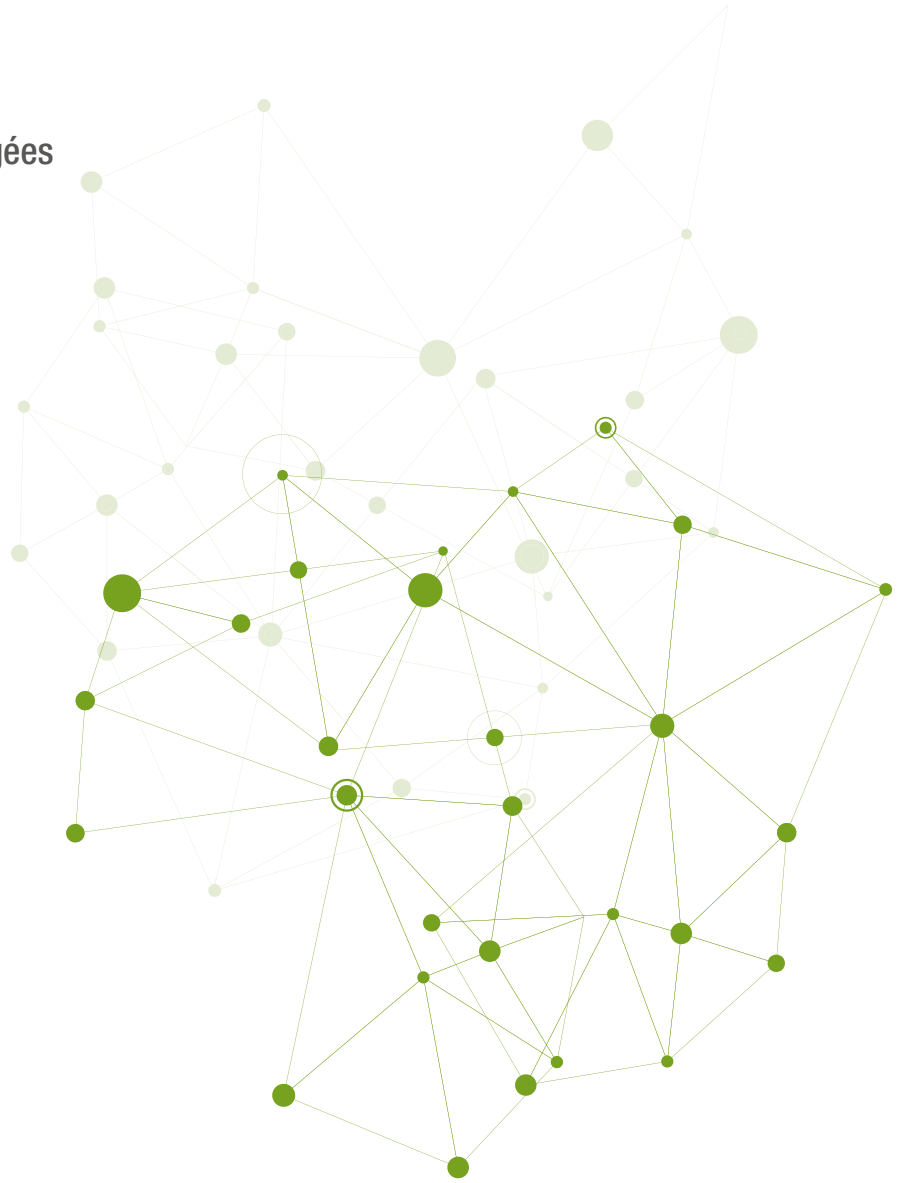
3.5.1. Les personnes sans abri, hébergées ou mal logées

3.5.2. Les personnes placées sous main de justice

3.5.3. Les personnes migrantes

3.5.4. Les gens du voyage

3.5.5. Les personnes en situation de prostitution



3

3.5. PRENDRE EN COMPTE LES CONTRAINTES SPÉCIFIQUES DE CERTAINS USAGERS

3.5.1. LES PERSONNES SANS ABRI, HÉBERGÉES OU MAL LOGÉES

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

43. PRÉVENIR ET TRAITER LES PROBLÉMATIQUES DE SANTÉ EN LIEN AVEC LE MAL LOGEMENT

Enjeu(x) les actions de prévention sur les déterminants environnementaux, en particulier relatifs à la lutte contre l'habitat indigne, les actions de sensibilisation sur le bon usage du logement et le développement de l'activité de conseil en environnement intérieur sont traitées dans le plan régional santé environnement 3 (PRSE 3).
Il s'agit également de mieux repérer les difficultés d'accès aux soins des personnes qui se trouvent dans des logements dégradés signalés auprès des pôles de lutte contre le logement indigne et de proposer une première évaluation et une orientation vers les dispositifs de santé ou d'accompagnement médico-sociaux.

Levier(s) acteurs sociaux (PASS notamment) et médico-sociaux

44. AMÉLIORER L'ACCÈS AUX DROITS, À LA PRÉVENTION, AUX SOINS ET À UN ACCOMPAGNEMENT MÉDICO-SOCIAL ADAPTÉ DES PUBLICS SANS ABRI, MAL LOGÉS, HÉBERGÉS OU EN LOGEMENT TEMPORAIRE D'INSERTION

Enjeu(x) prendre en compte les difficultés spécifiques liées aux situations précaires de ces publics (mobilité importante, difficulté à se repérer dans les démarches…).

Levier(s)
- les plateformes d'intervention départementales pour l'accès aux soins et à la santé de l'Assurance maladie / PFIDASS (Cf. fiche PRAPS 3.1.),
- schémas départementaux de la domiciliation.

Frein(s) incompréhension des messages, le maillage territorial insuffisant, difficultés d'accès aux rendez-vous

45. AMÉLIORER L'ACCÈS À LA PRÉVENTION

Enjeu(x) prendre en compte les contraintes spécifiques de ces publics dans l'élaboration des stratégies régionales de prévention

Levier(s)
- allocation de ressources ARS différenciée,
- réseau d'acteurs de la prévention et du secteur social,
- centres de santé UC IRSA.

46. AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS

Enjeu(x) prendre en compte les difficultés spécifiques de ces publics (renoncement aux soins, refus de soins, prises en charge tardives ou chaotiques, lisibilité des dispositifs…)

Levier(s)
- mobiliser et poursuivre le déploiement des ressources spécifiques et/ou passerelles (cf fiche 4),
- communication spécifique et déploiement d'une stratégie d'information et de formation des professionnels de santé,
- collaboration régulière entre le comité régional des personnes accueillies et accompagnées et l'ARS.

47. AMÉLIORER L'ACCÈS À UN ACCOMPAGNEMENT MÉDICO-SOCIAL ADAPTÉ (CF. PRAPS PARTIE 3.3.4.)

Les liens entre les conditions de vie et l'état de santé des personnes sans domicile, en habitat de fortune, hébergées (accueil d'urgence et de stabilisation, hébergement d'insertion, hôtels…) ne sont plus à démontrer. Il en va de même pour les personnes mal logées, les ménages contraints d'habiter des logements insalubres, humides ou très dégradés, avec toutes les conséquences connues sur le plan sanitaire (saturnisme, affections respiratoires, risques d'accidents domestiques).

Les stratégies d'intervention s'appuient sur :

- les actions du plan régional santé environnement 3 – PRSE3 /axe « agir pour des bâtiments et un habitat sains », co-piloté par l'État, la Région et l'ARS,

- les Plans départementaux d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées (PDALHPD) qui visent à définir les objectifs et les moyens pour aider les personnes fragilisées, sans abri ou mal logées, à accéder à des hébergements ou des logements adaptés à leurs besoins et à construire des parcours leur permettant de s'y maintenir durablement. Ces plans sont co-pilotés par l'État et chaque conseil départemental.

Les PDALHPD recensent des impacts du mal-logement sur la santé multiples et d'intensités variables (pathologies diverses, handicaps, ou troubles) que ce soit sur le plan de la santé physique ou mentale, mais aussi du bien-être.

En Normandie, il existe :

- 32 CHRS pour 2 168 places soit 9 943 personnes accueillies en 2016 (source ENC), dont 71,15 % en Seine-Maritime, 9,20 % dans la Manche, 8,90 % dans l'Eure, 6,20 % dans le Calvados et 4,5 % dans l'Orne,

- 918 places d'hébergement d'urgence, plus de 46 400 nuitées hôtelières en 2017, 11 structures d'accueil de jour et 11 équipes mobiles.

3

PLAN D'ACTIONS

Action 1 (objectif 43) : Élaborer des outils utilisables par les non professionnels de santé pour repérer les difficultés de santé des personnes vivant dans des logements dégradés (agents des collectivités, travailleurs sociaux…)

Action 2 (objectif 43) : Proposer un premier niveau d'évaluation des besoins de santé, via les PASS, pour les personnes en difficulté d'accès aux soins

Action 3 (objectif 44) : Mieux connaître les situations d'incurie pour mieux mobiliser les ressources en matière d'expertise et d'évaluation médicale et mieux prendre en charge les occupants

Action 4 (objectif 45) : Mieux informer sur les ressources existantes en prévention et former les professionnels du secteur accueil hébergement insertion à l'approche des déterminants de santé principaux (nutrition / activité physique / tabac / alcool)

- intégrer dans le programme d'activité IREPS et autres opérateurs de prévention (centres de vaccination, structures de dépistage, pôles de prévention compétents en addictologie…)
- mettre en place une communication régulière et adaptée en direction des établissements et des usagers du secteur hébergement insertion
- favoriser le conventionnement avec les centres d'examen de santé UC-IRSA

Action 5 (objectif 46) : Assurer la bonne information des Plateformes territoriales d'appui (PTA) sur les dispositifs existants, s'assurer de la bonne articulation sur les territoires (notamment par le biais de conventions de partenariat avec les PASS, les LHSS, LAM, ACT…) et assurer la formation des professionnels des PTA à l'approche spécifique de ces publics (cf. SRS fiches littératie – médiation en santé)

MODALITÉS D'ÉVALUATION

Indicateurs phares

- Nombre de traitements de situations d'incurie

Pilote : ARS + Services de l'État partenaires des PDLHI : Préfecture/DDT(M) + Conseils Départementaux

- Conventionnement entre les centres d'examen de santé et les centres d'hébergement

Pilote : ARS

- Nombre de conventions de partenariat passées entre les PTA et les acteurs du secteur de l'hébergement

Pilote : ARS

3 3.5. PRENDRE EN COMPTE LES CONTRAINTES SPÉCIFIQUES DE CERTAINS USAGERS

3.5.2. LES PERSONNES PLACÉES SOUS MAIN DE JUSTICE (PPSMJ)

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

48. MIEUX CONNAÎTRE LES BESOINS DE SANTÉ DES PPSMJ DÉTENUES PAR UNE ENQUÊTE AUPRÈS DES ENTRANTS

Enjeu(x) adapter l'offre de santé aux besoins

Levier(s) observatoires régionaux de santé

Frein(s) compatibilité des systèmes d'information

49. DÉVELOPPER LA PROMOTION DE LA SANTÉ

Enjeu(x) créer des environnements favorables à la santé des PPSMJ, des personnels pénitentiaires et de la PJJ, et renforcer leur capacité d'agir pour leur santé

Levier(s) comités de pilotage éducation et promotion de la santé, comités de vie sociale ou de consultation des détenus des établissements, programme de réduction du tabagisme et Moi(s) sans tabac, soutien de l'IREPS et/ou l'ANPAA, convention PJJ-ARS pour la promotion de la santé des mineurs

Frein(s) surpopulation et vétusté de certains établissements, cloisonnements inter-institutionnels

50. POURSUIVRE L'AMÉLIORATION DES DÉPISTAGES ET REPÉRAGES POUR TOUTES LES PPSMJ

Enjeu(x) prévenir la violence, réduire le risque suicidaire, les transmissions infectieuses, améliorer le repérage des addictions et faciliter la réinsertion

Levier(s) formations au repérage de la crise suicidaire, introduction des TROD, projet de repérage des addictions, maillage territorial (structures de dépistage, maisons des adolescents…)

Frein(s) facteurs socio-culturels

51. AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS DES PPMSJ

Enjeu(x) transformer le temps de détention, de prise en charge éducative ou de placement en opportunité pour la santé

Levier(s) télémédecine, partenariats CPAM et UC-IRSA pour accès aux droits et aux bilans de santé

Frein(s) démographie médicale déficitaire

52. ORGANISER LA CONTINUITÉ DE LA PRISE EN CHARGE LORS DES SORTIES DE DÉTENTION ET DES LEVÉES DE MESURE DE JUSTICE

Enjeu(x) inscrire la prise en charge dans un parcours de soins se poursuivant à la levée d'écrou ou en fin de mesure PJJ

Levier(s) Commission pluridisciplinaire unique (CPU) ou réunion locale de concertation, renforcement des liens entre services intra et extra-carcéraux, travail avec la famille pour les mineurs et transmission des démarches santé engagées

Frein(s) sorties de détention ou de placement non prévues / manque de structures d'aval / effectivité des droits sociaux (dont AME)

53. FAVORISER LA COOPÉRATION DES ACTEURS IMPLIQUÉS DANS LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE SANTÉ DES PPSMJ

Enjeu(x) décloisonner les institutions et favoriser les échanges d'expériences et le partage d'outils entre les sites

Levier(s) organisation par de réunions entre acteurs

Frein(s) manque d'effectif et turn over des personnels

Les personnes placées sous-main de justice (PPSMJ) sont :

- les personnes confiées par l'autorité judiciaire à l'administration pénitentiaire (personnes détenues, personnes en aménagement de peine, personnes suivies au titre d'une mesure de milieu ouvert),
- l'ensemble des mineurs et jeunes majeurs suivis par la Protection judiciaire de la jeunesse (détenus, placés ou suivis au titre d'une mesure de milieu ouvert).

• Contexte normand

Au 1er mai 2017, les 10 établissements pénitentiaires accueillent 3 879 détenus (dont 107 femmes) pour 4 009 places (avec une surpopulation croissante dans les 5 maisons d'arrêt dont la capacité va de 46 à 649 places théoriques).

Sur les 3 753 personnes condamnées, 515 sont en aménagement de peine dont 499 sont suivies en milieu ouvert.

La majorité des mineurs est suivie en milieu ouvert (23 sont détenus au 1er mai 2017). Ils sont pris en compte dans le volet 3.4.2 « Parcours de santé des enfants et des jeunes » du PRAPS.

• Eléments de diagnostic

L'état de santé des PPSMJ détenues est marqué par une surreprésentation des pathologies psychiatriques, infectieuses (VIH, hépatites B et C, tuberculose) et des addictions, un taux de suicide élevé et un état dentaire dégradé.

3

PLAN D'ACTIONS

Action 1 (objectif 48) : Enquête en continu auprès des entrants en détention, intégrée dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'OR2S

Action 2 (objectif 49) : Soutien méthodologique de tous les professionnels justice et santé pour une implication commune en promotion de la santé au sein des COPIL et des comités de vie sociale

Action 3 (objectif 49) : Création d'un référentiel d'intervention en santé sexuelle (notamment prévention et réduction des risques) en milieu pénitentiaire pour tous les professionnels, y compris associatifs

Action 4 (objectif 50) : Renforcement des collaborations entre structures pénitentiaires, PJJ et acteurs de prévention et d'accès aux soins en milieu libre (centres de santé et de bilans de l'Assurance maladie, CeGIDD, CSAPA, CAARUD, CMP, maisons des adolescents) pour le suivi des PPSMJ non détenues

Action 5 (objectif 51) : Actions de renforcement de l'attractivité de l'exercice en milieu carcéral et de fidélisation des professionnels de santé sur les établissements pénitentiaires en impliquant les acteurs et valorisant l'activité de soins en milieu pénitentiaire

Action 6 (objectif 51) : Accompagnement de la création d'une Unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) et poursuite de la mise aux normes des chambres sécurisées pour améliorer l'offre de soins hospitaliers

Action 7 (objectif 51) : Développement des projets de télémédecine et optimisation des systèmes d'information

Action 8 (objectif 51) : Structuration de la prise en charge régionale coordonnée des Auteurs d'infraction à caractère sexuel (AICS), dans le respect des rôles propres à chaque acteur

Action 9 (objectif 52) : Renforcement des collaborations pour favoriser l'accès aux droits et à une prise en charge sociale, médico-sociale et sanitaire adaptée

Action 10 (objectif 52) : Amélioration des réponses aux besoins d'accès aux soins pour les sortants, formulés par les SPIP

Action 11 (objectif 53) : Organisation d'échanges et de rencontres entre les partenaires santé justice, poursuite de formations communes santé justice, valorisation et diffusion des expériences de terrain innovantes

MODALITÉS D'ÉVALUATION

Indicateurs phares

- Nombre d'établissements et type de professions engagés, élaboration de programmes de promotion de la santé incluant les différentes actions

Pilote : ARS

- Turn-over et nombre de postes vacants (médecins généralistes, spécialistes, chirurgiens-dentistes, kinésithérapeutes…)

Pilotes : ARS – Etablissements de santé

- Nombre de téléconsultations, de téléexpertises

Pilotes : ARS – Etablissements de santé

- Formalisation du protocole « cas complexe »

Pilotes : ARS – Etablissements de santé – SPIP

- Nombre de formations communes, de journées d'échanges

Pilote : ARS – DISP - PJJ

3 3.5. PRENDRE EN COMPTE LES CONTRAINTES SPÉCIFIQUES DE CERTAINS USAGERS

3.5.3. LES PERSONNES MIGRANTES

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

54. RENDRE PLUS LISIBLES LES DIFFÉRENTS STATUTS DES PERSONNES MIGRANTES POUR UN ACCÈS À LA SANTÉ

Enjeu(x) améliorer la prise en charge des personnes migrantes

Levier(s) pas d'épidémie particulière recensée en dehors de cas de gale, de tuberculose et de traumatismes du parcours

Frein(s) difficulté des acteurs de la santé à comprendre les différents statuts / modes d'entrée en France

55. FACILITER L'ACCÈS RAPIDE DES PRIMO-ARRIVANTS À LA SANTÉ PAR L'INTERMÉDIAIRE DES PASS, DES EMPP ET DES CENTRES D'EXAMEN DE SANTÉ

Enjeu(x) rejoindre le droit commun par la mise en œuvre du « Protocole de prise en charge sanitaire des migrants accueillis en Normandie »

Levier(s) peu de difficultés sanitaires spécifiques pour les demandeurs d'asile (accès au droit commun)

Frein(s) contraintes de prise en charge liées le cas échéant à la traduction, la médiation culturelle, notamment en matière de santé mentale (traumatismes liés aux parcours) et des difficultés spécifiques aux migrations signalées par les acteurs en particulier sur les secteurs de Cherbourg, Ouistreham, Dieppe

56. AMÉLIORER L'ACCÈS À LA SANTÉ DES PERSONNES PRIMO-ARRIVANTES ET ISSUES DE L'IMMIGRATION

Enjeu(x) le cumul des difficultés (langues, non observance des traitements, barrière culturelle, traumatismes, précarité sociale et financière) vient aggraver les situations sanitaires ordinaires des personnes migrantes ou issues de l'immigration même après des années de vie sur le sol français

Levier(s) référentiels HAS de bonnes pratiques en médiation en santé et en interprétariat)

57. POURSUIVRE, APRÈS ÉVALUATION, LES ACTIONS DE PROMOTION DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE DANS LES FOYERS DE TRAVAILLEURS MIGRANTS OU RÉSIDENCES SOCIALES

Enjeu(x) mieux appréhender un parcours de santé de ce public vers le droit commun

Levier(s) une bonne connaissance du public, un atout pour les professionnels

Frein(s) problèmes culturels et identitaires, isolement communautaire

Il convient de distinguer les primo-arrivants des migrants issus d'une migration plus ancienne (notamment immigration économique des années 60 / population maintenant vieillissante). Il existe une multiplicité de statuts impactant l'accès aux droits et à la santé (situation régulière ou pas, type de titre de séjour...).

• Contexte normand

La région Normandie compte 20 Centres d'accueil de demandeurs d'asiles (CADA) avec 2 160 places et 931 places en Centres d'accueil et d'orientation (CAO) en décembre 2017.

ADOMA gère 23 Foyers de travailleurs migrants et Résidences sociales (FTM/RS) soit 1 700 places situées en Seine-Maritime et l'Eure. COALLIA gère 7 foyers et résidences sociales en Seine-Maritime.

Les FTM/RS accueillent un public essentiellement masculin et disparate.

• Éléments de diagnostic

Même après des années de vie sur le sol français, le cumul des difficultés (langue, non observance des traitements, barrière culturelle, précarité sociale et financière) vient aggraver les situations sanitaires ordinaires des personnes migrantes ou issues de l'immigration.

Les maladies chroniques, en particulier les maladies cardio-vasculaires liées au changement d'habitudes de vie mais sans adaptation de l'alimentation sont les principales problématiques avec les souffrances psychiques.

3

PLAN D'ACTIONS

Action 1 (objectif 54) : Organiser des sessions de formation pluri-institutionnelles et disciplinaires pour l'accompagnement des migrants en lien avec les DDCS/ OFII/Organismes sociaux d'Assurance maladie

Action 2 (objectifs 55 et 54) : Permettre aux PASS d'être des lieux ressources de proximité sur les questions de statuts et de santé (assurer l'actualisation des connaissances des professionnels des PASS)

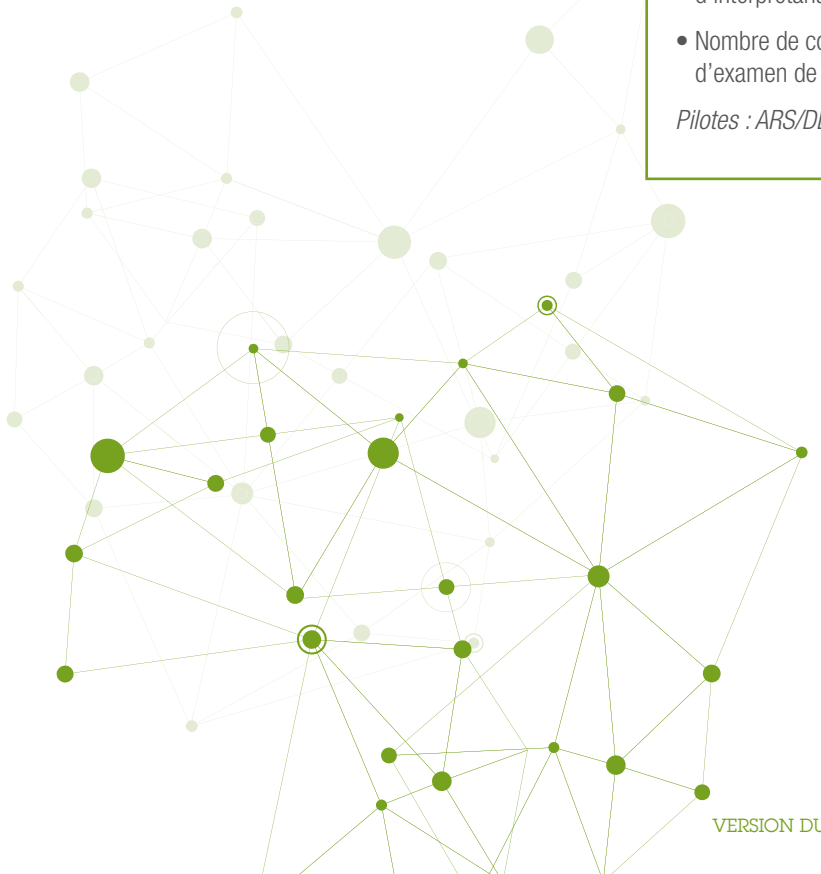
Action 3 (objectif 55) : Favoriser le conventionnement entre les structures d'accueil et les centres d'examens de santé UC-IRSA

Action 3 (objectifs 56) : Évaluer et adapter la mise en œuvre des protocoles d'accueil des migrants sur chacun des territoires

Action 4 (objectif 56) : Développer et structurer les ressources en matière d'interprétariat au regard du référentiel des bonnes pratiques édité par l'HAS avec les PASS, EMPP ou CMP de secteur

Action 5 (objectif 57) : Développer l'accès à la santé par l'approche de la médiation transculturelle en santé et notamment en psychiatrie et de la santé communautaire particulièrement pour les personnes ayant vécu des violences physiques, psychologiques et/ou sexuelles

Action 6 (objectif 57) : Evaluer les actions des animateurs sociaux en foyers pour la Seine-Maritime et pour l'Eure à partir du référentiel commun aux animateurs



MODALITÉS D'ÉVALUATION

Indicateurs phares

- Nombre de formations et types de professionnels formés
- Couverture territoriale en ressources d'interprétariat et de médiation transculturelle
- Nombre de conventions passées avec les centres d'examen de santé

Pilotes : ARS/DDCS

3 3.5. PRENDRE EN COMPTE LES CONTRAINTES SPÉCIFIQUES DE CERTAINS USAGERS

3.5.4. LES GENS DU VOYAGE

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

58. DÉVELOPPER LES CONNAISSANCES ET LES CAPACITÉS DES GENS DU VOYAGE POUR UN ACCÈS AUTONOME AUX SOINS ET À LA PRÉVENTION DANS LES SERVICES DE SANTÉ DE DROIT COMMUN

Enjeu(x) rendre plus autonomes les gens du voyage en matière de santé

Levier(s) deux expérimentations de médiation santé en Seine-Maritime et dans le Calvados

Frein(s) représentations négatives et craintes de certaines familles envers les institutions

59. MOBILISER LES ACTEURS DE SANTÉ ET FAVORISER LEUR MISE EN RÉSEAU

Enjeu(x) contribuer à une meilleure connaissance du public ciblé avec un accueil et un suivi adaptés

Levier(s)
- deux expérimentations de médiation santé en Seine-Maritime et dans le Calvados,
- intervenants spécialisés.

Frein(s) représentations négatives de nombreux professionnels

60. RÉDUIRE LES RISQUES SANITAIRES LIÉS À L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE ET À L'ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL DES PERSONNES

Enjeu(x) améliorer l'état de santé des gens du voyage en lien avec leur activité professionnelle et leurs conditions de vie

Levier(s)
- instances locales de coordination des politiques publiques en faveur des gens du voyage,
- schémas départementaux des gens du voyage en cours de révision, Plans départementaux d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées (PDALHPD), Plans territoriaux de l'insertion (PTI) des Conseils départementaux avec les référents RSA,
- intervenants spécialisés.

Frein(s)
- conditions de vie très contraintes de nombreuses familles
- nature des travaux effectués, activités professionnelles pratiquées

En droit, les personnes sont dites « gens du voyage » lorsque leur habitat traditionnel est constitué de résidences mobiles installées sur des aires d'accueil ou des terrains prévus à cet effet. En 2012, la Cour des comptes regrettait l'absence de « données statistiques fiables et actualisées » avant d'estimer le nombre de gens du voyage entre 250 000 et 300 000 a minima sur le territoire national. Pour leur permettre de séjourner, il existe des aires d'accueil et des aires de grand passage. Nombre de familles sont installées sur des terrains à usage privatif. Une partie de ces personnes ne se déplace plus ou peu. Les représentations encore souvent négatives qui leur sont associées sont source de nombreuses discriminations.

• Contexte normand

Selon l'analyse des schémas départementaux d'accueil des gens du voyage, on comptabilise environ 1 217 places sur les différentes aires d'accueil sans compter celles des aires de grands et petits passages. Si l'on considère qu'il y a en moyenne 3 à 4 personnes par ménage, on peut estimer qu'environ 4 900 personnes a minima vivent en permanence sur le territoire.

• Éléments de diagnostic

Plusieurs freins peuvent être identifiés chez les gens du voyage en termes de santé :

- Obstacles environnementaux
- Complications administratives
- Discriminations
- Méconnaissance du dispositif de santé
- Manque d'autonomie (illettrisme, manque de mobilité…)

3

PLAN D'ACTIONS

OBJECTIF : PRENDRE EN COMPTE LES QUESTIONS DE SANTÉ DES GENS DU VOYAGE

Action 1 (objectif 58) : Développer la médiation en santé

- évaluer les deux expérimentations existantes en Normandie en lien avec les acteurs concernés,
- mettre en place un COPIL commun,
- établir un état des lieux régional et déterminer les territoires à couvrir en priorité,
- établir une stratégie régionale pour déployer l'action sur d'autres sites,
- communiquer sur le dispositif,
- promouvoir un mode d'intervention basé sur le « aller vers », notamment en matière d'accès aux droits (Cf. Fiche PRAPS 3.1. Accès aux droits).

Action 2 (objectif 59) : Mieux informer les professionnels sur les facteurs de vulnérabilité liés à l'habitat mobile et aux spécificités de ce public

- établir un plan de communication et de formation en direction des professionnels de santé en établissement de santé et médico-sociaux et exerçant en libéral (via les URPS), en lien avec les acteurs spécialisés.

Action 3 (objectif 59) : Mieux prendre en compte ces publics dans la déclinaison des plans d'actions en prévention (nutrition, addictions, santé sexuelle, santé mentale…)

- intégrer un axe dans les plans d'actions des réseaux territoriaux de promotion de la santé et/ou des ateliers santé ville concernés,
- encourager la prise en compte de ce public dans les contrats locaux de santé concernés.

Action 4 (objectif 60) : Mieux prévenir les incidences environnementales et sanitaires liées à l'habitat mobile et les accidents dus aux modes de vies spécifiques des gens du voyage

- prévention des accidents domestiques, d'intoxication au monoxyde de carbone et du saturnisme,
- règles de sécurité au travail (notamment dans le cadre de travaux d'élagage, de ferraillage…) :
    - en diffusant une information adaptée aux usagers (recherche d'outils, des relais et des modes d'intervention les plus efficaces),
    - en portant un message de prévention dans les instances départementales et locales de pilotage des politiques en direction des gens du voyage (COPIL des aires notamment).

MODALITÉS D'ÉVALUATION

Indicateurs phares

- Résultats de l'évaluation de médiation en santé et couverture du territoire

Pilote : ARS

- Intégration d'un axe dans les projets de nouvelles aires ou les aménagements d'aires existantes

Pilotes : ARS, DIRECCTE, CARSAT, collectivités en charge d'aires d'accueil

3 3.5. PRENDRE EN COMPTE LES CONTRAINTES SPÉCIFIQUES DE CERTAINS USAGERS

3.5.5. LES PERSONNES EN SITUATION DE PROSTITUTION

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

61. INFORMER, ORIENTER ET ACCOMPAGNER LES PERSONNES VERS LES DISPOSITIFS DE DROIT COMMUN DANS LES CHAMPS DE LA SANTÉ/ SOCIAL/MÉDICO-SOCIAL, EN TENANT COMPTE DE LEURS SPÉCIFICITÉS

Enjeu(x) permettre à toute personne victime de prostitution, de proxénétisme et d'exploitation sexuelle de bénéficier d'un accompagnement en santé vers une prise en charge globale ouvrant sur des alternatives à la prostitution

Levier(s) projets existants d'accompagnement sanitaire et social des personnes en situation de prostitution à Rouen et à Caen

Frein(s) : linguistiques, psychologiques (crainte des personnes en situation irrégulière, peur des représailles), juridiques (situation administrative), géographiques (mobilité)

62. PROMOUVOIR LA DÉMARCHE DE RÉDUCTION DES RISQUES DANS LE CADRE DES INTERVENTIONS

Enjeu(x) privilégier une approche globale des situations sociales et de santé des personnes par le « aller vers » et la santé communautaire

Levier(s) un collectif de partenaires formé à cette démarche, dont des personnes issues de la prostitution

Frein(s) les références culturelles et barrières linguistiques

63. FAVORISER LA PROMOTION, L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ ET L'ACCÈS AU DÉPISTAGE (VIH, IST, HÉPATITES, CANCERS)

Enjeu(x) s'appuyer sur la réduction des risques afin de créer une alliance vers la prévention

Levier(s) structures de dépistage sur le territoire coordonnées et membres du comité technique du projet « accompagnement sanitaire et social des personnes en situation de prostitution sur l'agglomération caennaise » (camion du CAARUD mobile équipé avec un espace d'accueil et un espace d'entretien permettant la confidentialité), outils de convivialité, d'information et d'éducation pour la santé traduits et adaptés, matériel de communication, d'hygiène, de réduction des risques

Frein(s) mobilité du public, barrières linguistiques

64. SENSIBILISER LES PROFESSIONNELS, DANS LES CHAMPS DE LA SANTÉ, DU SOCIAL, MÉDICO-SOCIAL, QUI ACCOMPAGNENT LES PERSONNES

Enjeu(x) lutter contre la stigmatisation, la discrimination

Levier(s) appui méthodologique de Médecins du monde

Frein(s) représentations et tabous des acteurs à l'égard de cette population

Le rapport d'information sur la prostitution en France déposé à l'Assemblée nationale le 13 avril 2011 dénombre 20 000 à 40 000 personnes (selon les chiffres donnés par l'Office contre l'exploitation de l'être humain). 80 % de l'ensemble des personnes en situation de prostitution étaient de nationalité étrangère en métropole, 90 % des personnes exerçaient leur activité dans la rue.

La mise en œuvre de l'art. L. 1181-1. de la loi du 13 avril 2016 propose une politique de réduction des risques en direction des personnes prostituées qui consiste à prévenir les infections sexuellement transmissibles ainsi que les autres risques sanitaires, sociaux et psychologiques liés à la prostitution.

• Contexte normand

En Normandie, la prostitution est difficile à quantifier dans la mesure où c'est un public diffus. De plus, les réseaux déplacent les personnes concernées dans différentes villes afin d'éviter qu'elles puissent instaurer des liens avec leur environnement et notamment avec les travailleurs sociaux, qu'elles enclenchent une démarche de socialisation et de réinsertion qui mettent en danger le réseau.

Deux projets, portés l'un dès 2015 par Médecins du monde sur Rouen et l'autre par l'EPSM depuis 2017 sur l'agglomération caennaise, ont permis d'aborder la santé avec ce public et notamment la question de la gestion et réduction des risques.

• Eléments de diagnostic

Il est noté que ces personnes ont pour point commun une souffrance physique et psychique, des situations de violence et de mal-être profond, des problématiques de santé mal prises en compte.

3

PLAN D'ACTIONS

Action 1 (objectif 61) : Analyser la transférabilité de l'accompagnement sanitaire et social des personnes en situation de prostitution, pour garantir la pérennité de l'action :

- en s'appuyant sur les ressources locales caennaises,
- en élaborant un modèle selon des phases d'interconnaissance Rouen/Caen, d'identification de critères de transférabilité, d'acculturation, d'accompagnement formatif,
- en soutenant méthodologiquement Médecins du monde par l'IREPS,
- en collectant, adaptant et développant des outils d'information des acteurs et/ou des personnes sur les dispositifs de droit commun en santé et social (cartes en plusieurs langues, avec pictogrammes…).

Action 2 (objectif 61) : Évaluer l'expérimentation d'accompagnement sanitaire et social des personnes en situation de prostitution de l'agglomération caennaise

Action 3 (objectif 62) : Proposer du matériel adapté de réduction des risques et orienter pour les risques liés à l'hygiène, aux infections sexuellement transmissibles et aux consommations de substances psycho-actives

- en proposant des accès à des points d'eau,
- en organisant la récupération des déchets dont les déchets d'activités de soins à risques infectieux, un accès à la contraception gratuite, dont la contraception d'urgence, l'IVG et au traitement post-exposition en lien avec les dispositifs existants,
- dans certaines situations, en orientant vers la prophylaxie pré-exposition,
- en assurant une posture de réduction des risques vis-à-vis du public basée sur le non-jugement, l'écoute active et la prise en considération de la réalité des conditions de vie et de travail des personnes).

Action 4 (objectif 63) : Mettre en œuvre des actions de prévention-promotion de la santé adaptées aux besoins, à la demande et au contexte :

- par des entretiens individuels et collectifs,
- en collectant, adaptant et développant des outils d'éducation pour la santé spécifiques,
- en favorisant la participation active et libre des personnes concernées pour développer des réponses de santé et un accès effectif à leurs droits, pour se rendre par exemple, vers les structures proposant le dépistage, notamment par TROD, en y associant un accompagnement adapté des personnes ayant un dépistage positif,
- en accompagnant vers les dispositifs de dépistage de droit commun en fonction des risques identifiés et de la demande des personnes,
- en organisant un accès à un suivi gynécologique en lien avec les dispositifs existants.

Action 5 (objectif 64) : Développer des sessions de sensibilisation des professionnels santé / social aux problématiques spécifiques des personnes en situation de prostitution :

- en construisant, renforçant et en animant un réseau de professionnels santé / social sensibilisés aux questions spécifiques des personnes en situation de prostitution,
- en développant la connaissance du réseau santé / social de proximité par les équipes allant à la rencontre des personnes en situation de prostitution.

MODALITÉS D'ÉVALUATION

Indicateurs phares

- Réalisation du modèle d'intervention

Pilotes : Médecins du monde et IREPS

- Nombre de sessions de formation et type de professionnels formés

Pilotes : ARS/IREPS

GLOSSAIRE

A

AAH
Allocation adultes handicapés

ACT
Appartement de coordination thérapeutique

AHI
Accueil hébergement insertion

AME
Aide médicale d'État

ANPAA
Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie

ARS
Agence régionale de santé

ASE
Aide sociale à l'enfance

ASV
Atelier santé ville

C

CAARUD
Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues

CADA
Centre d'accueil de demandeurs d'asile

CAO
Centre d'accueil et d'orientation

CARSAT
Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail

CCAS
Centre communal d'action sociale

CFA
Centre de formation pour apprentis

CeGIDD
Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par le VIH, les hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles

CHRS
Centre d'hébergement et de réinsertion sociale

CHS
Centre hospitalier psychiatrique

CLIC
Centre local d'information et de coordination

CLS
Contrat local de santé

CLSM
Conseil local de santé mentale

CMP
Centre médico-psychologique

CMS
Centre médico-social

CNSA
Caisse nationale de solidarité et de l'autonomie

COS
Cadre d'orientation stratégique

COTECH
Comité technique

CPAM
Caisse primaire d'assurance maladie

CPOM
Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CPU
Commission pluridisciplinaire unique

CSAPA
Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie

CTS
Conseils territoriaux de santé

D

DCAS
Délégué à l'accès aux soins

DCGDR
Direction de la coordination de la gestion du risque

DDCS
Direction départementale de la cohésion sociale

DDCSPP
Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations

DISP
Direction inter-régionale des services pénitentiaires

DRAAF
Direction régionale de l'agriculture, de l'alimentation et de la forêt

DRDJSCS
Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale

E

EHPAD
Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EMPP
Équipe mobile psychiatrie précarité

EPIDE
Établissement public d'insertion de la défense

EPSM
Établissement public de santé mentale

ETP
Éducation thérapeutique du patient

F

FNORS
Fédération nationale des observatoires de santé

FJT
Foyer de jeunes travailleurs

FSV
Fonds de solidarité vieillesse

FTM/RS
Foyers de travailleurs migrants et résidences sociales

G

GHT
Groupement hospitalier de territoire

H

HAD
Hospitalisation à domicile

HCSP
Haut conseil de la santé publique

I

IREPS
Instance régionale d'éducation et de promotion santé

IRSA
Institut inter-régional pour la santé

ISTS
Inégalités sociales et territoriales de santé

IVG
Interruption volontaire de grossesse

L

LAM
Lit d'accueil médicalisé

LHSS
Lit halte soins santé

LMSS
Loi de modernisation de notre système de santé

M

MADO
Maison des adolescents

MAIA
Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie

MDPH
Maison départementale des personnes handicapées

MIG
Mission d'intérêt général

MILDECA
Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives

MLJ
Mission locale pour l'insertion professionnelle et sociale des jeunes

MSA
Mutualité sociale agricole

O

OFII
Office français de l'immigration et de l'intégration

OMS
Organisation mondiale de la santé

ONDAM
Objectif national de dépenses de l'Assurance maladie

ORS
Observatoire régional de la santé

OR2S
Observatoire régional de la santé et du social

P

PNRT
Plan national de réduction du tabagisme

P2RT
Plan régional de réduction du tabagisme

PAERPA
Programme pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie

PASS
Permanence d'accès aux soins de santé

PDALHPD
Plan départemental d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées

PDLHI
Pôle départemental de lutte contre l'habitat indigne

PDS
Permanence des soins

PFIDASS
Plate-forme d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé

PJJ
Protection judiciaire de la jeunesse

PLANIR
Plan local d'accompagnement de non recours des incompréhensions et des ruptures

PMI
Protection maternelle et infantile

PNNS
Programme national nutrition santé

PPSMJ
Personnes placées sous main de justice

PRAPS
Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies

PRE
Programme de réussite éducative

PRS
Projet régional de santé

PRSE
Projet régional santé-environnement

PSLA
Pôle de santé libéral et ambulatoire

PTA
Plateforme territoriale d'appui

PTSM
Projet territorial de santé mentale

R

RCP
Réunion de concertation pluridisciplinaire

REP
Réseau d'éducation prioritaire

RRAPP
Réseau régional action psychiatrie précarité

RSA
Revenu de solidarité active

RTPS
Réseau territorial de promotion de la santé

S

SEGPA
Section d'enseignement général et professionnel adapté

SAMSAH
Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

SAVS
Service d'accompagnement à la vie sociale

SIAO
Service intégré d'accueil et d'orientation

SPASAD
Service polyvalent d'aide et de soins à domicile

SPIP
Service pénitentiaire d'insertion et de probation

SRS
Schéma régional de santé

SSIAD
Service de soins infirmiers à domicile

T

TROD
Test rapide d'orientation diagnostique

U

URPS
Union régionale des professions de santé

URML
Union régionale des médecins libéraux

V

VIF
Violences intra-familiales

Z

ZEP
Zone d'éducation prioritaire

ZRR
Zone de revitalisation rurale

Agence régionale de santé de Normandie
Espace Claude Monet
2 place Jean Nouzille – CS 55035
14050 CAEN Cedex 4
Tél. : 02 31 70 96 96
Courriel : ars-normandie-contact@ars.sante.fr
Site : www.normandie.ars.sante.fr
Compte twitter : @ars_normandie

version du 09.03.2018