ARS HAUTS-DE-FRANCE - PRS2 // 2018-2023
CADRE D'ORIENTATION STRATÉGIQUE
SCHÉMA RÉGIONAL DE SANTÉ
PRAPS

Agence Régionale de Santé
Hauts-de-France

PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ DES HAUTS-DE-FRANCE

SCHÉMA RÉGIONAL DE SANTÉ 2018-2023

Version soumise à la consultation

27 février 2018

SOMMAIRE

Le Préambule de la directrice générale 9
Introduction 11
Orientation stratégique 1 : Promouvoir un environnement favorable à la santé et agir sur les comportements dès le plus jeune age 12
Objectif général 1 : Promouvoir un environnement favorable à la santé (PRSE3) 13
Objectif 1 - Protéger les générations futures 15
Objectif 2 - Former et sensibiliser les professionnels de la périnatalité, de la santé et de la petite enfance à la santé environnementale 16
Objectif 3 - Permettre la distribution d'une bonne qualité d'eau de consommation humaine 17
Objectif 4 - Soutenir le développement d'une réponse coordonnée territoriale face aux enjeux environnementaux et leurs impacts sanitaires 18
Objectif 5 - Développer une pratique environnementale dans les établissements de santé et médico-sociaux 19
Objectif général 2 : Promouvoir des comportements favorables à la santé 20
Objectif 1 : Inciter les professionnels de la santé et du médico-social à se faire vacciner et à promouvoir la vaccination 22
Objectif 2 : Accompagner la population vers la vaccination et vers une offre vaccinale structurée 23
Objectif 3 : Promouvoir l'activité physique et lutter contre la sédentarité, à tous les âges de la vie 25
Objectif 4 : Développer la capacité d'agir en matière d'alimentation-santé 26
Objectif 5 : Favoriser l'adoption de comportements de prévention en santé affective et sexuelle 27
Objectif général 3 : Promouvoir la santé des jeunes 29
Objectif 1 : Promouvoir des environnements et comportements favorables au bien-être et au développement physique et mental des jeunes 31
Objectif 2 : Structurer une offre de prévention accessible et adaptée 32
Objectif 3 : Réduire les comportements à risque chez les jeunes 33
Objectif 4 : Améliorer la connaissance de l'état de santé des jeunes et de leurs déterminants 34
Objectif 5 : Renforcer la coordination des acteurs œuvrant en faveur de la santé des jeunes sur les territoires 35
Orientation stratégique 2 : Mobiliser les acteurs de la santé pour apporter des réponses aux ruptures dans les parcours de santé 36
Objectif général 4 : Cibler les Femmes-mères-enfants les plus vulnérables 37
Objectif 1 : Renforcer les actions de prévention et de repérage, et faciliter l'accès aux soins, concernant les facteurs de risque pour la santé de la Femme 40
Objectif 2 : Structurer les parcours de santé des femmes en les adaptant aux facteurs de risques pouvant avoir un impact négatif sur la santé de la femme autour de la naissance ou de son enfant 41
Objectif 3 : Promouvoir la "bientraitance" en périnatalité 42
Objectif 4 : Renforcer l'accès à la prévention ainsi qu'au repérage des facteurs de risque pour la santé et le développement des enfants de la naissance à 6 ans et faciliter le recours aux soins 43

Objectif 5 : Structurer le parcours de soins des enfants notamment ceux présentant une situation de vulnérabilité ou une pathologie nécessitant des interventions pluri-professionnels ... 44
Objectif général 5 : Accompagner le vieillissement et soutenir les aidants ... 45
Objectif 1 : Prévenir et repérer la perte d'autonomie ... 47
Objectif 2 : Soutenir les aidants et les accompagner au quotidien ... 48
Objectif 3 : Ajuster l'offre sur les territoires selon les besoins identifiés ... 49
Objectif 4 : Améliorer l'articulation des dispositifs et acteurs sur les territoires ... 50
Objectif 5 : Développer la culture commune et la formation gériatrique ... 51
Objectif général 6 : Développer les parcours de vie sans rupture pour les personnes souffrant de handicaps ... 52
Objectif 1 : Déployer sur les cinq départements de la région la démarche Réponse Accompagnée Pour Tous ... 55
Objectif 2 : Améliorer l'effectivité de l'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de handicap de la région Hauts-de-France ... 57
Objectif 3 : Soutenir et accompagner les aidants de personnes en situation de handicap et promouvoir la pair-aidance ... 59
Objectif 4 : Améliorer l'accès au repérage et au dépistage dans un objectif d'accompagnement précoce des enfants présentant un risque de handicap ... 60
Objectif 5 : Rendre effective la possibilité d'inscription de tous les enfants en situation de handicap dans un parcours de scolarisation et de vie sans rupture ... 62
Objectif 6 : Adapter et/ou développer l'offre d'accompagnement en établissements aux besoins des adultes en situation de handicap ... 63
Objectif 7 : Soutenir le choix des adultes en situation de handicap de vivre en milieu ordinaire ... 64
Objectif général 7 : Repérer et mieux organiser les filières Diabète, Obésité et Insuffisance Rénale Chronique ... 65
Objectif 1. Continuer le repérage précoce de l'obésité, du diabète et de ses complications tout en renforçant l'accompagnement en soins de ville ... 67
Objectif 2. Poursuivre l'organisation de filières territoriales de prise en charge de patients atteints d'obésité et de diabète ... 68
Objectif 3. Renforcer la structuration du parcours d'aval ... 69
Objectif 4 : Garantir la qualité du parcours de soins des patients en pré et post chirurgie de l'obésité ... 70
Objectif 5 : Appliquer les recommandations HAS de suivi de la maladie rénale chronique ... 71
Objectif général 8 : Réduire les inégalités sociales et territoriales liées aux cancers ... 72
Objectif 1 : Réduire les inégalités d'accès aux dépistages des cancers ... 74
Objectif 2 : Structurer le parcours de soins des patients atteints de cancer ... 75
Objectif 3 : Faciliter l'accès aux progrès et aux innovations thérapeutiques en cancérologie ... 76
Objectif 4 : Améliorer la qualité de vie des malades ... 77
Objectif 5 : Optimiser le pilotage et les organisations régionales ... 78
Objectif général 9 : Favoriser le parcours de vie en santé mentale en veillant à limiter les hospitalisations ... 79
Objectif 1 : Repérer et prendre en charge précocément le risque suicidaire ... 81
Objectif 2 : Développer les prises en charge ambulatoires en adaptant l'offre dans le champ sanitaire, social et médico-social ... 82

Objectif 3 : Coordonner les démarches de soins et d'accompagnement social et médico-social 83
Objectif 4 : Assurer la prise en charge des enfants et des adolescents à risque 84
Objectif 5 : Promouvoir l'insertion des personnes souffrant de troubles psychiques dans la cité 85
Objectif général 10 : Améliorer l'accès à la prévention et la prise en charge des conduites à risques et/ou addictives 86
Objectif 1 : Renforcer les actions de promotion et de prévention des conduites addictives ayant démontré leur efficacité, en particulier envers les publics prioritaires 88
Objectif 2 : Améliorer l'accès et le recours aux dispositifs d'accompagnement des conduites addictives en garantissant leur efficience et en favorisant les coopérations 89
Objectif 3 : Optimiser les prises en charge alternatives à l'hospitalisation complète en garantissant l'efficience des dispositifs et les partenariats 91
Objectif 4 : Poursuivre le développement d'une politique de réduction des risques et des dommages au plus près des besoins de l'usager 92
Objectif 5 : Conforter les compétences en matière d'addictologie des professionnels oeuvrant dans le champ des addictions et des acteurs de proximité 93
Objectif général 11 : Optimiser le parcours des patients atteints de maladies cardio-neurovasculaires ou respiratoires sévères 94
Objectif 1 : Repérer le plus tôt possible les facteurs de risque et/ou la maladie et définir avec le patient une prise en charge coordonnée par son médecin traitant 96
Objectif 2 : Mieux organiser la filière d'urgence en cas d'événement aigu cardio-neurovasculaire ou respiratoire 97
Objectif 3 : Mieux préparer et fluidifier la sortie d'hospitalisation 98
Objectif 4 : Améliorer l'organisation de la filière d'aval 99
Objectif 5 : Développer un volet recherche / innovation dans le cadre de l'optimisation des parcours 101
Orientation stratégique 3 : Garantir l'accès à la santé pour l'ensemble de la population, en s'appuyant sur les dynamiques issues des territoires, les innovations et le numérique 102
Objectif général 12 : Lutter contre la désertification 103
Objectif 1 : Accompagner les professionnels de santé tout au long de leur parcours 105
Objectif 2: Orienter et accompagner les jeunes vers les métiers de la santé dans les disciplines les plus en tension, quelque soient le secteur et le mode d'exercice 107
Objectif 3: Attirer les professionnels de santé dans les territoires et les disciplines les plus en tension 108
Objectif 4: Optimiser les ressources médicales et paramédicales sur les territoires 110
Objectif général 13 : Améliorer l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies 111
Objectif général 14 : Mettre en oeuvre la révolution numérique en santé 112
Objectif 1 : Accompagner la numérisation du secteur de la santé et développer les dispositifs sécurisés de partage, d'échange d'informations médicales et administratives 115
Objectif 2 : Développer la télémédecine pour enrichir l'offre de soins dans les zones les moins favorisées et diminuer les délais de prise en charge 116
Objectif 3 Outiller les parcours en déployant des applications numériques 117
Objectif 4 : Développer les dispositifs numériques innovants pour favoriser les actions de préventions et faciliter certaines prises en charge sur le lieu de vie 118
Objectif 5 : Déployer des dispositifs de collecte et de traitement des données de santé 119

Objectif général 15 : Garantir l'accès aux urgences, à l'imagerie médicale, aux soins critiques et palliatifs 120
Objectif 1 : Développer les outils de coopération et de mise en lien des acteurs de l'aide médicale urgente et de l'ensemble de l'offre de soins afin d'améliorer l'accès aux soins urgents et optimiser les organisations et les ressources 123
Objectif 2 : Harmoniser une stratégie régionale de qualité des soins dans toutes les unités de la filière des soins critiques, à partir d'une meilleure connaissance des pratiques et des organisations dans les territoires 124
Objectif 3 : Fluidifier les circuits des patients de la filière des soins critiques, en optimisant le séjour de l'admission à la sortie 125
Objectif 4 : Développer les prises en charge de proximité en soins palliatifs 126
Objectif 5 : Maintenir les efforts de maillage territorial en imagerie médicale, en tenant compte de l'efficience des plateaux techniques, des impératifs de permanence des soins, des innovations techniques et thérapeutiques. 128
Objectif général 16 : Poursuivre la dynamique transfrontalière pour l'accès à des soins de qualité 130
Objectif 1 : Améliorer l'accès aux soins et la mobilité des patients transfrontaliers 132
Objectif 2 : Consolider la gouvernance de la coopération transfrontalière 133
Objectif 3 : Etablir un diagnostic relatif aux flux de prises en charge des personnes handicapées en Wallonie 134
Objectif 4 : Garantir la qualité de la prise en charge des personnes handicapées dans les établissements médico-sociaux wallons 135
Orientation stratégique 4 : Garantir l'efficience et la qualité du système de santé 136
Objectif général 17 : Garantir l'efficience des établissements de santé, médico-sociaux et des opérateurs de prévention 137
Objectif 1 : Renforcer l'efficience des acteurs de prévention et des interventions en Santé Publique 139
Objectif 2 : Renforcer l'efficience des établissements de santé 140
Objectif 3 : Renforcer l'efficience de l'offre médicosociale 141
Objectif 4 : Assurer l'adéquation de l'offre des transports sanitaires aux besoins de la population 142
Objectif 5 : Inscrire l'ETP au sein du parcours de soins du patient et structurer, sur les territoires, une offre d'ETP graduée, articulant parcours éducatif et parcours de santé 143
Objectif général 18 : Poursuivre le développement des alternatives à l'hospitalisation 145
Objectif 1 : Faciliter le développement de l'hospitalisation à domicile (HAD) en améliorant la coordination hôpital/HAD/ville 147
Objectif 2 : Accentuer l'intervention de l'HAD dans certaines prises en charge spécifiques 149
Objectif 3 : Promouvoir l'innovation en chirurgie ambulatoire 151
Objectif général 19 : Développer la culture et le souci permanent de la qualité et de la sécurité des soins 152
Objectif 1 : Poursuivre l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en établissements de santé en lien avec la procédure de certification HAS. 154
Objectif 2 : Promouvoir une culture de la qualité et la sécurité des soins des usagers auprès des professionnels de santé 155
Objectif 3 : Améliorer l'organisation des Structures d'étude et de traitement de la Douleur Chronique (SDC) labellisées 156
Objectif 4 : Adapter les implantations des sites transfusionnels EFS, des dépôts de sang en établissements et de leur type en fonction de l'évolution des activités des établissements et/ou éventuels regroupements 157

Objectif 5 : Contribuer à la garantie de la qualité d'une partie de la phase pré-analytique des prélèvements effectués en dehors d'un laboratoire de biologie médicale (LBM) ou d'un établissement de santé 158
Orientation stratégique 5 : Assurer la veille et la gestion des risques sanitaires 159
Objectif général 20 : Assurer la veille et la sécurité sanitaire 160
Objectif 1 : Prévenir l'émergence et la diffusion des BMR/BHRe dans les trois secteurs de soins (communautaire, médico-social et hospitalier). 162
Objectif 2 : Mettre en place une coordination régionale des vigilances sanitaires 163
Objectif 3 : Poursuivre la démarche « qualité-sécurité » de la prise en charge médicamenteuse du patient dans son parcours de soins 164
Objectif 4 : Détecter et répondre aux urgences de santé publique (hors champs des situations exceptionnelles) 165
Objectif général 21 : Se préparer à la gestion des situations exceptionnelles 166
Objectif 1 : Accroître l'efficience et la coordination de la réponse sanitaire aux SSE 168
Objectif 2 : Accompagner l'application des dispositions réglementaires relatives à la défense et à la sécurité 169
Objectif 3 : Intensifier la formation des professionnels de santé aux risques majeurs 170
Objectif 4 : Formaliser l'implication du secteur libéral dans la réponse aux SSE 171
Objectif 5 : Adapter le dimensionnement et le positionnement des moyens opérationnels de réponse aux SSE 172
Orientation stratégique 6 : Renforcer les synergies territoriales et prioriser les actions en fonction des spécificités territoriales 173
Objectif général 22 : Promouvoir les synergies territoriales 174
Objectif 1 : Décliner le PRS dans les territoires selon 5 priorités élaborées en collaboration avec les représentants des territoires 176
Objectif 2 "Dispositif territorial": Soutenir une organisation des soins de ville adaptée à chaque territoire et à chaque patient en accompagnant le déploiement des nouvelles formes de coordination des professionnels de santé 177
Objectif 3 : Garantir un panier de soins hospitaliers publics et privés de proximité et une orientation adéquate, dès que nécessaire, vers un plateau technique de recours, en s'appuyant sur des coopérations hospitalières dans une optique de gradation 178
Objectif 4 "Dispositif territorial" : Développer une politique locale de santé urbaine et rurale en assurant une cohérence entre les dispositifs existants et en favorisant les partenariats 179
Annexes 180
Objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre de soins 181
Objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre de soins 181
Médecine 183
Hospitalisation à domicile 186
Chirurgie 187
Périnatalité 188
Psychiatrie 192
Soins de suite et de réadaptation (SSR) 195
Unités de soins longue durée (USLD) 204

Cardio-interventionnelle 205
Urgence 207
Réanimation 212
Insuffisance rénale chronique (IRC) 214
Activités d'assistance à la procréation (AMP) et de diagnostic prénatal (DPN) 217
Activités d'AMP biologiques 218
Activités d'AMP cliniques 219
DPN 220
Cancer 222
TRAITEMENT DU CANCER 223
CHIRURGIE DES CANCERS : 225
Examens génétiques 230
Equipements matériels lourds 231
Scanner 233
Imagerie par résonance magnétique (IRM) 234
Caméras à scintillation (Gamma) 235
Tomographies par émission de positons (TEP) 236
Caissons hyperbares 237
Cyclotrons 238
Biologie médicale 239
Biologie médicale 239
L'offre de biologie médicale dans la région Hauts-de-France 239
Permanence des soins en établissements de santé (PDSES) 242
Permanence des soins en établissements de santé 242
Par zone 244
Tableau par zone N°1 : Zone n°1 A– Dunkerquois – Flandres maritime 245
Tableau par zone N°2 : Zone n°2 A– Flandres intérieure 246
Tableau par zone N°3 : Zone n°3 A– Lille 247
Tableau par zone N°4 : Zone n°4 A– Roubaix-Tourcoing 251
Tableau par zone N°5 : Zone n°5 A– Douaisis 253
Tableau par zone N°6 : Zone n°6 A– Valenciennois 254
Tableau par zone N°7 : Zone n°7 A– Cambraisis 256
Tableau par zone N°8 : Zone n°8 A– Sambre-Avesnois 257
Tableau par zone N°9 : Zone n°9 A– Calaisis 258
Tableau par zone N°10 : Zone n°10 A– Audomarois 259
Tableau par zone N°11 : Zone n°11 A – Boulonnais 260
Tableau par zone N°12 : Zone n°12 A– Montreuillois 261
Tableau par zone N°13 : Zone n°13 A– Béthunois 262

Tableau par zone N°14 : Zone n°14 A– Lens – Hénin-Beaumont 263
Tableau par zone N°15 : Zone n°15 A – Arrageois 265
Tableau par zone N°16 : Zone n°16 A – Abbeville 266
Tableau par zone N°17 : Zone n°17 A– Amiens 267
Tableau par zone N°18 : Zone n°18 A– Beauvais 269
Tableau par zone N°19 : Zone n°19 A– Compiègne - Noyon 270
Tableau par zone N°20 : Zone n°20 A– Creil - Senlis 271
Tableau par zone N°21 : Zone n°21 A – Péronne – Saint-Quentin - Hirson 272
Tableau par zone N°22 : Zone n°22 A – Laon 273
Tableau par zone N°23 : Zone n°23 A– Soissons – Château-Thierry 274
Les découpages territoriaux du PRS 2 : Définitions 275
Territoires du PRS2 275
Glossaire 277
Références des textes législatifs et règlementaires 287

LE PRÉAMBULE DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE

Le Projet régional de santé (PRS) définit, en cohérence avec les orientations nationales, et pour les dix années à venir, la stratégie de santé en région. L'objectif majeur est d'optimiser encore notre système en termes d'organisation, et de pertinence des réponses, pour améliorer la santé de nos concitoyens.

La santé étant incontestablement l'affaire de tous, ce projet régional résulte, et je m'en félicite, d'une très large concertation avec les acteurs de la santé de la région. Ainsi, au total, plus de 1000 participants représentant les professionnels du soin, de la prévention et du médico-social, les partenaires institutionnels et les usagers se sont mobilisés pour aboutir à un consensus sur les problématiques de santé et définir ensemble les orientations prioritaires pour la région, tout en veillant au respect des spécificités territoriales.

Notre système de santé régional est en effet, et à l'image des autres régions françaises, confronté aux défis majeurs du 21ème siècle - démographiques, épidémiologiques et sociétaux - qui nécessitent son adaptation. Parmi ces défis : le vieillissement démographique et ses conséquences en termes de progression des maladies chroniques et de perte d'autonomie, les risques sanitaires d'origine environnementale ou infectieuse, la persistance des inégalités sociales et territoriales de santé, laquelle impacte particulièrement notre région.

Un autre défi concerne l'efficience du système, qui doit être consolidée et renforcée afin de garantir à tous un accès à des soins et à des accompagnements de qualité.

Relever ces défis dans les Hauts-de-France, suppose en premier lieu la capacité du Projet régional de santé à mobiliser les professionnels de santé, les partenaires institutionnels et les usagers autour d'ambitions partagées.

Mobiliser les professionnels de santé, acteurs essentiels de la mise en œuvre du PRS au plus près des usagers, nécessite une attention forte à l'évolution de la démographie de ces professionnels et un accompagnement volontariste pour maintenir leur présence, et la renforcer sur certains territoires, dans l'objectif majeur d'égal accès à l'offre de santé.

Mobiliser les professionnels, c'est aussi les accompagner au changement, à l'évolution des pratiques, veiller à leur formation et à des conditions de travail satisfaisantes.

Mobiliser les partenaires institutionnels - services de l'Etat, de l'assurance maladie et collectivités territoriales - agissant dans le secteur de la santé, de l'éducation, de la cohésion sociale, du logement, du travail, de l'environnement, de l'aménagement du territoire, de la justice, autour d'objectifs partagés permet d'envisager pour chaque personne un parcours de vie où l'environnement, l'activité quotidienne, l'entourage social constituent des facteurs clés du maintien d'un bon état de santé, au sens où l'entend l'Organisation Mondiale de la Santé.

Mobiliser les usagers, favoriser leur expression pour mieux percevoir leurs besoins et les placer au cœur des parcours de santé, doit contribuer, par un regard différent sur les questions de santé, au développement de nouvelles réponses préventives et curatives, de nouveaux modes d'intervention et de prise en charge mieux adaptés à l'évolution des attentes. Il importe aussi que l'accompagnement au changement vers des comportements plus favorables à la santé s'opère avec l'adhésion de la population, sans stigmatisation ni culpabilisation.

L'association des élus constitue, par ailleurs, un indéniable facteur de réussite des projets de santé dans les territoires. Aux côtés de l'ARS, la vision de proximité que portent les élus locaux est précieuse afin de mieux mettre en évidence les problèmes et les inégalités de santé et adapter les interventions en conséquence. En outre, les compétences dont ils disposent offrent des possibilités d'intervention sur les déterminants sociaux de la santé.

Un autre facteur de réussite sera la nécessaire modernisation du système de santé prenant appui sur la révolution numérique au service de l'accès de tous à des soins de qualité.

Le soutien aux innovations apparaît également comme une condition indispensable au maintien de l'excellence régionale au bénéfice des usagers du sytème de santé.

Enfin, il nous appartient de poursuivre nos efforts en matière d'amélioration constante de la qualité et de l'efficience, afin de préserver un financement solidaire indispensable à l'équilibre du modèle social français. Cela implique, par exemple, de promouvoir la pertinence des presciptions et la dispensation du juste soin, par des professionnels de santé intervenant de façon coordonnée au bénéfice du patient. Il conviendra également de développer les alternatives à l'hospitalisation pour optimiser les durées de séjour et la qualité de vie des patients, d'évaluer en continu l'efficience des médicaments et des dispositifs médicaux, d'accompagner les établissements de santé vers l'équilibre financier par le renforcement de leur performance interne et leur inscription dans des organisations territoriales cohérentes.

Cette recherche d'efficience sera menée en totale cohérence avec le plan d'appui à la transformation du système de santé 2018-2022.

Se voulant opérationnel, ce document exprime une vision et une ambition partagées. Il propose des objectifs concrets et réalistes, qu'il s'agira de mettre en œuvre, de suivre et d'évaluer grâce à une méthode intégrée dès la conception du projet, condition de sa réussite sur les années à venir.

J'adresse mes sincères remerciements aux nombreux acteurs de la région qui ont contribué à définir ce Projet régional de santé. Les ambitions sont grandes, mais à la hauteur des enjeux de la région, et je sais compter sur votre mobilisation pour que ce travail de conception riche produise des résultats sur la santé des habitants de notre région.

INTRODUCTION

Le schéma régional de santé décline les objectifs stratégiques du cadre d'orientation stratégique du projet régional de santé, il comprend l'annexe des implantations de l'offre de soins et de biologie, l'annexe de la permanence des soins des établissements de santé et une annexe qui rappelle les différents territoires de référence du projet régional de santé .

Le schéma régional de santé est établi sur la base d'une évaluation des besoins et de l'offre de santé. Il détermine des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, y compris en matière de prévention, promotion de la santé et accompagnement médico-social. Il est arrêté pour une durée de cinq ans[1].

Il a été élaboré avec la méthodologie innovante et participative décrite dans le cadre d'orientation stratégique.

Les objectifs stratégiques du COS se déclinent en 22 objectifs généraux. Ces objectifs généraux sont décrits au travers d'un nombre d'objectifs opérationnels limités pour garantir un PRS qui s'attache aux problématiques essentielles de la région. La description de chaque objectif opérationnel est identique et respecte les articles R.1434-1 et suivants du code de la santé publique. A travers ces fiches descriptives, le schéma régional de santé prépare le cadre pour les actions concrètes qui seront mises en œuvre pendant les 5 années à venir.

Le schéma régional étant unique, des logos ont été mis en place pour permettre au lecteur de savoir dans quels secteurs s'inscrit chaque objectif.

Ainsi les logos sont les suivants :

Promotion Prévention de la Santé

Offre médico-sociale

Offre de soins ambulatoire

Santé Environnement

Offre de soins hospitalière

Veille Sécurité Sanitaire

L'annexe des objectifs quantifitatifs et qualitatifs de l'offre de soins décrit les autorisations du secteur sanitaire et leurs évolutions possibles. Elle a fait l'objet d'une large concertation dans la continuité de la méthodologie déployée pour l'ensemble du PRS.

L'annexe sur la biologie médicale permet d'apporter l'information sur l'existant en terme d'offre et d'en déduire les possibilités de développement.

L'annexe de la permanence des soins décrit l'ensemble des lignes de gardes régionales par spécialité et par zone. Cette annexe est règlementaire et n'a fait l'objet d'aucune modification depuis le PRS 1. Elle fera l'objet d'une révision au cours de la mise en œuvre du PRS2.

L'annexe sur les découpages territoriaux du PRS vise à rappeler les différents types de territoires de référence du PRS2 en précisant le cas échéant le lien vers les textes législatifs et règlementaires.

Un lexique à la fin du document rassemble l'ensemble des acronymes qui sont soulignés dans le texte.

[1] Article L.1434-2 du code de la santé publique

ORIENTATION STRATÉGIQUE 1 : PROMOUVOIR UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE À LA SANTÉ ET AGIR SUR LES COMPORTEMENTS DÈS LE PLUS JEUNE AGE

OBJECTIF GÉNÉRAL 1 : PROMOUVOIR UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE À LA SANTÉ (PRSE3)

PROBLÉMATIQUES PRIORITAIRES

Les effets de l'environnement sur la femme enceinte et l'enfant et les effets à l'âge adulte sont de plus en plus démontrés. Les scientifiques s'accordent désormais à dire que les polluants environnementaux ont tout particulièrement un effet lors des 1000 premiers jours de la vie. Ainsi, il convient de mettre en œuvre des actions afin de protéger cette population particulièrement vulnérable.

Les professionnels de santé interviennent dès le plus jeune âge de la vie, notamment ceux de la périnatalité (sages-femmes, gynécologues…). Ils sont donc un excellent relai d'informations vers des populations vulnérables, comme les femmes enceintes et les jeunes enfants. Il en est de même des professionnels de la petite enfance qui concourent au développement et au bien-être de l'enfant. Ces professionnels doivent donc être sensibilisés aux polluants environnementaux afin qu'ils puissent informer et conseiller les futurs et jeunes parents sur les pratiques à suivre et celles à éviter afin d'assurer la bonne santé de l'enfant tout au long de sa vie.

L'eau, si elle est mal contrôlée ou si sa qualité n'est pas assurée, peut être vecteur de nombreux polluants chimiques et microbiologiques. Ainsi, il convient de s'assurer de sa bonne qualité, depuis le point de captage jusqu'à l'eau distribuée, soit tout au long du parcours de l'eau.

La région Hauts-de-France présente de nombreuses disparités territoriales et environnementales. Aussi, des actions spécifiques doivent être mises en place sur les territoires concernés plus particulièrement par des sites et sols pollués, des ICPE, ou encore points noirs de la qualité de l'air.

Les établissements de santé et médico-sociaux reçoivent des publics particulièrement sensibles, et pour lesquels une attention particulière doit être portée à leur environnement et aux pollutions auxquelles ils peuvent être exposés. C'est pourquoi, ces établissements doivent mettre en place des démarches afin de réduire ces pollutions, qu'elles soient physiques, chimiques ou biologiques.

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

1 - Protéger les générations futures

2 - Former et sensibiliser les professionnels de la périnatalité, de la santé et de la petite enfance à la santé environnementale

3 - Permettre la distribution d'une bonne qualité d'eau de consommation humaine

4 - Soutenir le développement d'une réponse coordonnée territoriale face aux enjeux environnementaux et leurs impacts sanitaires

5 - Développer une pratique environnementale dans les établissements de santé et médico-sociaux

LIENS AVEC LES AUTRES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

L'objectif général 2 "Promouvoir des comportements favorables à la santé"

L'objectif opérationnel "Promouvoir l'activité physique et lutter contre la sédentarité"

L'objectif général 3 "Promouvoir la santé des jeunes"

L'objectif général 4 "Cibler les femmes-mères-enfants les plus vulnérables"

L'objectif général 11 "Optimiser le parcours des patients atteints de maladies cardio-neurovasculaires et respiratoires sévères"

OBJECTIF 1 - PROTÉGER LES GÉNÉRATIONS FUTURES

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Il est maintenant reconnu que les polluants environnementaux ont un impact dès le plus jeune âge et même lors de la vie fœtale, et cela a un impact à l'âge adulte. Il semble donc primordial de protéger les femmes enceintes et les enfants qui représentent une population particulièrement vulnérable.

Dans cet objectif opérationnel, il s'agit donc de sensibiliser les futurs et jeunes parents, ainsi que les enfants à l'impact que peut avoir l'environnement sur leur santé que ce soit au travers d'une pollution chimique, physique ou biologique (perturbateurs endocriniens, rayonnements, expositions sonores).

De plus, les enfants passant un temps relativement long dans certains ERP (crèches, écoles…), il s'agit donc également d'accompagner les gestionnaires de ces établissements aux bonnes pratiques pour réduire les polluants présents dans leurs locaux.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Il s'agit de sensibiliser les futurs et jeunes parents, ainsi que les enfants, pré-ados et adolescents aux risques environnementaux auxquels ils peuvent être confrontés via la mise en place de session de sensibilisation dans les PMI, en cours de préparation à la naissance ou encore en classe.

Il s'agit également de mettre en place et proposer aux ERP accueillant de jeunes enfants des outils afin de mettre en place des pratiques favorables à la santé. Des échanges de pratiques entre établissements et collectivités pourront être mis en place.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Information/Communication, Formation, Surveillance et observation de la santé, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

PMI, collectivités territoriales, éducation nationale, professionnel périnatalité, gestionnaires de crèches, réseaux de périnatalité

POPULATION CONCERNÉE

Futurs et jeunes parents, enfants, adolescents

ETAPES DU PARCOURS

Prévention primaire, comportements

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

PNSE3

OBJECTIF 2 - FORMER ET SENSIBILISER LES PROFESSIONNELS DE LA PÉRINATALITÉ, DE LA SANTÉ ET DE LA PETITE ENFANCE À LA SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Les professionnels de santé sont des interlocuteurs privilégiés de la population, et interviennent dès le plus jeune âge. Ainsi, ils constituent des relais importants d'informations et de conseils pour leurs patients.

Or, ces professionnels reçoivent très peu de formation sur les thématiques SE, alors qu'il est avéré que les facteurs environnementaux ont une part importante dans l'état de santé de la population (+ de 50% quels que soient les modèles).

Il s'agira de former les professionnels directement ou par des relais formateurs à des pratiques environnementales dans les ERP ou l'habitat.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Former les professionnels de santé, et plus précisément ceux de la périnatalité sur les polluants environnementaux pouvant avoir un impact sur les jeunes enfants : sages-femmes, gynécologues, infirmiers…

Former les pharmaciens afin qu'ils puissent conseiller les futurs et jeunes parents sur les produits à utiliser et ceux à éviter.

Former les professionnels de la petite enfance : gestionnaires de crèches, assistantes maternelles, … pour qu'ils mettent en place de bonnes pratiques dans leur établissement/logement.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Formation

ACTEURS CONCERNÉS

URPS, PMI, structure petite enfance, Education nationale, Conseils départementaux, CAF

POPULATION CONCERNÉE

Professionnels de santé, et plus particulièrement ceux de la périnatalité, professionnels de la petite enfance, PMI

ETAPES DU PARCOURS

Prévention primaire, comportements

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

PNSE3

OBJECTIF 3 - PERMETTRE LA DISTRIBUTION D'UNE BONNE QUALITÉ D'EAU DE CONSOMMATION HUMAINE

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

L'eau destinée à la consommation humaine, tout au long de son parcours, depuis le captage jusqu'au robinet, peut être exposée à une multitude de polluants chimiques ou biologiques. Il convient donc de s'assurer de sa qualité, car les risques sanitaires qui en découlent peuvent être particulièrement importants.

Ainsi, si l'on suit le parcours de l'eau, la première étape consiste à protéger les captages d'eau vis-à-vis des pollutions auxquelles ils peuvent être exposés.

Il convient également de protéger les systèmes d'alimentation en eau des risques de défaillance et des risques externes en mettant en place des plans de sécurité sanitaire de l'eau. Grace à ces plans, la protection de la population sera optimisée, car les défaillances et contaminations seront détectées beaucoup plus tôt que via le contrôle sanitaire réalisé par les ARS.

Enfin, il semble indispensable de redonner confiance dans la qualité de l'eau potable aux consommateurs.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Pour l'ensemble des départements de la région Hauts-de-France, le pourcentage de captages protégés par une DUP doit être harmonisé. En effet, le département de l'Aisne présente un pourcentage de captages protégés bien inférieur aux autres départements, il faut donc y remédier afin de garantir une égalité des territoires en termes de protection de l'eau.

De plus, certains arrêtés de DUP sont relativement anciens (années 80). Il faut donc en étudier la révision, au vue des nouvelles méthodes d'élaboration des DUP.

Les PRPDE doivent être fortement invités à mettre en place des plans de sécurité sanitaire pour l'alimentation en eau potable, outil permettant un contrôle de la qualité de l'eau complémentaire au contrôle sanitaire déjà effectué.

Afin de redonner confiance aux consommateurs dans la qualité de l'eau, les informations spécifiques à la qualité de l'eau sur chaque unité de distribution d'eau (infofactures) doivent être renforcées et étoffées. Des documents d'information pourront également être mis en place.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Information/Communication

ACTEURS CONCERNÉS

services de l'Etat, collectivités, Agences de l'eau, PRPDE, ARS

POPULATION CONCERNÉE

Population générale

ETAPES DU PARCOURS

Prévention primaire, comportements

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

PNSE3

OBJECTIF 4 - SOUTENIR LE DÉVELOPPEMENT D'UNE RÉPONSE COORDONNÉE TERRITORIALE FACE AUX ENJEUX ENVIRONNEMENTAUX ET LEURS IMPACTS SANITAIRES

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

La région Hauts-de-France est une région présentant de grandes disparités territoriales et environnementales avec une activité industrielle (présente ou passée), et des zones d'habitats dégradés très marquées.

De plus, de nombreux projets d'urbanisme sont montés chaque année avec une prise en compte encore très faible de leur impact sanitaire, et des démarches administratives longues et complexes.

Certaines zones cumulent plusieurs de ces facteurs, pouvant être accompagnés d'une mauvaise qualité de l'air.

Face à ces problématiques, les collectivités sont souvent démunies et ne savent comment agir. Il s'agit donc de les aider en les accompagnant dans leurs démarches et de leur permettre de prendre en compte la santé des habitants lors de tout nouveau projet.

Mettre en place des actions spécifiques aux enjeux territoriaux en lien avec l'environnement.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Afin d'aider les collectivités locales face aux enjeux environnementaux et sanitaires concernant les sites et sols pollués, l'urbanisme, les transports et l'habitat, il s'agit de mettre en place une structure référente sur l'ensemble de ces champs. Celle-ci permettrait un accompagnement des collectivités et une montée en puissance de leurs connaissances techniques et réglementaires afin de les aider dans la gestion de leurs problématiques locales et lors de prise de décision.

Cette structure pourrait être mise en place sur un territoire test.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Information/Communication, Formation

ACTEURS CONCERNÉS

collectivités, DREAL, DDT, S3PI

POPULATION CONCERNÉE

collectivités

ETAPES DU PARCOURS

Prévention primaire, comportements

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

OBJECTIF 5 - DÉVELOPPER UNE PRATIQUE ENVIRONNEMENTALE DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET MÉDICO-SOCIAUX

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Les ES et ESMS reçoivent des publics sensibles qui peuvent séjourner jusqu'à plusieurs mois dans l'établissement. Leur environnement doit donc être particulièrement soigné afin de garantir leur bien-être physique et psychologique.

Pour cela, des actions de SE peuvent être mises en place, pour assurer par exemple une bonne qualité de l'air intérieur. Or, il est difficile d'insuffler des démarches SE dans les établissements de santé et médico-sociaux.

Divers établissements de santé mènent des actions, toutefois il semble que le partage de l'information, et la mutualisation ne soient que faiblement développés afin de reproduire les démarches existantes qui fonctionnent et qui ont pour but d'améliorer le cadre de vie et le bien-être des personnels et des patients. L'échange de pratiques doit donc être valorisé afin d'y remédier.

Les professionnels travaillant dans ces établissements, ainsi que les patients sont exposés à de nombreux risques pour leur santé spécifiques aux ES : produits chimiques, résidus médicamenteux,… il convient donc de mettre en place des actions afin de mesurer et limiter l'exposition à ces substances.

Enfin, certaines problématiques spécifiques, comme la qualité des eaux de piscines présentes dans ces établissements, sont méconnues par les gestionnaires de ces établissements. Il est donc nécessaire d'informer les responsables de leur obligation d'être soumis au contrôle sanitaire et de les accompagner dans la mise en œuvre d'actions en faveur d'une bonne qualité de l'eau des bassins, car des problèmes de contaminations pourraient avoir des conséquences dramatiques sur les publics fragiles fréquentant l'établissement.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Afin de permettre l'échange de pratiques entre établissements, il convient donc de créer un groupe rassemblant les référents santé environnement et/ou développement durable des établissements de santé afin de mettre en place une coordination régionale et favoriser les échanges entre établissements. Ce groupe pourrait être testé à l'échelle d'un département ou d'un GHT.

Afin de limiter l'exposition à des polluants, des plans d'actions internes à chaque établissement de santé devront être mis en place.

L'ensemble des ES et ESMS disposant d'un bassin devront être soumis au contrôle sanitaire de l'eau.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Amélioration qualité des soins et sécurité des usagers, Formation, Surveillance et observation de la santé, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

ES et ESMS

POPULATION CONCERNÉE

patients et professionnels des ES et ESMS

ETAPES DU PARCOURS

Prévention primaire, comportements

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

PNSE3

OBJECTIF GÉNÉRAL 2 : PROMOUVOIR DES COMPORTEMENTS FAVORABLES À LA SANTÉ

PROBLÉMATIQUES PRIORITAIRES

La prévention et la promotion de la santé font l'objet du Titre 1er de la Loi de modernisation de notre système de santé (2016). Ce faisant, le législateur souligne l'importance d'agir de manière aussi précoce que possible, pour favoriser l'adoption de comportements favorables à la santé.

Le bilan des deux PRS précédents (Picardie et Nord-Pas-de-Calais) et les éléments de diagnostic régional ont permis à l'ARS et à ses partenaires de définir des enjeux régionaux de santé publique pour les années à venir. Quant aux comportements en santé, ces enjeux conduisent à identifier cinq problématiques prioritaires. Celles-ci sont présentées ci-dessous, autour des trois thèmes de l'objectif général 2 "Promouvoir des comportements favorables à la santé" : vaccination ; alimentation-activité physique ; santé affective et sexuelle.

Un premier enjeu est la persistance, voire l'accroissement, de certaines pathologies infectieuses sensibles à la protection vaccinale. Pour celles-ci, la couverture vaccinale doit être améliorée, tant en population générale que pour certains publics spécifiques et les professionnels de santé. Pour autant, il demeure des incertitudes et des hésitations à agir (vaccination pour soi-même ; promotion vaccinale...), tant chez les professionnels que dans la population. Tel que rappelé par la stratégie nationale de santé (SNS), cette situation appelle, notamment, un rappel des bénéfices individuels et collectifs de la vaccination. En pratique, l'évolution des comportements vaccinaux s'appuie sur une structuration de l'offre (professionnels mobilisés, compétences, outils...) et sur une adaptation de la stratégie de promotion aux caractéristiques des publics cibles. Elle s'appuiera, à compter de 2018, sur l'extension de l'obligation vaccinale à 11 vaccins : la coqueluche, la rougeole, les oreillons, la rubéole, l'infection invasive à Haemophilus Influenzae de type B, l'infection invasive contre le méningocoque C, l'infection à pneumocoque et l'hépatite B.

La région est également caractérisée par une prévalence et/ou une incidence, souvent supérieures aux valeurs nationales, de maladies à facteurs de risque nutritionnels (mauvaise alimentation et sédentarité) : cancers, maladies cardio-neuro-vasculaires, maladies métaboliques etc. Aujourd'hui, l'action sur les comportements doit aller au-delà des stratégies "classiques" reposant sur des injonctions comportementales, parfois normatives voire culpabilisantes. L'enjeu est un renforcement effectif des capacités d'agir individuelles, en matière d'alimentation et d'activité physique - capacités que l'on sait marquées par les déterminants sociaux et territoriaux de la santé.

Le troisième groupe de problématiques porte sur les comportements de prévention en santé affective et sexuelle. Le bilan régional VIH SIDA et infections sexuellement transmissibles (IST), établi en décembre 2016 par l'ARS et ses partenaires, a permis d'identifier des priorités de prévention primaire (promotion de l'éducation à la santé sexuelle et reproductive), secondaire (développement des dépistages, dont TROD) et tertiaire (éducation thérapeutique, en particulier). Dans le cadre de la stratégie nationale de santé sexuelle, les objectifs sont identifiés pour la population générale, avec des spécificités pour les publics à forte prise de risque (hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes ; PPSMJ ; usagers de drogues injectables ; travailleurs du sexe...) ou fragilisés (personnes en situation de handicap ou de précarité, notamment).

A ces cinq problématiques s'ajoute, formant un enjeu transversal, la gestion des connaissances relatives à la prévention. Favoriser les comportements en santé commence en effet par un recensement et une valorisation des sources de données existantes, notamment au niveau territorial, et des interventions efficaces ou probantes.

Le projet régional de santé des Hauts de France intègre pleinement ces priorités, orientations stratégiques et options méthodologiques. L'objectif général "Comportements favorables à la santé" développe ainsi une démarche cohérente articulant la gestion des connaissances, l'action sur les comportements, la mobilisation des professionnels et des publics. Cet objectif général a ainsi l'ambition de contribuer à la réduction des inégalités de santé, et à l'innovation sociale dans le champ de la prévention.

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

1 - Inciter les professionnels de la santé et du médico-social à se faire vacciner et à promouvoir la vaccination

2 - Accompagner la population vers la vaccination et vers une offre vaccinale structurée

3 - Promouvoir l'activité physique et lutter contre la sédentarité, à tous les âges de la vie

4 - Développer la capacité d'agir en matière d'alimentation-santé

5 - Favoriser l'adoption de comportements de prévention en santé affective et sexuelle

LIENS AVEC LES AUTRES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

La stratégie d'action sur les comportements en santé, et les objectifs qui structurent sa mise en oeuvre, sont étroitement liés à plusieurs autres enjeux du SRS :

- L'application à la prévention primaire, secondaire et tertiaire, invite à un lien avec les enjeux de parcours, propres à différentes pathologies : Cancer ; Diabète-Obésité ; Maladies neuro-cardio-vasculaires...

- L'approche populationnelle retenue appelle des liens avec les actions destinées à la santé des jeunes, mais aussi au bien-vieillir ; il en va de même pour l'attention particulière aux publics fragilisés, qui motivent le PRAPS et l'action au bénéfice des personnes en situation de handicap.

- Le rôle central de la structuration et de l'adaptation de l'offre de prévention invite à un lien avec les objectifs du SRS d'efficience et d'organisation territoriale. Sur ces sujets, l'évaluation, l'innovation et la coordination des acteurs sont des enjeux clés.

OBJECTIF 1 : INCITER LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ ET DU MÉDICO-SOCIAL À SE FAIRE VACCINER ET À PROMOUVOIR LA VACCINATION

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Il s'agit de mobiliser ou remobiliser les professionnels de la santé, et du médico-social, en faveur de la vaccination :

- pour eux-mêmes. Ainsi, la SNS place le renforcement de la protection vaccinale des professionnels de santé comme une priorité ;
- pour les patients, personnes en institution et leurs proches ou aidants, dans le but d'améliorer la couverture vaccinale en région, toutes vaccinations et populations confondues.

En pratique, il s'agit de faire évoluer les pratiques vaccinales en agissant sur plusieurs leviers. La réduction des hésitations à agir, et le cas échéant des sources d'incertitude, est un premier enjeu. S'y ajoute le nécessaire rappel des bienfaits, parfois effacés de la mémoire collective, de la vaccination à l'échelle individuelle et sociétale. Cette mobilisation des professionnels est un des deux axes clés de structuration de l'offre vaccinale en région.

L'adoption de nouveaux comportements implique ainsi de renforcer les compétences en vaccinologie, à travers la formation initiale et continue, et pour équiper les professionnels de santé et du médico-social en outils de promotion vaccinale (kits d'information, argumentaires, carnet de vaccination électronique …). Contribuant à cette dynamique, le développement de transfert de compétences entre professionnels de santé est aussi à encourager.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

L'évolution favorable de la couverture vaccinale régionale pour les principales valences vaccinales est un premier résultat attendu.

Cette évolution s'appuiera également sur une amélioration mesurable des compétences des professionnels de santé en matière de vaccinologie, et des moyens mobilisés dans ce but (refonte des contenus de formation, notamment)

L'amélioration des pratiques des professionnels de santé, sera également observée comme un résultat de la démarche engagée, tant pour leur propre vaccination qu'en termes de relais des messages de promotion vaccinale, et de la délégation d'actes entre professionnels.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Amélioration qualité des soins et sécurité des usagers, Information/Communication, Formation, Surveillance et observation de la santé, Mobilisation de la démocratie sanitaire, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

Professionnels de la santé, et du médico-social : intervenants auprès des patients ou usagers, et équipes de direction ou gestionnaires de réseaux.

Centres de vaccination gratuite, et services de l'Assurance Maladie

Organismes spécialisés en épidémiologie (ex. : Santé Publique France), en formation (université ; IFSI ; IFAS...) et en prévention des risques infectieux (ex. : ARLIN)

Représentants des usagers

Professionnels de la petite enfance, PMI, Education Nationale

POPULATION CONCERNÉE

Professionnels de la santé, du médico-social et de l'aide à domicile.

Professionnels de la petite enfance

ETAPES DU PARCOURS

Accompagnement et soins de ville, Prévention primaire, comportements

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

Programme National d'Amélioration de la Politique Vaccinale (2012-2017)

Plan Cancer 3 : vaccination HPV

OBJECTIF 2 : ACCOMPAGNER LA POPULATION VERS LA VACCINATION ET VERS UNE OFFRE VACCINALE STRUCTURÉE

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

A l'instar des autres actions de prévention, la promotion vaccinale doit intégrer, dans sa conception comme pour son évaluation, les caractéristiques des publics destinataires. A l'approche spécifique à destination des professionnels, déjà évoquée, s'ajoute donc un travail de typologie permettant d'identifier, dans la population générale, les modalités de prévention les plus efficaces pour certaines catégories de publics particulièrement à risques, ou fragilisés.

Cette approche populationnelle s'appuiera sur deux leviers principaux :

1. l'élaboration de stratégies de promotion vaccinale adaptées aux caractéristiques des publics-cibles.
   L'enjeu est d'avoir une attention particulière pour les plus fragiles : les enfants au travers de l'extension de l'obligation vaccinale, les personnes atteintes de maladies chroniques ou immunodéprimées, la population carcérale...

2. le développement d'offres adaptées à des besoins spécifiques : bénéficiaires de l'examen périodique de santé, personnes à forte prise de risque (ex. : VHA, VHB, offre de vaccination pour les étudiants au sein des Services de Santé Universitaire …)

La stratégie régionale développe une démarche « d'aller vers », destinée à réduire les situations de non-accès, ou de non-recours, à l'offre de prévention. Cette démarche s'appuie notamment sur une mobilité de l'offre de prévention, pour venir au contact des publics cibles notamment par l'accompagnement par les pairs. Elle s'appuie également sur une mobilisation de relais des messages et de l'offre vaccinale : adultes-relais médiateurs santé (ARMS), acteurs du champ social (centres sociaux, missions Locales...). Cette adaptation de la promotion vaccinale contribue à la structuration d'une offre répondant aux caractéristiques des publics cibles.

Enfin, et de manière plus transversale, les actions envisagées sont articulées à une démarche citoyenne, autour des valeurs du vivre-ensemble. Aussi, parce que les bénéfices de la vaccination sont aussi collectifs, les discours de promotion vaccinale viseront à favoriser, sur ce sujet, les échanges avec la famille et les proches, l'entourage professionnel et la communauté.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Les résultats attendus concernent d'abord le déploiement effectif de moyens en faveur de l'action vaccinale. Il s'agira, dans les faits, de l'identification de publics-cibles aux besoins distincts de ceux de la population générale. Des éléments médicaux, épidémiologiques et comportementaux seront ici mobilisés et articulés.

Il est également attendu la consolidation ou la mise en place d'une offre vaccinale effectivement adaptée, dans ses modalités pratiques, aux besoins des publics-cibles. Dans ce cadre, on cherchera à évaluer dans quelle mesure les acteurs relais des messages de promotion et de l'offre vaccinale auront effectivement pu être mobilisés pour l'orientation vers l'offre.

Enfin, un résultat attendu est naturellement l'impact de santé publique : de manière directe (évolution des taux de couverture vaccinale) et indirecte (évolution de la prévalence et de l'incidence des pathologies sensibles à la vaccination).

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Amélioration qualité des soins et sécurité des usagers, Information/Communication, Formation, Surveillance et observation de la santé, Mobilisation de la démocratie sanitaire, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

Professionnels de la santé, du médico-social et du social ; Représentants des usagers et médias ; Santé Publique France / CIRE et Assurance maladie ; Administration pénitentiaire ; Professionnels de la petite enfance ; PMI ; Education Nationale

POPULATION CONCERNÉE

Population générale ; Publics cibles, dont publics fragiles (nourrissons ; personnes âgées, atteintes de maladies chroniques ou immunodéprimées ; personnes à forte prise de risque ; PPSMJ...)

ETAPES DU PARCOURS

Accompagnement et soins de ville, Prévention primaire, comportements

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

Programme National d'Amélioration de la Politique Vaccinale (2012-2017) ; Plan Cancer 3 : pour la vaccination HPV ; Loi d'adaptation de la société au vieillissement ; Stratégie nationale de santé sexuelle ; Stratégie nationale de santé des PPSMJ

OBJECTIF 3 : PROMOUVOIR L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET LUTTER CONTRE LA SÉDENTARITÉ, À TOUS LES ÂGES DE LA VIE

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Pour agir sur les comportements, le but premier de cet objectif est d'agir sur la représentation des liens entre l'activité physique et la santé. En rappelant les bienfaits de l'activité physique, il s'agit d'expliquer que la lutte contre la sédentarité n'implique pas nécessairement la pratique d'une activité sportive. L'enjeu est de contourner les freins associés à l'image de la pratique sportive, présents chez certains publics ou en fonction de leurs capacités ou ressources.

Cet objectif est défini en lien avec l'objectif relatif à l'alimentation-santé, pour soutenir des comportements nutritionnels favorables à la santé. En pratique, il s'agit de mettre ou remettre les personnes dans une attitude positive vis-à-vis de l'activité physique, en s'appuyant notamment sur des solutions simples, accessibles et quotidiennes de mobilité active.

La mise en oeuvre de cet objectif visera notamment à élaborer, diffuser ou relayer les messages nationaux de promotion de l'activité physique : avantages ; modalités de pratique ; solutions de mobilité active au quotidien.

Egalement, il s'agit de soutenir la visibilité de l'activité physique dans les dispositifs territorialisés de prévention (CLS ; volet santé des Contrats de ville ; ASV...), en s'appuyant notamment sur des acteurs relais. Cette démarche implique notamment de placer la thématique à l'ordre du jour des instances de coordination des politiques publiques : activité physique sur le lieu de travail ; offre territoriale en équipements et services etc.

Enfin, l'objectif est aussi de faire connaître l'offre existante, dont le programme ParCoeur, par une stratégie de communication efficace et faisant le lien entre les personnes et leur environnement de vie, d'études ou de travail.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Les résultats attendus sont de différents types : ils concernent autant les déterminants des comportements - par exemple, les représentations de l'activité physique, les savoir-faire culinaires - que les comportements eux-mêmes, et les pratiques.

En termes de comportements, les évolutions recherchées concernent le plan individuel (choix alimentaires, à titre d'illustration) mais aussi collectif - par exemple, les dynamiques partenariales développées autour de projets de lutte contre la sédentarité.

Enfin, un des impacts attendus de la mobilisation engagée est une prise en compte plus fréquente de l'alimentation et de l'activité physique, dans les travaux intersectoriels (politiques publiques) et l'action locale en prévention (dispositifs territorialisés ; projets d'entreprise...).

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Information/Communication, Formation, Systèmes d'information, télémédecine et e-santé, Mobilisation de la démocratie sanitaire, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

Organismes membres de la Commission de Coordination des Politiques Publiques dans le champ de la prévention ; Collectivités locales, opérateurs d'équipements et acteurs du milieu sportif ; Acteurs du champ social et représentants d'usagers

POPULATION CONCERNÉE

Population générale ; Publics spécifiques, dont : jeunes, séniors, personnes en situation de précarité, PPSMJ, personnes en situation de handicap...

ETAPES DU PARCOURS

Prévention primaire, comportements

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

PNNS ; Stratégie nationale de santé des PPSMJ

OBJECTIF 4 : DÉVELOPPER LA CAPACITÉ D'AGIR EN MATIÈRE D'ALIMENTATION-SANTÉ

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Des travaux récents ont montré les limites, en termes de modification des comportements en santé, de messages de prévention normatifs voire culpabilisants. Si les fruits et légumes, par exemple, sont sans conteste "bons pour la santé", la mise en oeuvre de messages trop prescriptifs dans leur forme peut en revanche générer des résistances comportementales. Egalement, les freins sont nombreux, qui limitent la capacité à mettre en oeuvre certains messages de prévention : absence relative d'offre alimentaire accessible (géographiquement ou économiquement) ; méconnaissance des savoir-faire culinaires permettant de se faire plaisir tout en prenant soin de sa santé ; difficulté à concilier préférences culturelles, et équilibres diététiques...

L'enjeu, en matière d'action sur les comportements alimentaires, est donc de développer la capacité des personnes à agir réellement, au quotidien. Aussi, la stratégie développée intègre les résultats de travaux récents en matière de promotion de l'alimentation-santé, notamment sur l'approche motivationnelle, le renforcement de l'estime de soi et le sentiment d'auto-efficacité. Dans ce domaine, comme dans d'autres en prévention, la prise en compte des données probantes, et des savoirs expérientiels, sont des atouts pour atteindre les objectifs de prévention - promotion de la santé.

En pratique, la mise en oeuvre de l'objectif s'appuie sur l'élaboration, la diffusion et le relais de messages positifs et évitant le jugement ou la stigmatisation. Egalement, à l'instar de la promotion de l'activité physique et en lien étroit avec celle-ci, il s'agit de soutenir la visibilité de la thématique alimentation-santé dans les travaux intersectoriels (CCPP dans le champ de la prévention, par exemple) et territoriaux (dispositifs de prévention portés par les collectivités locales, notamment). Cette visibilité doit aussi être renforcée dans les milieux d'études (établissements scolaires, enseignement technique, universités...) et de travail. L'articulation entre environnement et comportement est ici essentielle.

Enfin, et comme pour les autres objectifs d'action sur les comportements, les messages de prévention - et les canaux de communication qu'ils mobilisent - doivent être adaptés aux caractéristiques et aux capacités des publics destinataires.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Les résultats attendus sont, pour partie au moins, de même nature que ceux relatifs à la promotion de l'activité physique.

Ainsi c'est d'abord une évolution des représentations et perceptions de l'alimentation-santé qui est recherchée, dans la mesure où celles-ci déterminent l'adoption effective de comportements favorables à la santé. Egalement, la visibilité politique et stratégique de l'alimentation-santé devra être évaluée, à travers par exemple la présence effective de la thématique dans la programmation institutionnelle et l'action locale.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Information/Communication, Formation, Mobilisation de la démocratie sanitaire, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

Acteurs mobilisés par les actions relatives à l'activité physique et à la lutte contre la sédentarité ; Acteurs de la restauration collective (donneurs d'ordres ; prestataires) et de l'économie sociale et solidaire (commerces de détail ; acteurs des circuits courts...)

POPULATION CONCERNÉE

Population générale ; Publics spécifiques, dont : jeunes, séniors, personnes et foyers en situation de précarité, personnes en situation de handicap; PPSMJ...

ETAPES DU PARCOURS

Prévention primaire, comportements

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

PNNS ; Travaux de l'ANSES ; Stratégie nationale de santé des PPSMJ

OBJECTIF 5 : FAVORISER L'ADOPTION DE COMPORTEMENTS DE PRÉVENTION EN SANTÉ AFFECTIVE ET SEXUELLE

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Cet objectif est défini dans le cadre du déploiement de la stratégie nationale de santé sexuelle, et en lien avec les caractéristiques régionales en matière de santé sexuelle (situation VIH et IST, notamment) et de santé reproductive (prévention des grossesses dites précoces et/ou non désirées). L'objectif, pour son périmètre, reprend la définition OMS de la santé sexuelle : "état de bien-être physique, émotionnel, mental et social lié à la sexualité".

A cet objectif sont attachées deux catégories de priorités. Il s'agit d'une part, en population générale, de développer des comportements de prévention primaire (ex. : éducation des jeunes à la santé sexuelle), secondaire (ex. : dépistages, dont TROD) et tertiaire (ex. : éducation thérapeutique, ETP) et d'autre part, de porter une attention renforcée pour les publics pouvant être exposés à un risque particulier, ou appelant une stratégie de prévention adaptée. Sur certains aspects (HPV et hépatites A et B, notamment), ces objectifs rejoignent ceux de la stratégie de promotion vaccinale en région.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Les résultats attendus sont, d'abord, une connaissance renforcée, chez les plus jeunes, du bénéfice des comportements de prévention en santé sexuelle : en matière de VIH, hépatites et IST, et de contraception. Il s'agit également de contribuer à l'évolution des attitudes et des comportements : gestion de la prise de risque par les publics concernés, et recours accru aux structures et dispositifs de dépistage ou de diagnostic précoce. Au-delà ce cette action sur les déterminants des comportements, c'est bien une amélioration des indicateurs de l'état de santé qui est recherchée, avec par exemple une diminution significative de l'incidence des contaminations VIH et IST, et le cas échéant des co- ou surinfections. La dynamique engagée doit aussi contribuer au renforcement de l'offre de prévention tertiaire, comme par exemple la structuration d'une offre d'ETP adaptée aux populations vivant avec le VIH et/ou une hépatite. L'objectif est bien, ici, d'améliorer la qualité de vie des patients, de prévenir les ruptures de parcours et de limiter les contaminations et prises de risques associées (syphillis, gonoccoques, chlamydiae, hépatite A).

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Information/Communication, Formation, Surveillance et observation de la santé, Mobilisation de la démocratie sanitaire, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

CéGIDD, COREVIH, acteurs de la vaccination, structures d'addictologie (CSAPA, CAARUD...)

Etablissements de santé, dont les services de maladies infectieuses

Etablissements d'information en conseil conjugal et familial (EICCF) et Centres de Planification et d'éducation familiale (CPEF)

Services de Protection Maternelle et Infantile (PMI), réseaux de santé en périnatalité (RSP), services de santé en milieu scolaire et universitaire

Professionnels de la santé et du social, et leurs instances représentatives, le cas échéant (ex. : URPS) ; acteurs associatifs et communautaires

Représentant des usagers

POPULATION CONCERNÉE

Population générale, avec une attention particulière :

* pour les jeunes, dont ceux en insertion ou suivis en Mission Locale

* pour les personnes de plus de 50 ans (vieillissement de la patientèle VIH et nouveaux comportements sexuels)

ETAPES DU PARCOURS

Accompagnement et soins de ville, Hospitalisation, Prévention primaire, comportements, Répérage, Dépistage

Publics pouvant être exposés à un risque particulier, ou appelant une stratégie de prévention adaptée :

* personnes à risque élevé : usagers de drogues, travailleurs du sexe, hommes ayant des relations avec des hommes (HSH), PPSMJ, migrants...

* personnes en situation de handicap et/ou de précarité

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

Stratégie nationale de santé sexuelle ; Stratégie nationale de santé des PPSMJ

OBJECTIF GÉNÉRAL 3 : PROMOUVOIR LA SANTÉ DES JEUNES

PROBLÉMATIQUES PRIORITAIRES

L'amélioration de la santé des jeunes est une priorité de santé inscrite dans la loi de modernisation du système de santé au travers :

- Le parcours éducatif de santé dans les établissements scolaires.
- La promotion de la santé hors Education Nationale : Les politiques de santé en direction des jeunes sont souvent limitées à des actions d'information ou de prévention s'inscrivant dans un cursus scolaire classique. Dans ce contexte, il faut s'interroger sur la situation des jeunes suivant une formation professionnelle et plus encore de ceux se trouvant aujourd'hui en dehors du système scolaire ou le quittant prématurément. Les jeunes sont souvent pensés comme un public homogène et ciblés par groupe d'âge, alors même qu'ils présentent des caractéristiques et des trajectoires extrêmement variées.
- L'accès des jeunes à la prévention : toute personne a le droit d'être informée sur l'ensemble des méthodes de contraception et d'en choisir une librement ; simplification des conditions de délivrance de la contraception d'urgence par les infirmièr(e)s scolaires ; élargissement des missions des centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) à la prévention des IST ; possibilité pour les parents de choisir un médecin traitant pour les enfants âgés de 0 à 16 ans afin de promouvoir le suivi médical et de renforcer le dépistage précoce de l'obésité, des troubles de l'apprentissage ou des conduites addictives.

Dans la continuité et en complémentarité de ces dispositions, la SNS cible les jeunes comme un public prioritaire. A cela s'ajoute les éléments suivants à prendre en compte, à savoir :

- le plan d'action en faveur du bien-être et de la santé des jeunes,
- la convention cadre signée fin 2016 entre le ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche et le ministère des Affaires sociales et de la Santé,
- les initiatives prises tant au niveau national par la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) « promotrice de santé - Bien être » qu'au niveau régional et local par les collectivités territoriales (CR, CD par exemple),
- les conventions de partenariat signées en 2017 entre l'ARS et ses partenaires : Assurance Maladie, Education Nationale et PJJ.

Le bilan des deux PRS précédents (Picardie et Nord-Pas-de-Calais), les éléments de diagnostic régional et les contributions ont permis de déterminer les problématiques prioritaires en direction des 6-25 ans (enfants 6/11 ans, adolescents 11/16 ans, jeunes adultes 16/25 ans) :

1. Les jeunes sont touchés par des inégalités sociales et territoriales de santé avec des difficultés accumulées dès l'enfance, qui se traduisent par des trajectoires de vie rendant moins probable l'accès à des études supérieures, un emploi qualifié, etc.
2. Une méconnaissance des besoins de ce public et par conséquent une offre de santé inadaptée et pas toujours accessible.
3. Des conduites à risque plus importantes (sexualité, addictions, etc.).
4. Des fréquences plus élevées de pensées suicidaires et de tentatives de suicide.
5. Une mosaïque d'intervenants, de dispositifs santé, mais un manque de visibilité et de cohérence des politiques de santé publique en direction des jeunes.

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

1 - Promouvoir des environnements et comportements favorables au bien-être et au développement physique et mental des jeunes

2 - Structurer une offre de prévention accessible et adaptée

3 - Réduire les comportements à risque chez les jeunes

4 - Améliorer la connaissance de l'état de santé des jeunes et de leurs déterminants

5 - Renforcer la coordination des acteurs œuvrant en faveur de la santé des jeunes sur les territoires

LIENS AVEC LES AUTRES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Objectif général 1 intitulé "Promouvoir un environnement favorable à la santé"

Objectif général 2 intitulé "Promouvoir des comportements favorables à la santé"

Objectif général 4 intitulé "Cibler les femmes-mères-enfants les plus vulnérables"

Objectif général 6 intitulé "Développer le parcours de vie sans rupture pour les personnes souffrant de handicap"

Objectif général 7 intitulé "Repérer et mieux organiser les filières diabète, obésité et insuffisance rénale chronique (IRC)"

Objectif général 9 intitulé "Favoriser le parcours de vie en santé mentale en veillant à limiter les hospitalisations"

Objectif général 10 intitulé "Améliorer l'accés à la prévention et à la prise en charge des conduites à risques et/ou addictives"

Objectif général 13 intitulé "Améliorer l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies"

Objectif général 17 intitulé "Garantir l'efficience des établissements de santé, médico-sociaux et des opérateurs de prévention"

Objectif général 22 intitulé "Promouvoir les synergies territoriales"

OBJECTIF 1 : PROMOUVOIR DES ENVIRONNEMENTS ET COMPORTEMENTS FAVORABLES AU BIEN-ÊTRE ET AU DÉVELOPPEMENT PHYSIQUE ET MENTAL DES JEUNES

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Cet objectif implique de soutenir l'action sur les déterminants de la santé et les publics identifiés comme prioritaires. Cela sous-tend donc d'impulser une dynamique de développement des compétences psychosociales (CPS), auprès des jeunes, en soutenant la professionnalisation des acteurs. L'enjeu visé est de développer la capacité des jeunes à faire des choix responsables et les inciter à adopter des comportements favorables à leur santé en développant leur accès à l'autonomie. Il est donc nécessaire d'impulser le déploiement de programmes autour des CPS, soutenir et encourager les actions pilotes mais aussi, accompagner les professionnels et acteurs de terrain. Dans ce cadre, il est également essentiel de s'appuyer sur des programmes spécifiques en matière d'alimentation saine, d'activité physique et de prévention des addictions. Le déploiement de ces programmes sur des territoires ou des milieux de vie identifiés comme prioritaires, s'inscrit dans une démarche de promotion de la santé. A cela s'ajoutent les mesures inscrites dans la SNS Sexuelle, qui préconisent d'agir précocement auprès des jeunes pour leur permettre de prendre des décisions éclairées et responsables. Elles se déclinent au travers différents types d'actions, qui s'appuient sur la valorisation et le développement des CPS. Le renforcement des compétences des professionnels au contact des jeunes à l'échelle d'un territoire est aussi une priorité sous la forme de formations actions, visant à faire évoluer leurs pratiques et créer les conditions d'une culture commune.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

L'amélioration de la couverture territoriale de l'offre de prévention est visée en ciblant les territoires d'intervention et en s'appuyant sur les opérateurs de prévention et les structures de proximité. Le but est de les mobiliser dans la construction de programmes de promotion de la santé agissant sur les déterminants individuels, sociaux et environnementaux, et conciliant plusieurs logiques d'intervention. Ainsi, il est attendu : un état des lieux des pratiques d'intervention et des besoins de formation, la formalisation d'un référentiel de compétences et d'intervention sur les CPS à destination des professionnels, mais également la construction de projets s'appuyant tant sur l'éducation pour la santé, les CPS, que sur des méthodes de promotion de la santé permettant d'aller vers les publics les plus éloignés du système de santé (éducation par les pairs, soutien et développement d'actions pilotes autour des thèmes cités ci-dessus).

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Information/Communication, Formation, Contractualisation, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

Les acteurs de prévention, Les professionnels de santé, sociaux, médico-sociaux et sanitaire, Les professionnels éducatifs et la médecine scolaire, La médecine universitaire, La PMI, L'assurance maladie.

POPULATION CONCERNÉE

Les jeunes avec une attention particulière pour ceux scolarisés à besoin particulier, salariés ou en insertion professionnelle, étudiants, non scolarisés, l'enfance en danger dont les jeunes sous main de justice.

ETAPES DU PARCOURS

Prévention primaire, comportements, Répérage, Dépistage

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

Convention cadre nationale, Plan d'actions Bien-être et Santé des jeunes, Stratégie nationale de santé sexuelle, Barômétre santé des jeunes, PNNS, PRSE3, Convention cadre régionale ARS-EN / ARS-PJJ

OBJECTIF 2 : STRUCTURER UNE OFFRE DE PRÉVENTION ACCESSIBLE ET ADAPTÉE

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Les politiques de santé en direction des jeunes sont souvent limitées à des actions d'information ou de prévention s'inscrivant dans un cursus scolaire ou universitaire classique. Dans ce contexte, il faut s'interroger sur la situation des jeunes suivant une formation professionnelle et plus encore de ceux se trouvant aujourd'hui en dehors du système scolaire ou le quittant prématurément. Les jeunes sont souvent pensés comme un public homogène et ciblés par groupe d'âge, alors même qu'ils présentent des caractéristiques et des trajectoires extrêmement variées. Dans l'optique de renforcer l'égalité des chances, la LMSS insiste à son tour sur l'implication dans le champ de la santé des acteurs intervenant auprès des jeunes en marge du système scolaire. Elle souligne notamment le rôle des missions locales. La SNS quant à elle, pose l'amélioration de la santé des étudiants, comme une priorité en s'appuyant à la fois sur la structuration d'actions de promotion de la santé ciblées, le développement d'une prévention par les pairs et le déploiement d'une offre de soins dans les services de santé universitaires (SSU) constitués en centres de santé, en complément de l'offre des examens périodiques de prévention proposée par les SSU. Les enjeux de cet objectif nécessitent donc de structurer puis d'optimiser l'offre de prévention. Cela implique notamment le renforcement de l'accès à une contraception adaptée en s'appuyant sur les dispositifs existants (N° Vert Contraception et IVG notamment), le repérage et la mobilisation des structures de proximité intervenant auprès des jeunes (PAEJ, MDA, ML, CS etc.), l'orientation vers les différents dispositifs pour ainsi améliorer l'accès aux droits, à la prévention, et aux soins des jeunes en situation de vulnérabilité et des étudiants, en particulier les étudiants étrangers.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Une meilleure coordination des acteurs et dispositifs, et une approche territorialisée sont nécessaires pour ainsi apporter des réponses accessibles et adaptées. Dans un premier temps, deux états des lieux sont à réaliser : un sur les pratiques d'intervention et les besoins de formation et un autre portant tant sur l'offre de santé en structures que sur les ressources de proximité (MDA, PAEJ, CJC etc.). Dans un second temps, le but est de développer des formations multi-partenariales avec un ancrage territorial mettant l'accent sur l'importance de la première écoute et d'une orientation ciblée, formaliser des partenariats privilégiés pouvant aboutir à la mise en œuvre de conventions, puis de structurer une offre de prévention et de soins à destination des publics cibles.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Information/Communication, Formation, Contractualisation, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

Les têtes de réseau : FNARS, AREFIE, URCS, Les professionnels de santé, sociaux, médico-sociaux et sanitaire, La PMI, La médecine universitaire, La médecine du travail, Les acteurs de prévention, L'Assurance Maladie, les CPEF, les MDA, les PAEJ

POPULATION CONCERNÉE

Les jeunes avec une attention particulière pour ceux scolarisés à besoin particulier, salariés ou en insertion professionnelle, étudiants, non scolarisés, l'enfance en danger dont les jeunes sous main de justice.

ETAPES DU PARCOURS

Prévention primaire, comportements

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

Plan d'actions en faveur des jeunes, Stratégie nationale de santé sexuelle, Programme National d'Amélioration de la politique vaccinale, Plan Cancer 3, Barômétre santé des jeunes

OBJECTIF 3 : RÉDUIRE LES COMPORTEMENTS À RISQUE CHEZ LES JEUNES

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Selon le baromètre santé des jeunes, la jeunesse est une période d'engagement dans de nouvelles conduites, qui se trouve constituée de transformations, de tentations, de transgressions, de prises d'initiatives et de prises de risque. Pour atténuer ces facteurs de risque, notre stratégie doit reposer sur le renforcement des actions de prévention des conduites addictives et du risque suicidaire, ayant démontré leur efficacité. A cela s'ajoutent les mesures inscrites dans la stratégie nationale de santé sexuelle, qui recommandent de renforcer et diversifier la prévention des IST et du VIH par la promotion de dispositifs adaptés aux jeunes et à leur situation, et ce en lien avec les structures de prévention intégrée aux soins : actions de prévention du VIH-SIDA et des IST, incitation au dépistage et à la promotion de la vaccination (hépatite B et HPV), information sur les prises de risques sexuelles, les problèmes d'IST, les modes de contamination, orientation des jeunes sur les dispositifs régionaux de prise en charge spécifiques, et accès à l'information et à la sensibilisation pour prévenir et inciter au dépistage du VIH et des IST en s'appuyant sur un ensemble de partenaires : l'éducation nationale, le SUMPPS, la PJJ et les associations entre autres.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Une meilleure coordination des acteurs et une augmentation des personnes formées permettraient d'obtenir des résultats significatifs à savoir une amélioration des connaissances, chez les plus jeunes, du bénéfice des comportements de prévention en santé sexuelle et une réduction des comportements à risque chez les publics concernés. Pour ce faire, nous devons valoriser la diffusion et l'appropriation de bonnes pratiques professionnelles, améliorer la visibilité des structures et dispositifs afin d'encourager une intervention la plus précoce possible, mais également développer les partenariats avec les intervenants jeunesse (école, collège, lycée, université, structures ASE, PJJ, MDA, PAEJ, ML etc.).

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Information/Communication, Formation, Contractualisation, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

Les professionnels de santé, sociaux, médico-sociaux et sanitaire, Les acteurs de prévention, Les structures existantes sur les différents champs : cegidd etc..

POPULATION CONCERNÉE

Les jeunes avec une attention particulière pour ceux scolarisés à besoin particulier, salariés ou en insertion professionnelle, étudiants, non scolarisés, l'enfance en danger dont les jeunes sous main de justice.

ETAPES DU PARCOURS

Prévention primaire, comportements

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives, Plan régional de réduction du tabagisme 2016-2019, Plan santé travail 3, Convention cadre nationale, Plan d'actions Bien-être et santé des jeunes, Stratégie nationale de santé sexuelle, Barômètre santé des jeunes

OBJECTIF 4 : AMÉLIORER LA CONNAISSANCE DE L'ÉTAT DE SANTÉ DES JEUNES ET DE LEURS DÉTERMINANTS

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

De nombreuses données sont disponibles sur la santé des jeunes, mais elles ne sont pas récentes, ni mises en commun et harmonisées. Produites par chaque institution, elles sont parfois partagées dans le cadre de partenariats, de conventions, mais encore insuffisamment croisées et exploitées dans une dynamique territorialisée et interinstitutionnelle. Le fait de s'appuyer sur un système d'information partagé constitue un enjeu fort pour le pilotage de la politique de santé des jeunes, et ce dans une logique de partage des connaissances sur les besoins des jeunes et sur l'offre en matière de prévention qui leur est proposée, avec les partenaires concernés. Cet objectif vise à faciliter le pilotage et le suivi des politiques de santé, prendre en compte les inégalités sociales et territoriales de santé et à mieux connaitre et valoriser les actions innovantes/ les recherches actions. La mobilisation des membres de la CCPP dont l'objectif premier est la prise en compte et la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé est sans conteste, un prérequis nécessaire à la démarche.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Le but recherché est d'avoir une meilleure connaissance de l'état de santé des enfants et des jeunes des Hauts-de-France et de leurs déterminants de santé, ainsi qu'une meilleure couverture de l'offre en matière de prévention, en ciblant les territoires d'intervention. Dans ce cadre, étudier la faisabilité de mettre en place un observatoire de la santé des jeunes constitue une action phare. Ce type d'outil permettrait à la fois de développer l'observation régionale et territoriale et le suivi des politiques engagées, mais également de faciliter l'aide à la décision sur les projets, les programmes, dans une approche partagée et synergique des moyens alloués, de revisiter à court et moyen termes les priorités, et de contribuer à fournir les indicateurs permettant d'évaluer ses effets sur l'amélioration de l'état de santé des enfants et des jeunes de la région. La réalisation d'un état des lieux des sources de données exploitable, la définition de la mission observation (indicateurs pertinents, périmètre de la collecte des données, fonctionnalités, modes d'accès et de consultation) sont des pré-requis avant toute autre démarche. Par la suite, la production de diagnostics, fiches départementales/ infra territoire, de tableau de bord (des actions innovantes et/ou ayant démontré leur efficacité, des dispositifs existants) apparaissent comme une nécessité pour le pilotage et le suivi de cette politique en faveur des jeunes.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Surveillance et observation de la santé, Systèmes d'information, télémédecine et e-santé, Mobilisation de la démocratie sanitaire, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

CCPP, Les acteurs de prévention, Les professionnels de santé, éducatifs, sanitaires et sociaux.

POPULATION CONCERNÉE

Les jeunes avec une attention particulière pour ceux scolarisés à besoin particulier, salariés ou en insertion professionnelle, étudiants, non scolarisés, enfance en danger dont les jeunes sous main de justice.

ETAPES DU PARCOURS

Institutionnalisation, Prévention primaire, comportements

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

Plan d'action Bien-être et santé des jeunes, Convention cadre nationale entre les deux ministères, Diagnostic du PRS2, convention cadre régionale ARS EN / ARS-PJJ

OBJECTIF 5 : RENFORCER LA COORDINATION DES ACTEURS ŒUVRANT EN FAVEUR DE LA SANTÉ DES JEUNES SUR LES TERRITOIRES

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Quatre transitions sont importantes dans le développement des enfants et des jeunes : la petite enfance, l'entrée à l'école, la transition à l'adolescence et le passage à la vie adulte. Ces périodes sont des moments clés de développement du jeune. Selon le baromètre santé des jeunes (2010), la jeunesse est une période d'engagement dans de nouvelles conduites, qui se trouve constituée, de transformation, de tentations, de transgressions, de prises d'initiatives et de prises de risques, mais aussi de fragilité et de mal-être. On constate donc que la politique de santé des jeunes est par définition plurielle. Son champ d'application est en interface avec de nombreux plans et programmes nationaux et locaux, dont la mise en œuvre relève de la responsabilité d'opérateurs nombreux et variés. Ainsi, les structures ressources et dispositifs ne manquent pas, même s'il existe de fortes disparités selon les territoires. Pour gagner en efficacité collective, l'articulation des dispositifs et la synergie des acteurs régionaux et locaux dans une démarche territoriale de santé doivent être renforcée. Ce besoin est exprimé par l'ensemble des acteurs œuvrant auprès des jeunes et implique donc de consolider les partenariats avec les membres de la CCPP. Les indicateurs socio-sanitaires et l'environnement législatif plaident en faveur d'un renforcement des coopérations entres les acteurs œuvrant dans le champ des enfants et des jeunes, d'une stratégie renforcée en faveur de la prévention et de la promotion de la santé des enfants et des jeunes, et de l'articulation de projets communs en faveur de la santé et du bien-être des jeunes, sur les territoires dans un souci de cohérence, de transversalité et d'intersectorialité.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

L'acquisition d'une culture commune, le partage d'un langage commun et la diffusion de bonnes pratiques sont attendus. Il est également prévu de mobiliser l'ensemble des acteurs autour d'une meilleure coordination des actions, en vue de permettre la mise en place de véritables programmes évalués à destination des jeunes. Un état des lieux territorial des acteurs et des contributions à la prise en charge en prévention et soins permettra d'avoir une base solide et consolidée en vue de constituer un maillage territorial. De même, la clarification du rôle des acteurs intervenant et la mise en place d'une gouvernance territoriale inter partenaires sont des pré-requis essentiels en vue de mieux se connaitre, faire circuler l'expertise et croiser les regards sur des sujets partagés. La formalisation de convention de partenariat est nécessaire à la bonne réalisation de cette démarche.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Information/Communication, Mobilisation de la démocratie sanitaire, Contractualisation, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

La CCPP

POPULATION CONCERNÉE

Les jeunes avec une attention particulière pour ceux scolarisés à besoin particulier, salariés ou en insertion professionnelle, étudiants, non scolarisés, l'enfance en danger dont les jeunes sous main de justice.

ETAPES DU PARCOURS

Institutionnalisation, Prévention primaire, comportements

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

Plan d'action Bien-être et santé des jeunes, Convention cadre nationale entre les deux ministères, PRSE3, Convention cadre régionale ARS-En / ARS-PJJ

ORIENTATION STRATÉGIQUE 2 : MOBILISER LES ACTEURS DE LA SANTÉ POUR APPORTER DES RÉPONSES AUX RUPTURES DANS LES PARCOURS DE SANTÉ

OBJECTIF GÉNÉRAL 4 : CIBLER LES FEMMES-MÈRES-ENFANTS LES PLUS VULNÉRABLES

PROBLÉMATIQUES PRIORITAIRES

1. Si l'espérance de vie des femmes reste supérieure à celle des hommes, la différence pour les années de vie en bonne santé est moindre, avec un important gradient social. Les difficultés d'accès à une contraception adaptée, pouvant être responsable de grossesses non souhaitées, ainsi que les violences subies dont les violences conjugales, peuvent avoir un impact négatif sur la santé de la femme. Compte tenu des écarts de fécondité, notamment des jeunes de moins de 18 ans, avec des taux plus marqués sur les "zonages de l'offre de soins" de Calais, Lens-Hénin-Beaumont, le Valenciennois, l'Avesnois ainsi que le Nord de l'Aisne, une approche territorialisée doit être envisagée. Il a été pointé d'une part un manque d'information des femmes (inégalité d'accès aux actions de prévention et de soins selon le territoire et le milieu socio-culturel, manque d'outils d'information adaptés à certains publics spécifiques, méconnaissance des outils existants), une approche des grossesses précoces variables d'un territoire à l'autre, et d'autre part, une difficulté pour les professionnels à aborder certains sujets (addictions, obésité, violences …) et à savoir orienter. Enfin, la diminution de la démographie des gynécologues médicaux, et le manque de formation des médecins généralistes concernant la santé sexuelle, la fertilité ou la ménopause, diminuent les chances d'une prise en charge adaptée des femmes, notamment sur certains territoires.

2. Des ruptures sont constatées à différents stades du parcours de santé (accès à la prévention, au repérage et au soin) des femmes avec facteurs de risques pour leur santé en pré-per et post-partum, voire pour l'enfant à naître (violences, addictions, obésité, pathologies chroniques comme diabète, hypertension artérielle, maladies neurologiques, santé mentale ou handicap). Ces ruptures sont notamment liées aux difficultés d'accessibilité à l'offre de prévention et de soins, avec une inégalité territoriale notamment de démographie médicale spécialisée (gynécologues-obstétriciens, pédiatres, sages-femmes libérales, établissements de santé...) induisant une durée d'accès aux soins plus longue sur certains territoires et notamment dans le sud-est du Nord et le nord de l'Aisne. De même, certains territoires se caractérisent par des surreprésentations des facteurs de risques identifiés ci-dessus, impliquant une approche territorialisée avec une vigilance pour les territoires de Calais, Lens-Hénin-Beaumont, le Hainaut ainsi que le nord de l'Aisne. Il a été identifié un manque de coordination entre les acteurs et l'existence de ruptures liées à un défaut de transmission des informations entre ES-PRADO-MT-PMI. Enfin, le constat d'un manque d'équipements adaptés (plateau technique inadapté) à certains publics spécifiques (handicaps, obésité morbide) a été remonté, ainsi que des inégalités d'accès à certains soins de recours notamment à la réanimation adulte relevant d'une amélioration de l'organisation des transferts in utéro.

3. Mal-être et épuisement des équipes au sein des services sont potentiellement source d'un manque de qualité des soins. Leurs origines sont multiples : modifications des organisations et du management, contraintes liées à l'efficience, tensions démographiques, cloisonnement des activités et services, sources multiples d'information du patient. Confrontés à ces difficultés, les professionnels sont de plus en plus découragés. Afin de retrouver le sens premier de leur travail, à savoir être à l'écoute des besoins de la mère et de son bébé, deux démarches ont démontré leurs bénéfices dans l'installation d'une dynamique positive et valorisante pour les équipes, centrée sur la triade parents-enfants : «IHAB», programme de soins centrés sur l'enfant et sa famille, et «NIDCAP» programme de soins individualisés du nouveau -né en collaboration avec les parents.

4. Des ruptures sont constatées dans les parcours de santé et de soins des enfants notamment vulnérables ou présentant des pathologies chroniques. La période de l'enfance est caractérisée par une succession rapide de changements dans le développement, influencés par la qualité des interactions avec son environnement. Le manque d'interactions actives envers les tout-petits (sous-stimulation directe / surstimulation via des écrans) va avoir un impact négatif sur le développement cérébral de l'enfant entrainant des difficultés d'élaborer ses compétences psychosociales. Toutefois, les troubles d'interaction peuvent également être secondaires à des problèmes somatiques (audition, vision), à repérer le plus précocement possible.

La LMSS a mis en place un parcours de soins des enfants dont l'organisation peut être inadaptée pour la mise en œuvre des mesures de prévention et d'accompagnement des enfants, notamment des « nouveau-nés vulnérables » prématurés et enfants à risque de troubles du développement (addictions, anoxie,…). Or, contrairement à la majorité des régions de France, leur suivi n'est, à ce jour, pas structuré au niveau des Hauts de France.

Est également identifiée, sur le territoire régional, une inégalité d'accès au repérage et au suivi des enfants avec troubles neuro-développementaux (sensoriels, troubles de langage,...), aux soins en pédiatrie et notamment à l'accès en urgence à la chirurgie pédiatrique, aux prises en charge spécialisées (ophtalmologues, orthophonistes, orthoptistes, psychiatrie infanto-juvénile…) ainsi qu'à un parcours de soins coordonné pour les enfants ayant une pathologie chronique.

Au regard de la démographie médicale des professionnels de pédiatrie et de la spécificité de la réanimation néonatale, les transferts néonatals sont actuellement un sujet prioritaire.

Enfin, l'organisation fragile de la prise en charge des adolescents présentant des pathologies chroniques ou relevant de la santé mentale pose des difficultés d'orientation aux professionnels de première ligne.

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

1 - Renforcer les actions de prévention et de repérage, et faciliter l'accès aux soins, concernant les facteurs de risque pour la santé de la Femme

2 - Structurer les parcours de santé des femmes en les adaptant aux facteurs de risques pouvant avoir un impact négatif sur la santé de la femme autour de la naissance ou de son enfant

3 - Promouvoir la "bientraitance" en périnatalité

4 - Renforcer l'accès à la prévention ainsi qu'au repérage des facteurs de risque pour la santé et le développement des enfants de la naissance à 6 ans et faciliter le recours aux soins

5 - Structurer le parcours de soins des enfants notamment ceux présentant une situation de vulnérabilité ou une pathologie nécessitant des interventions pluri-professionnels

LIENS AVEC LES AUTRES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Objectif général 1 "Promouvoir un environnement favorable à la santé"

Objectif général 2 "Promouvoir des comportements favorables à la santé": objectifs opérationnels 1, 2, 3, 4 et 5

Objecif général 3 "Promouvoir la santé des jeunes": objectifs 1, 2, 3 et 5

Objectif général 6 "Développer les parcours de vie sans rupture pour les personnes souffrant de handicap": objectifs 2, 4 et 5

Objectif général 7 "Repérer et mieux organiser les filières diabète, obésité et insuffisance rénale chronique (IRC)": objectifs 2, 3 et 4

Objectif général 8 "Réduire les inégalités sociales et territoriales liées aux cancers": objectifs 1, 2 et 5

Objectif général 9 "Favoriser le parcours de vie en veillant à limiter les hospitalisations": objectif 4

Objectif général 10 "Améliorer l'accés à la prévention et à la prise en charge des conduites à risques et/ou addictives": objectifs 1, 2, 3, 4 et 5

Objectif général 11 "Optimiser le parcours des patients atteints de maladies cardio-neurovasculaires ou respiratoires sévères"

Objectif général 12 "Lutter contre la désertification des professionnels de santé"

Objectif général 13 "Améliorer l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies": objectifs 1, 2 et 4

Objectif général 14 "Mettre en oeuvre la révolution numérique en santé": objectifs 1, 2 et 3

Objectif général 15 "Garantir l'accès aux urgences, à l'imagerie médicale, aux soins critiques et palliatifs"

Objectif général 17 "Garantir l'efficience des établissements de santé, médico-sociaux et des opérateurs de prévention"

Objectif général 18 "Poursuivre le développement des alternatives à l'hopistalisation": objectifs 1, 2, 3 et 4

Objectif général 19 "Développer la culture et le souci permanent de la qualité et de la sécurité des soins": objectif 1

Objectif général 20 "Assurer la veille et la sécurité sanitaire"

Objectif général 22 "Promouvoir les synergies territoriales": objectifs 1 et 2

OBJECTIF 1 : RENFORCER LES ACTIONS DE PRÉVENTION ET DE REPÉRAGE, ET FACILITER L'ACCÈS AUX SOINS, CONCERNANT LES FACTEURS DE RISQUE POUR LA SANTÉ DE LA FEMME

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

L'amélioration de la prévention dans le champs de la vie affective et sexuelle dans sa globalité, et adaptée pour certains publics (mineures, femmes en situation de précarité, femmes en situation d'handicap,....), doit faire l'objet d'actions de formation « vie affective et sexuelle, contraception,...» des PS (y compris de premier recours) et du médico-social, d'adaptation d'outils et enfin de la mise en oeuvre du remboursement à 100% des frais liés à la contraception des mineures. De même, une attention particulière doit être portée aux femmes victimes de violences afin qu'elles bénéficient d'un repérage et d'une orientation adaptée. Il s'agit de mettre en place des actions de sensibilisation territorialisées, sur la grande région, en matière de repérage, de prise en charge et d'orientation de ces femmes et de leurs enfants, et de faire connaître, au niveau local, les structures d'aide et d'accompagnement. Il convient de poursuivre, voire d'étendre, la formation des PS et du médico-social et de soutenir la mise en place d'organisations permettant aux professionnels de répondre aux demandes des victimes. L'amélioration de l'accès aux soins des publics spécifiques (handicaps, obésité morbide) passe par la structuration au sein des ES, de consultations de gynécologie-obstétrique adaptées. La sensibilisation des professionnels de première ligne (médecins traitants, pharmaciens) aux problématiques spécifiques des femmes (santé sexuelle, fertilité, ménopause) est à travailler. Enfin, il s'agit de confier à un organisme existant d'observation de la santé publique une mission de suivi de la santé des femmes (IVG, infertilité, ...).

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

En s'appuyant sur les outils prévus dans le cadre de la stratégie nationale de santé sexuelle, il est attendu la diffusion et l'appropriation des outils d'information adaptés en fonction des publics, notamment concernant les méthodes de régulation de la fécondité et de fertilité (maladies chroniques, traitements, obésité,...), avec une attention particulière pour certains publics spécifiques (cf. ci-dessus). Les actions de formation « vie affective et sexuelle, contraception » des PS (y compris de premier recours) et du médico-social, s'appuyant sur des messages adaptés sont accessibles sur l'ensemble du territoire et notamment aux EMS (handicap). L'organisation d'une journée régionale sur la vie affective et sexuelle des personnes en situation de handicap (en lien avec l'objectif général 6 "Développer les parcours de vie sans rupture pour les personnes souffrant de handicap") doit permettre la mise en place d'une dynamique régionale et une diffusion de l'information. Les PS auront à leur disposition des outils leur permettant de savoir repérer et orienter les femmes victimes de violences sur leur territoire. Des actions de sensibilisation/formation sont à mettre en place au sein des ES disposant d'un service d'urgence et/ou de gynécologie-obstétrique (aller vers les professionnels). Concernant les publics spécifiques, au moins une consultation adaptée, par territoire de démocratie sanitaire, doit être mise en place.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Investissements immobiliers et équipements, Information/ Communication, Formation, Surveillance et observation de la santé, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

professionnels de premier recours, PMI, ES, UMJ, EMS, associations gestionnaires de structures pour personnes en situation d'handicap, associations de prévention, DRJSCS, DDDFE, réseaux en santé périnatale

POPULATION CONCERNÉE

femmes confrontées à des questions de santé sexuelle ou de violences, ou nécessitant des prises en charge spécifiques,

ETAPES DU PARCOURS

Accompagnement et soins de ville, Hospitalisation, Prévention primaire, comportements, Répérage, Dépistage

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

4ème et 5ème plans de lutte contre les violences faites aux femmes, plan régional IVG 2016-2019, stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030

OBJECTIF 2 : STRUCTURER LES PARCOURS DE SANTÉ DES FEMMES EN LES ADAPTANT AUX FACTEURS DE RISQUES POUVANT AVOIR UN IMPACT NÉGATIF SUR LA SANTÉ DE LA FEMME AUTOUR DE LA NAISSANCE OU DE SON ENFANT

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Le parcours de santé peut être défini, pour une femme/femme-enceinte ayant des caractéristiques données (médicales, psychiques, sociales, environnementales,...), comme une des trajectoires possibles la mieux adaptée à sa situation. Il nécessite l'action coordonnée des acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social afin d'assurer la continuité des soins entre la ville et l'hôpital. Il s'agit donc de structurer et rendre visible, pour les femmes, les parcours de soins en fonction des risques et de leur donner les moyens de choisir. Afin d'aider les professionnels dans l'orientation, il s'agit d'élaborer et de diffuser des outils simples d'évaluation des vulnérabilités et des risques. Pour éviter l'impact négatif des facteurs de risques préexistants sur la santé de la femme et de son enfant (addictions, obésité, pathologies chroniques: diabète, hypertension artérielle, maladies neurologiques, santé mentale, handicap), il est nécessaire de mettre en place une consultation préconceptionnelle, d'informer les professionnels (MG, spécialistes) et les femmes de son importance et d'insister sur les bénéfices-risques pour l'enfant à naître.

Il s'agit d'augmenter la capacité des professionnels à susciter la motivation au changement des femmes ayant des facteurs de risque. Les professionnels formés à ces techniques de motivation au changement seront plus à même de prendre en charge ces femmes. L'amélioration de l'orientation passe par la mise en place, au sein des établissements de santé, de consultations d'orientation, basées sur un cadre régional.

Enfin, la fluidification du parcours de la femme enceinte en pré-per et postnatal nécessite la mise en place d'une plateforme informatique régionale d'interface basée sur le dossier obstétrical et néonatal, évitant des ruptures potentiellement source de morts maternelles ou néonatales.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Il vise une diminution du retard de prise en charge des femmes présentant un risque pour elles et pour leur/leurs enfant(s), voire une diminution de la mortalité maternelle et néonatale. Il s'appuie sur la mise en place d'une recherche action visant à tester l'intérêt de la consultation préconceptionnelle pour les femmes présentant des facteurs de risque. L'élaboration et la mise en oeuvre, par les acteurs impliqués, d'outils de coordination entre professionnels de premier recours, les ES, la PMI et la CPAM (PRADO) est attendue. Il nécessite l'élaboration et la mise en oeuvre d'outils d'évaluation de vulnérabilité permettant de mieux orienter les femmes à risque. L'impact sur l'amélioration du parcours des femmes enceintes par la structuration de communautés périnatales est à évaluer. Enfin, la mise en place d'une plateforme informatique d'interface régionale périnatale est attendue.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Amélioration qualité des soins et sécurité des usagers, Formation, Systèmes d'information, télémédecine et e-santé, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

Professionnels de santé de premier recours, ES, PMI, réseaux de santé périnatalité

POPULATION CONCERNÉE

femmes en âge de procréer, femmes présentant un facteur de risque, femmes enceintes, ...

ETAPES DU PARCOURS

Accompagnement et soins de ville, Hospitalisation, Répérage, Dépistage

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

INSTRUCTION N°DGOS/PF3/R3/DGS/MC1/2015/227 du 3 juillet 2015 relative à l'actualisation et à l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité dans un cadre régional

OBJECTIF 3 : PROMOUVOIR LA "BIENTRAITANCE" EN PÉRINATALITÉ

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Concernant la période périnatale, de nombreuses études ont démontré une amélioration du lien parents-enfants et une évolution plus favorable de la santé des enfants prématurés ayant pu bénéficier d'approches de soins de développement (IHAB, NIDCAP) par rapport aux enfants n'ayant pas eu cet accompagnement. L'IHAB favorise l'établissement du lien mère-enfant, le bon démarrage de l'allaitement maternel, l'accompagnement de tous les parents quelle que soit l'alimentation choisie. Il permet l'instauration d'un partenariat bienveillant entre parents et soignants et bénéficie ainsi aux femmes enceintes, aux futurs parents, à tous les nouveau-nés y compris les plus vulnérables, mais aussi aux professionnels de maternité et de néonatologie qui le mettent en œuvre. Les études prospectives de suivi des nouveau-nés pris en charge en réanimation ou en soins intensifs néonatals ont montré que certaines techniques de soins pouvaient avoir un impact négatif sur leur développement ultérieur. Il convient donc d'organiser la prise en charge de ces enfants en visant à diminuer au maximum les nuisances au sein des services (NIDCAP). Le programme NIDCAP est basé sur une observation comportementale qui permet d'évaluer l'adaptation du nouveau-né en présence des parents qui deviennent ainsi co-acteurs. Il s'agit d'une véritable EPP ciblée sur un nouveau-né, afin de permettre des soins adaptés à ses compétences physiologiques. Il nécessite un changement de culture important des équipes. Ce changement doit être accompagné pour éviter les ruptures au sein des équipes. La bientraitance est une action individuelle et collective qui implique que les différents professionnels intervenants intègrent cette notion dans leurs pratiques. Elle repose sur des règles institutionnelles et une organisation du travail, respectueuses des patients, de leurs proches comme des soignants, valorisant l'expression de chacun. La mise en œuvre de cet objectif passe d'une part par la mise en place, au sein des établissements de santé et auprès des professionnels de santé, de formations «bientraitance » mobilisant les fédérations et les OPCA, et d'autre part par la création d'une culture régionale de bientraitance en périnatalité par l'organisation de journées régionales ainsi que la promotion des démarches IHAB et de la démarche NIDCAP afin que les équipes s'en inspirent dès que possible.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Il est attendu la mise en place d'une dynamique régionale « bientraitance en périnatalité » sur l'ensemble des territoires avec l'augmentation du nombre de maternités inscrites dans la démarche IHAB ainsi que l'augmentation du nombre de services de réanimation néonatale inscrits dans la démarche NIDCAP, ou s'en inspirant. L'élaboration d'une formation "bientraitance en périnatalité" proposée aux équipes est toutefois un préalable.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Investissements immobiliers et équipements, Amélioration qualité des soins et sécurité des usagers, Formation, Surveillance et observation de la santé, Systèmes d'information, télémédecine et e-santé, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

Etablissements de santé (directions, équipes pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles de gynécologie-obstétrique et de néonatalogie, personnels administratifs…), professionnels de premier recours, PMI, réseaux de santé périnatale

POPULATION CONCERNÉE

Femmes enceintes, jeunes mères, parents, entourage proche, nouveau-nés (prématurés ou non), professionnels de périnatalité y compris d'accueil et administratif

ETAPES DU PARCOURS

Accompagnement et soins de ville, Hospitalisation

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

INSTRUCTION N°DGOS/PF3/R3/DGS/MC1/2015/227 du 3 juillet 2015 relative à l'actualisation et à l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité dans un cadre régional

OBJECTIF 4 : RENFORCER L'ACCÈS À LA PRÉVENTION AINSI QU'AU REPÉRAGE DES FACTEURS DE RISQUE POUR LA SANTÉ ET LE DÉVELOPPEMENT DES ENFANTS DE LA NAISSANCE À 6 ANS ET FACILITER LE RECOURS AUX SOINS

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

La mise en œuvre de cet objectif s'appuie d'une part sur le soutien à la parentalité, au regard des nouveaux troubles graves des interactions rencontrés chez les enfants, liées notamment à un manque de stimulation (usage nocif des écrans), empêchant le développement de « neurones miroirs », nécessaires au développement des compétences psychosociales. Il est donc nécessaire de faire connaître ce risque aux professionnels et d'aider les parents à interagir de façon directe avec leurs enfants.

Il nécessite d'autre part la structuration d'une coordination territoriale entre les professionnels de l'éducation nationale, du premier recours (y compris la PMI) et des acteurs du champ médico-social (CAMSP, CMP, CMPP,..) intervenant potentiellement dans le repérage des troubles de développement et notamment du neuro-développement. A partir d'un diagnostic territorial, il s'agit d'identifier le rôle de chaque professionnel, les difficultés d'accès au repérage et aux soins (ressources humaines disponibles, mobilité des parents, ...) et de formaliser les articulations entre les acteurs, afin d'améliorer ce recours.

Afin de mieux impliquer les parents, il est proposé d'élaborer et de rendre accessible, des outils « repères » précisant les étapes développementales à des âges clés (9 mois, 24 mois et 36 mois), nécessitant un recours au soin. Des outils complémentaires à élaborer et mettre en œuvre pour les professionnels de premier recours permettront une réponse adaptée des professionnels et une connaissance des orientations à proposer (bilans de 9, 24 et 36 mois).

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Retravailler, sur le plan régional, les modalités de préparation à la naissance, afin de les adapter aux populations les plus vulnérables. Elaboration d'actions/d'outils visant à favoriser l'interaction parents-enfants; élaboration et l'utilisation d'outils « repère » pour les parents et professionnels de premier recours et les parents/âge clé (9, 24, 36 mois)

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Information/Communication, Formation, Surveillance et observation de la santé, Systèmes d'information, télémédecine et e-santé, Contractualisation, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

Réseaux en santé périnatal, professionnels de la périnatalité, professionnels de santé de premier recours, de PMI, spécialistes (orthophonistes, ophtalmologues, ORL,...),

POPULATION CONCERNÉE

enfants entre 0 et 6 ans, parents, entourage, professionnels de premier recours (médecins génaralistes, PMI)

ETAPES DU PARCOURS

Accompagnement et soins de ville, Prévention primaire, comportements, Répérage, Dépistage

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

OBJECTIF 5 : STRUCTURER LE PARCOURS DE SOINS DES ENFANTS NOTAMMENT CEUX PRÉSENTANT UNE SITUATION DE VULNÉRABILITÉ OU UNE PATHOLOGIE NÉCESSITANT DES INTERVENTIONS PLURI-PROFESSIONNELS

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Les nouveau-nés vulnérables sont ceux présentant un ou plusieurs facteurs de risque périnatals de déficience ou de handicap. 40% des grands prématurés (<33SA) présentent une déficience ou un handicap à l'âge de 5 ans (vs12% des enfants nés à terme). Les troubles du comportement à l'âge de 3 ans sont 2 fois plus fréquents que chez les enfants à terme avec une corrélation de ces troubles aux troubles cognitifs (intellectuels) et à l'environnement socio-familial (âge et niveau d'études de la mère). Les interventions précoces, fondées sur le concept de plasticité cérébrale, ont montré leur efficacité sur des enfants à risque de développer une déficience.

Le parcours de soins des enfants, notamment ceux présentant une maladie chronique, nécessite un abord global de l'enfant et des parents, et une coordination du suivi entre les pédiatres «spécialistes», « les médecins de premier recours» (médecins généralistes, pédiatres), la PMI, et la médecine scolaire ou le secteur médico-social. Pour ce faire, il importe de définir le rôle de chacun et d'organiser la transmission des informations de façon mutuelle. L'amélioration de la visibilité des acteurs locaux impliqués est un préalable à la fluidification de ces parcours. Par ailleurs, il s'agit de structurer, sur l'ensemble de la région l'accès aux soins et à l'accompagnement des enfants présentant une pathologie (rare) dépistée en période néonatale (surdité, maladies métaboliques) au regard des modifications de ces dépistages à partir de mars 2018.

La démographie médicale des réanimateurs néonatals impose une réflexion sur l'évolution de l'organisation des transferts néonatals en lien avec les SAMU.

Enfin, la structuration du recours aux soins d'urgences pédiatriques et notamment d'urgences pédiatriques chirurgicales est à optimiser au niveau régional.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

En accord avec l'instruction de 2015 relative à l'actualisation et à l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité, il est attendu la mise en place d'une organisation régionale de "suivi coordonné des enfants vulnérables"; l'élaboration et la mise à disposition d' "outils territorialisés" de parcours de soins /pathologie chronique, y compris des maladies rares est à viser. Enfin le recours, en urgence, à la chirurgie pédiatrique et aux services d'urgences pédiatriques doit être optimisé.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Amélioration qualité des soins et sécurité des usagers, Information/Communication, Formation, Surveillance et observation de la santé, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

Etablissements de santé disposant de services de pédiatrie, d'urgences; professionnels de santé de premier recours

POPULATION CONCERNÉE

Nouveau-nés et enfants vulnérables de <7 ans; enfants et jeunes de < 18 ans présentant des pathologies chroniques (hors cancer) avec passage dans services adultes

ETAPES DU PARCOURS

Accompagnement et soins de ville, Hospitalisation, Répérage, Dépistage

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant – Rapport sur le « Parcours de soins des enfants atteints de maladies chroniques » (2015)

OBJECTIF GÉNÉRAL 5 : ACCOMPAGNER LE VIEILLISSEMENT ET SOUTENIR LES AIDANTS

PROBLÉMATIQUES PRIORITAIRES

- L'avancée en âge peut s'accompagner de vulnérabilités qui génèrent des risques de ruptures liées à :

  - une insuffisance de prévention et de repérage de la perte d'autonomie

  - la fragilité

  - la poly-pathologie caractérisée par des maladies (dont maladies neuro-dégénératives, dépression et troubles psycho-comportementaux, affections de l'appareil locomoteur) et des syndromes gériatriques (dont troubles sensoriels, de la marche, dénutrition, iatrogénie).

  - une précarité multifactorielle, due aux reste à charge, pauvreté, isolement (géographique, social), habitat inadapté, difficultés des déplacements (pour accéder aux soins, aux offres).

- Les difficultés des aidants proches engendrent des risques pour leur santé : confrontés à des situations éprouvantes, la difficulté des aidants à accéder aux dispositifs d'accompagnement et de répit adaptés à leur besoin est amplifiée par celle de se reconnaitre aidant. En outre l'attention des professionnels au couple aidant/aidé semble insuffisamment développée.
- Les usagers présentent des difficultés d'accès au système de santé (selon l'OMS) dues à :

  - une démographie des professionnels de santé et sociaux inéquitable, une insuffisance d'effectifs et turn-over important en établissements et services, manque de libéraux, désertification de certains territoires et/ou profession, avec des visites à domicile des médecins traitants et des kinésithérapeutes trop rares ;

  - des défauts d'information et de lisibilité des dispositifs existants avec manque de développement d'outils de communication communs.

- Les insuffisances d'organisation et de moyens du système de santé et la répartition régionale inéquitable de l'offre créent des fractures, avec :
  - un manque d'articulation et de fluidité entre professionnels, en établissements ou à domicile, amplifié par l'absence de lisibilité des dispositifs et d'outils communs ;
  - une répartition inéquitable des dispositifs et moyens d'accompagnement aidant/aidé (dont démographie des professionnels) entre territoires ;
  - un défaut d'expertise à domicile et d'accompagnement de situations problématiques (hors cas complexes).
- L'intérêt pour les formations/sensibilisations à l'accompagnement et aux prises en soins des personnes âgées, en particulier inter-professionnelles, et leur développement auprès des professionnels, apparaissent insuffisants et entrainent des défauts de qualité des prises en charge, des manques de coordination et de repérage des fragilités.

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

1 - Repérer et prévenir la perte d'autonomie

2 - Soutenir les aidants et les accompagner au quotidien

3 - Ajuster l'offre sur les territoires selon les besoins identifiés

4 - Améliorer l'articulation des dispositifs et des acteurs sur les territoires

5 - Développer la culture commune et la formation gériatrique

LIENS AVEC LES AUTRES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Objectif général 6 "Développer les parcours de vie sans rupture pour les personnes souffrant de handicap" : vieillissement des personnes handicapées et maladies neurodégénératives

Objectif général 8 "Réduire les inégalités sociales et territoriales liées aux cancers" : oncogériatrie

Objectif général 9 "Favoriser le parcours de vie en santé mentale en veillant à limiter les hospitalisations" : psychogériatrie

Objectif général 14 "Mettre en œuvre la révolution numérique en santé" : le numérique

Objectif général 15 "Garantir l'accès aux urgences, à l'imagerie médicale, aux soins critiques et palliatifs" : les soins palliatifs

Objectif général 16 "Poursuivre la dynamique transfrontalière pour l'accès à des soins de qualité" : le transfrontalier avec le projet inter-reg V AP-réseau service

Objectif général 17 "Garantir l'Efficience des établissements de santé, médico-sociaux et des opérateurs de prévention" : l'efficience des EHPAD

Objectif général 18 "Poursuivre le développement des alternatives à l'hospitalisation" : l'HAD en EHPAD

Objectif général 22 "Promouvoir les synergies territoriales" : synergies territoriales avec les MAIA et le PAERPA

OBJECTIF 1 : PRÉVENIR ET REPÉRER LA PERTE D'AUTONOMIE

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

La poursuite de la mobilisation de tous les acteurs potentiels sur les territoires doit permettre d'anticiper et prévenir la perte d'autonomie et la fragilité, en particulier pour les personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives et les publics en précarité. Des actions collectives et individuelles de prévention concertées seront développées avec les partenaires, en lien avec les CDF.

L'ETP développée rend les patients et leurs aidants plus autonomes et acteurs de leur santé (articles D.1161-1 et suivants du code de la santé publique).

Les situations à risque font l'objet de repérage et d'alerte avec des compétences adéquates (cf objectif 5), sans oublier la liberté de la personne.

Le dépistage de la fragilité doit aller jusqu'au domicile avec le déploiement d'expertise gériatrique, l'accès à des bilans neuropsychologiques en ville et l'organisation de bilans pluri-disciplinaires pour les personnes plus fragiles.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

L'accompagnement des projets locaux de prévention dans le cadre des travaux des CDF est développé, avec en particulier l'aide à la montée en qualité des projets (objectif 5).

Le déploiement régional de programmes d'ETP ciblé sur les problématiques des personnes âgées est encouragé avec : des programmes sur les MND (Parkinson et SEP) dans les territoires; l'accompagnement au déploiement de programmes sur la maladie d'Alzheimer ; l'analyse des programmes d'ETP expérimentaux PAERPA et des autres programmes personnes âgés existants sur les syndromes gériatriques.

Le déploiement de l'expertise gériatrique à domicile est visé dans au moins 80% du zonage de l'offre de soins.

L'accès à des bilans neuro-psychologiques en ville au près des neurologues libéraux est rendu effectif dans la région, ainsi que l'extension de fonctions d'expertises et d'accompagnement en ville des patients atteints de SEP ou maladie de Parkinson.

L'organisation du maillage régional gradué de consultations est optimisée autour de centres experts des MND.

Le développement de bilans pluridisciplinaires (dont consultations expertes, hospitalisations de jour de médecine selon circulaire frontière HDJ 15 juin 2010) est encouragé pour les personnes les plus fragiles.

L'offre de plans personnalisés de santé (PPS (2)) au travers de coordinations cliniques de proximité (CCP) du PAERPA est poursuivie et déployée selon l'évolution de l'expérimentation.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Amélioration qualité des soins et sécurité des usagers, Systèmes d'information, télémédecine et e-santé, Contractualisation, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

professionnels : sanitaire et médico-social / Acteurs institutionnels : conseils départementaux, régimes d'assurance maladie et retraite

POPULATION CONCERNÉE

Les personnes de 60 ans et plus, les personnes atteintes de MND de moins de 60 ans

ETAPES DU PARCOURS

Accompagnement et soins de ville, Hospitalisation, Prévention primaire, comportements, Répérage, Dépistage

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

PMND, loi ASV, PAERPA,

OBJECTIF 2 : SOUTENIR LES AIDANTS ET LES ACCOMPAGNER AU QUOTIDIEN

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Afin d'améliorer le soutien apporté aux aidants, il est nécessaire de créer les conditions leur permettant de se reconnaitre comme tels, et de mieux identifier leurs besoins et les situations à risque, le plus en amont possible. Ceci passe notamment par la mise en œuvre d'évaluations spécifiques et une attention accrue de tous les professionnels à l'égard des aidants. Leur accompagnement, en cohérence avec les associations d'usagers, comprend la proposition de formations, la reconnaissance d'un droit au répit, la réorganisation et le renforcement sur la région d'une offre diversifiée de répit et d'accompagnement adaptée aux besoins, en lien avec les Départements et les CDF. L'accès à ces différentes offres doit être favorisé par une meilleure visibilité et la prise en compte de l'isolement et de la précarité des personnes.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

La détermination d'objectifs, communs avec les Conseils départementaux en tant que de besoin, pour adapter une stratégie d'offre diversifiée, est élaborée par territoire de proximité de l'offre médico-sociale.

L'augmentation du nombre de professionnels des services, des établissements et de ville sensibilisés et/ou spécifiquement formés au repérage, à l'orientation et à l'accompagnement des aidants est attendue (cf objectif 5).

Les plates-formes d'accompagnement et de répit couvrent l'ensemble de la région et sont en cohérence avec les territoires d'intervention des acteurs du champ des personnes âgées. Elles sont renforcées pour une équité territoriale populationnelle.

Dans le cadre d'inter-reg, le projet AP-réseau services France/Belgique permet la création d'un réseau interprofessionnel d'échanges de pratiques sur l'aide aux aidants.

L'offre de formation pour les aidants de malades neuro-dégénératifs est déployée sur la région.

Des actions ou outils régionaux ou locaux favorisent la lisibilité des dispositifs et la communication entre acteurs (cf objectif 4).

Les dispositifs de répit (AJ itinérant, répit à domicile, accueil d'urgence, accueil de nuit, HT PAERPA) font l'objet d'évaluation.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Amélioration qualité des soins et sécurité des usagers, Formation, Systèmes d'information, télémédecine et e-santé, Contractualisation, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

professionnels : les aidants professionnels et les aidants proches, les professionnels spécialisés dans l'aide aux aidants / institutionnels : conseils départementaux

POPULATION CONCERNÉE

Aidants de personnes âgées de 60 ans et plus ou de MND

ETAPES DU PARCOURS

Accompagnement et soins de ville, Prévention primaire, comportements, Répérage, Dépistage

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

PAERPA, loi ASV, programme inter-reg V

OBJECTIF 3 : AJUSTER L'OFFRE SUR LES TERRITOIRES SELON LES BESOINS IDENTIFIÉS

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Afin de répondre au mieux aux besoins de la population âgée, en lien avec les schémas départementaux, les moyens et dispositifs des filières gériatriques hospitalières et de leurs partenaires doivent être adaptés en respectant la circulaire des filières gériatriques de 2007, selon les particularités du zonage de l'offre de soins, en évitant autant que faire se peut le recours aux urgences.

L'offre doit être répartie équitablement sur la région et permettre l'accessibilité en proximité, des soins de suite "affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance ", des USLD et des SSIAD dédiés à des prises en charge spécifiques. La répartition de l'offre nécessite également d'objectiver l'apport de certains dispositifs afin d'éviter des « doublons d'activité », notamment entre secteurs sanitaire et médico-social.

Cette organisation comprend une attention particulière aux situations complexes (dont MND, psycho-gériatrie) avec des prises en charge graduées du diagnostic, au suivi, à l'hospitalisation voire à l'institutionnalisation, selon un principe de subsidiarité. Des réponses spécialisées et graduées sont à organiser également à domicile et en établissement pour les soins palliatifs, l'onco-gériatrie et les personnes handicapées vieillissantes (objectifs généraux connexes).

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Au sens de la circulaire de 2007, selon le zonage de l'offre de soins sont reconnus au moins 1 court séjour gériatrique de 20 lits minimum dans un établissement site d'urgences ; au moins 1 EMG adossée à un court séjour gériatrique site d'urgences ; au moins 1 offre d'HDJ de médecine (circulaire frontière HDJ 2010). Selon le zonage de l'offre de soins et/ou les territoires de proximité du médico-social : l'hospitalisation complète de SSR gériatriques et les USLD seront présentes ; un rééquilibrage territorial de l'offre d'USLD, SSR, SSIAD sera effectué en fonction des besoins. Avec l'accord des Départements, le nombre de SPASAD sera augmenté, sur la base du volontariat et dans une optique d'équité territoriale.La gestion de cas est consolidée et articulée avec les acteurs existants pour une répartition populationnelle équitable.

La structuration graduée de l'offre pour les MAMA est poursuivie entre zonage de l'offre de soins et territoires de proximité du médico-social dans une logique d'amélioration de l'orientation et de la complémentarité des réponses, avec : l'accès à des consultations mémoire organisées en maillage régional ; le déploiement d'UCC ; la couverture avec au moins une unité d'hébergement renforcée par territoire de proximité du médico-social ou selon le zonage de l'offre de soins ; la poursuite du déploiement des PASA. La couverture régionale par les équipes spécialisées Alzheimer à domicile (ESAD) est rendue effective avec une répartition populationnelle équitable. L'amélioration de la qualité de l'accompagnement des MAMA en EHPAD est favorisée dans le cadre des projets d'établissements par la reconnaissance notamment d'UVA, renforçant ainsi la palette des réponses en établissement, entendu que tout MAMA peut être accueilli sur une place bénéficiant ou non d'une reconnaissance ou d'un label spécifique.

Certains dispositifs (HDJ de SSR gériatriques, SSIAD de moins de 60 ans) comme d'autres plus innovants ou expérimentaux (SSIAD de nuit, ESPRAD/ESPREAD, PAERPA dont garde IDE de nuit en EHPAD) doivent faire l'objet d'évaluation pour juger de l'opportunité de leur maintien. De même, une attention particulière est portée aux dispositifs innovants, en cours de recensement au niveau national dans le cadre du PMND.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Amélioration qualité des soins et sécurité des usagers, Contractualisation, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

Acteurs de santé des secteurs sanitaire et médico-social / Acteurs institutionnels : conseils départementaux

POPULATION CONCERNÉE

Personnes de 60 ans et plus ou celles avec MND < 60 ans

ETAPES DU PARCOURS

Accompagnement et soins de ville, Hospitalisation, Institutionnalisation

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

loi ASV, PRIAC, PAERPA,

OBJECTIF 4 : AMÉLIORER L'ARTICULATION DES DISPOSITIFS ET ACTEURS SUR LES TERRITOIRES

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

L'amélioration de la connaissance et la lisibilité de l'offre pour les usagers et professionnels sont nécessaires pour mieux orienter les personnes :

L'accès aux soins des usagers passe par une bonne communication entre acteurs et la création de conditions pour la bonne orientation de tous. Il pourra se réaliser en partageant des outils communs, en utilisant les nouvelles technologies pour fluidifier l'information acteurs/usagers et les relations professionnelles.

Le décloisonnement entre dispositifs et acteurs doit être incité, notamment sur l'accompagnement en psychogériatrie, afin de favoriser le maintien à domicile :

L'articulation ville-hôpital-EHPAD passe par un accompagnement en ville optimisé et le renforcement des liens en intégrant mieux les EHPAD et HAD au parcours. L'amélioration des parcours locaux des personnes âgées nécessite un accompagnement dans le cadre de filières de gériatrie structurées et de qualité au sens de la circulaire de 2007 et de mieux articuler les dispositifs de coordination.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

La lisibilité de l'offre passe par la mise à disposition d'outils régionaux et locaux favorisant la connaissance et les échanges (guides ressources, annuaires partagés et systèmes d'information partagés),

La structuration des filières de gériatrie de territoire impliquant la ville (ambulatoire avec notamment les médecins traitants et infirmiers libéraux, médico-social et social), selon la circulaire de 2007, est poursuivie par leur labellisation pour au moins 30% d'entre elles, selon le zonage de l'offre de soins.

Les expérimentations de téléconsultations avec les EHPAD sont poursuivies et feront l'objet d'évaluation (décret n°2015-1263 du 09 octobre 2015).

La poursuite du déploiement de via trajectoire grand'âge se fait dans une perspective de couverture régionale.

Les tables stratégiques et tactiques MAIA visent un fonctionnement régulier concourant à la lisibilité de l'offre et à la coopération des acteurs, vers l'intégration.

Les territoires MAIA sont harmonisés en cohérence avec les filières gériatriques et les territoires de proximité du médico-social.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Amélioration qualité des soins et sécurité des usagers, Systèmes d'information, télémédecine et e-santé, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

Professionnels : L'ensemble des champs sanitaires, sociaux, médico-sociaux. / Institutionnels : Les conseils départementaux et régimes d'assurance maladie.

POPULATION CONCERNÉE

Les personnes de 60 ans et plus, les personnes atteintes de MND de moins de 60 ans

ETAPES DU PARCOURS

Accompagnement et soins de ville, Hospitalisation, Institutionnalisation

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

PMND, loi ASV, PAERPA

OBJECTIF 5 : DÉVELOPPER LA CULTURE COMMUNE ET LA FORMATION GÉRIATRIQUE

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Il s'agit d'élaborer ou soutenir le développement de formations/sensibilisations des professionnels, et en particulier interprofessionnelles, à l'accompagnement et aux prises en soins des personnes âgées en renforçant les compétences sur le champ de la personne âgée de manière globale et sur ses spécificités (pathologies et syndromes), pour la montée en qualité des dispositifs et l'harmonisation des pratiques gériatriques ; mais également dans le champ de l'aide aux aidants en lien avec les conseils départementaux ; avec une attention particulière aux territoires de proximité du médico-social les plus en difficulté ; pour permettre une montée en qualité du repérage, de l'alerte, des diagnostics, des suivis et de l'accompagnement des personnes.

Le contenu de ces formations régionales et interprofessionnelles, est établi à partir des objectifs nationaux et des problématiques prioritaires fixées, en cohésion avec les experts régionaux, et portera notamment sur les thèmes suivants : les maladies neuro-dégénératives, la psycho-gériatrie, l'accompagnement des aidants, la fin de vie (en lien avec l'objectif général soins palliatifs). Ces formations pourront aussi porter sur la dynamique du territoire, l'animation territoriale, la connaissance de son territoire selon l'expérience PAERPA.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Le nombre de professionnels formés augmente au fil du temps notamment par :

- l'organisation de formations/sensibilisations prévues au PMND

- le nombre de professionnels des établissements, des services et de ville sensibilisés et/ou spécifiquement formés au repérage, à l'orientation et l'accompagnement des aidants

- le déploiement du projet inter-reg V AP-réseau services.

- le nombre de professionnels d'EHPAD formés à la prévention du suicide

- l'accompagnement méthodologique et/ou la formation des professionnels qui développent des actions de prévention

L'organisation des formations/sensibilisations interprofessionnelles sera promue sous forme de journées régionales (dont assises PMND) et/ou autres formations locales.

Une réflexion est engagée avec les universités de Lille et Amiens sur les lieux de stage des internes de gériatrie et la formation dans la région pour lutter contre la désertification (objectif général connexe : lutte contre la désertification) (Décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine).

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Information/Communication, Formation, Systèmes d'information, télémédecine et e-santé, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

Professionnels : L'ensemble des professionnels des champs sanitaires, sociaux, médico-sociaux, usagers / Institutionnels : Instituts de formation, organismes de formation, conseil régional, universités./centres experts

POPULATION CONCERNÉE

Les professionnels et usagers.

ETAPES DU PARCOURS

Accompagnement et soins de ville, Hospitalisation, Institutionnalisation, Prévention primaire, comportements, Répérage, Dépistage

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

Loi ASV, PMND, programme Inter-reg V, projet PAERPA,

OBJECTIF GÉNÉRAL 6 : DÉVELOPPER LES PARCOURS DE VIE SANS RUPTURE POUR LES PERSONNES SOUFFRANT DE HANDICAPS

PROBLÉMATIQUES PRIORITAIRES

- Des cadres d'organisation et de fonctionnement ainsi que des modalités de coopération ne permettant pas, en l'état actuel, de proposer une offre d'accompagnement à toutes les personnes en situation de handicap qui en ont besoin.
- Un accès à la prévention et aux soins particulièrement difficile pour les personnes en situation de handicap, qu'elles soient à domicile ou prises en charge en établissement. Les personnes en situation de handicap sont en effet confrontées à un certain nombre d'obstacles (accessibilité des consultations de spécialistes, de l'hôpital, des cabinets médicaux, équipements non adaptés, campagne de prévention non ciblées…). Certains troubles du comportement sont parfois la résultante de problèmes somatiques sans que ceux-ci soient identifiés et explorés par les accompagnants médico-sociaux ou familiaux. Nonobstant les efforts d'ores et déjà réalisés en matière d'accessibilité à la prévention et aux soins ainsi qu'en ce qui concerne l'adaptation des modalités de prise en charge, certains professionnels de santé se sentent encore parfois démunis face aux différentes situations de handicap et à l'insuffisance des informations relatives aux dispositifs de prise en charge existants.
- L'importance d'être attentif à la place des aidants, à leurs difficultés et à leurs interrogations; celles-ci étant indissociables de la réflexion sur l'amélioration des modalités d'accompagnement des personnes en situation de handicap. Il est en effet nécessaire de reconnaitre leur investissement, de rappeler le caractère essentiel de leur contribution à l'accompagnement de leur proche ainsi que de pouvoir leur proposer les mesures de soutien les plus adéquates à leurs besoins. Or, nonobstant les actions d'ores et déjà engagées pour les soutenir, ceux-ci demeurent en attente de davantage de reconnaissance et de solutions concrètes susceptibles de leur venir en aide.
- Un certain nombre d'obstacles rendant difficile la fluidité du parcours des jeunes enfants à risque de handicap restant à lever, dans un objectif d'inclusion optimale dans la société : repérage des troubles par les acteurs de la petite enfance encore parfois insuffisamment précoce, articulation des dispositifs et lisibilité de ceux-ci (aussi bien pour les professionnels que pour les familles) demeurant perfectibles, de même que les délais d'accès aux diagnostics et à un accompagnement précoce, dans un objectif de limitation des conséquences des troubles éventuels.
- L'existence de ruptures de parcours des enfants en situation de handicap liées notamment à une hétérogénéité de l'offre d'accompagnement entre les territoires ainsi qu'à une adaptation non optimale de cette offre d'accompagnement à leurs besoins dans le cadre de l'exercice d'un parcours de scolarisation et, plus globalement, de vie.
- L'existence de réponses en matière d'offre d'accompagnement institutionnelle ne répondant plus, à un moment donné de leur parcours, aux besoins ou aux attentes de certains adultes handicapés, pour cause de répartition territoriale hétérogène du nombre de places en institutions et/ou d'insuffisante adaptation de ces places à la spécificité ou à l'évolution de la situation des personnes accompagnées, notamment au moment de leur avancée en âge .
- L'impossibilité pour certains adultes en situation de handicap dont le souhait est de vivre en milieu de vie ordinaire, ou, d'évoluer vers un accompagnement en milieu de vie ordinaire, d'éviter l'institutionnalisation pour cause d'insuffisance ou de manque d'adaptation de l'offre d'accompagnement en milieu de vie ordinaire.

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Les objectifs opérationnels s'articulent autour de trois objectifs transversaux aux enfants et aux adultes en situation de handicap ainsi que de quatre objectifs concernant plus spécifiquement les parcours de vie des enfants et des adutes :

Objectifs transversaux :

- Se mettre collectivement en capacité de pouvoir faire à toutes les personnes en situation de handicap en ayant besoin, une proposition de réponse accompagnée en privilégiant quatre grands principes structurants : le passage d'une logique de places à une logique de réponses, la subsidiarité, la mobilisation des moyens d'accompagnement prioritairement au profit des personnes en ayant le plus besoin, l'exercice de la co-responsabilité
- Améliorer l'effectivité de l'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de handicap
- Soutenir et accompagner les aidants en développant des initiatives organisées autour de quatre grands axes : repérer, informer et conseiller les aidants, les former et les soutenir, reconnaitre leur rôle et leur expertise, structurer une offre de répit adaptée

Parcours enfants :

- Améliorer l'accès au repérage et au dépistage afin de pouvoir accompagner précocemment les jeunes enfants présentant un risque de handicap dans un objectif de prévention optimale du développement des troubles
- Rendre effective l'inscription de tous les enfants en situation de handicap dans un parcours de scolarisation et de vie sans rupture en s'assurant de l'existence, au sein de chaque territoire, d'une palette d'offres d'accompagnement diversifiée et adaptée aux besoins, en accordant une attention particulière aux "périodes charnières "

Parcours adultes :

- Adapter et/ou développer l'offre d'accompagnement en établissements aux besoins des adultes en situation de handicap
- Soutenir le choix des adultes en situation de handicap de vivre en milieu ordinaire

Sur la base des orientations du Comité Interministériel du Handicap et de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale, une attention particulière sera portée à la mise en œuvre des objectifs visant à favoriser les parcours d'inclusion scolaire et de vie des enfants et adolescents en situation de handicap ainsi qu'à ceux relatifs à l'accompagnement en milieu de vie ordinaire des adultes.

A cet effet, seront identifiés des indicateurs ambitieux et structurants pendant la durée du PRS. Ils ont vocation à encourager et valoriser la transformation et l'adaptation du secteur médico-social, fondées sur une réponse plus souple et adaptée aux personnes en situation de handicap, favorisant la fluidité des parcours. Trois indicateurs prioritaires peuvent être notamment identifiés pour faire évoluer l'offre médico-sociale dans une logique résolument plus inclusive :

La réduction du nombre d'adultes maintenus en ESMS pour enfants au titre de l'amendement Creton ;

L'augmentation du nombre de dispositifs participant à l'inclusion scolaire ;

La part dans l'offre médico-sociale des services proposant un accompagnement en milieu ordinaire.

LIENS AVEC LES AUTRES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Obectif général 2 "Promouvoir des comportements favorables à la santé"

Objectif général 3 "Promouvoir la santé des jeunes"

Objectif général 4 "Cibler les femmes, mères, enfants les plus vulnérables"

Objectif général 7 "Repérer et mieux organiser les filières diabète, obésité et insuffisance rénale chronique (IRC)"

Objectif général 8 "Réduire les inégalités sociales et territoriales liées aux cancers"

Objectif général 9 "Favoriser le parcours de vie en santé mentale en veillant à limiter les hospitalisations"

Objectif général 10 "Améliorer l'accés à la prévention et à la prise en charges des conduites à risque et/ou addictives"

Objectif général 14 "Mettre en oeuvre la révolution numérique en santé"

Objectif général 17 "Garantir l'efficience des établissements de santé, médico-sociaux et des opérateurs de prévention"

Objectif général 18 "Poursuivre le développement des alternatives à l'hospitalisation"

OBJECTIF 1 : DÉPLOYER SUR LES CINQ DÉPARTEMENTS DE LA RÉGION LA DÉMARCHE RÉPONSE ACCOMPAGNÉE POUR TOUS

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Se mettre collectivement en capacité de pouvoir faire à toutes les personnes en situation de handicap en ayant besoin une proposition de réponse accompagnée, en privilégiant quatre grands principes structurants :

- passage d'une logique de places à une logique de réponses
- subsidiarité (privilégier à chaque fois que possible le milieu de vie ordinaire, ou par défaut, le moins spécialisé)
- mobilisation des moyens d'accompagnement prioritairement au profit des personnes en ayant le plus besoin
- exercice de la co-responsabilité

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Il est attendu des partenaires leur inscription dans le cadre de modes de fonctionnement renouvelés :

-participation des ESMS et établissements sanitaires aux réunions des groupes opérationnels de synthèse (GOS) 1 et, structuration de "coordinations territoriales" dans le cadre de la prévention et de la gestion des situations complexes : partenariat ESMS / psychiatrie et pédopsychiatrie d'une part et ESMS / autres établissements sanitaires (à l'instar des SSR spécialisés en ce qui concerne le polyhandicap).

-participation des autorités de régulation aux réunions des GOS 2

L'adaptation de l'offre d'accompagnement aux besoins nécessite de pouvoir disposer d'un système d'information régional partagé relatif au suivi des orientations MDPH et aux places disponibles.

La réalisation de diagnostics territoriaux partagés (avec un focus systématique sur le handicap psychique, le polyhandicap et les troubles de la conduite et du comportement) permettra de disposer d'une connaissance fine de l'existant et de pouvoir l'adapter au mieux aux besoins.

L'identification de places d'hébergement temporaire dédiées doit permettre d'apporter des réponses aux demandes urgentes (hospitalisation, décès de l'aidant..).

Le développement de réponses innovantes en termes de modularité ou de modalités de coopération, concernant aussi bien les personnes à domicile (PCPE, unités d'accompagnement et de soins à domicile pour personnes handicapées psychiques ou polyhandicapées..) qu'en établissement (modalités d'accueil partagé, séquentiel, équipes mobiles de gestion des situations complexes...), ainsi que l'ouverture d'une antenne du CREHPSY participeront à l'adaptation de l'offre d'accompagnement.

Il importe également, en ce qui concerne les autorisations des ESMS, de rompre avec la logique d'autorisations trop spécifiques (type de handicap, catégories d'âges) et de sécuriser la possibilité de droit au retour en ESAT en cas d'échec d'une tentative d'insertion en milieu de travail ordinaire ainsi que de soutenir l'accès à la formation des professionnels dans un objectif de partage d'une culture commune (formations croisées sanitaire/médico-social relatives à la gestion des situations complexes, des comportements problèmes, à la communication non verbale).

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Information/Communication, Formation, Systèmes d'information, télémédecine et e-santé, Contractualisation

ACTEURS CONCERNÉS

CD, Education Nationale, MDPH, gestionnaires et professionnels des champs sanitaire et médico-social, centres ressource, Equipe Relais Handicap Rare, OPCA, usagers et leurs aidants

POPULATION CONCERNÉE

Personnes en situation de handicap, jeunes ou adultes

ETAPES DU PARCOURS

Accompagnement et soins de ville, Institutionnalisation

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

Orientations de la Conférence Nationale du Handicap (CNH)/Décisions du Comité Interministériel du Handicap (CIH)/Stratégie quinquennale relative à l'évolution de l'offre médico-sociale/Démarche nationale Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT)/Plan national Autisme 2013-2017/Schéma national handicaps rares 2014-2018

OBJECTIF 2 : AMÉLIORER L'EFFECTIVITÉ DE L'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP DE LA RÉGION HAUTS-DE-FRANCE

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

L'accès à la prévention et aux soins est particulièrement complexe pour les personnes en situation de handicap, quel que soit leur âge, leur lieu de vie, ou leurs troubles. Celles-ci sont en effet confrontées à de nombreux obstacles (accès aux consultations de spécialistes en ville ou à l'hôpital, acccessibilité physique des locaux de soins, équipements non adaptés, campagnes de prévention non ciblées…). Certains troubles du comportement sont parfois la résultante de problèmes somatiques sans que ceux-ci soient identifiés et explorés par les accompagnants médico-sociaux ou familiaux. Les professionnels de santé quant à eux se sentent démunis face aux différentes situations de handicaps et au manque d'informations relatives aux dispositifs de prise en charge existants.

L'objectif est d'éviter les ruptures dans le parcours de santé des personnes en situation de handicap : leur permettre de bénéficier des actions relatives à la promotion de la santé, des campagnes de prévention et de pouvoir accéder plus facilement aux soins.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Les résultats attendus se déclinent autour de quatre axes stratégiques : informer les professionnels et les particuliers sur l'existant, proposer une offre de formation aux professionnels, développer des actions de prévention ciblées et structurer une réponse adaptée à la prise en charge en soins des personnes en situation de handicap.

Des travaux quant à l'amélioration de l'information et de la communication auprès des publics concernés et des professionnels sont à mener (plateforme web).

En termes de formation et de sensibilisation, l'objectif est de permettre aux professionnels (professionnels de santé libéraux, paramédicaux, ambulanciers…) d'être en capacité d'accueillir et d'accompagner les personnes quel que soit leur handicap

Les offres d'actions de prévention et d'éducation à la santé (en matière d'addiction, alimentation, activité physique, vie affective et sexuelle, …), ainsi que les campagnes de dépistage (cancers du colon, col de l'utérus, sein…) devront être adaptées aux personnes en prenant en compte leur handicap.

Enfin, une réponse adaptée à la prise en charge en soins des personnes en situation de handicap doit être recherchée via :

- une offre territoriale graduée en matière de soins bucco-dentaires pour personnes en situation de handicap,

- un recours accentué des ESMS à l'HAD,

- des conventions entre établissements de santé et établissements médico-sociaux permettant de préparer les hospitalisations, de diminuer des temps d'attente aux urgences ou en soins spécialisés …

- une offre spécifique de consultations dédiées aux personnes les plus lourdement handicapées et/ou dyscommunicantes

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Amélioration qualité des soins et sécurité des usagers, Information/Communication, Formation, Systèmes d'information, télémédecine et e-santé, Contractualisation, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

Conseil régional, acteurs du champ du handicap (organismes gestionnaires, établissements, services…), établissements de santé, HAD, SSIAD PH, MSP, professionnels de santé libéraux, acteurs du champ de la prévention…

POPULATION CONCERNÉE

Toutes les personnes en situation de handicap vivant à domicile et/ou accompagnées par un établissement ou un service, enfant et adulte

ETAPES DU PARCOURS

Accompagnement et soins de ville, Hospitalisation, Institutionnalisation, Prévention primaire, comportements, Répérage, Dépistage

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

PRAPS PH de la région Hauts de France / Charte Romain Jacob / Orientations de la Conférence Nationale du Handicap (CNH) / Décisions du Comité Interministériel du Handicap (CIH) / Stratégie quinquennale relative à l'évolution de l'offre médico-sociale /

Démarche nationale Réponse Accompagnée pour Tous / Plan national autisme 2013-2017 / Schéma national handicap rare 2014-2018

OBJECTIF 3 : SOUTENIR ET ACCOMPAGNER LES AIDANTS DE PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP ET PROMOUVOIR LA PAIR-AIDANCE

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Etre attentif à la place des aidants des personnes en situation de handicap, les soutenir et les accompagner au quotidien, au même titre que promouvoir la pair-aidance, participent pleinement de la réflexion relative à l'amélioration des modalités d'accompagnement des personnes aidées. Stress, isolement social et fatigue sont susceptibles d'entrainer effectivement un épuisement de l'aidant, préjudiciable à sa qualité de vie, à son bien être, et, plus globalement à sa santé, mais également, à la qualité de sa relation avec le proche aidé; le risque de maltraitance ou le risque suicidaire en découlant renforçant encore davantage la nécessité de reconnaitre l'investissement des aidants et de les soutenir.

En conséquence de ce qui précède, les principaux enjeux de la politique régionale de soutien et d'accompagnement des aidants, s'inscrivant en pleine cohérence avec les orientations de la stratégie nationale, s'articulent autour des quatre grands axes suivants :

-repérer, informer et conseiller les aidants

-les former et les soutenir

-reconnaitre leur rôle et leur l'expertise

-structurer une offre de répit adaptée

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Une attention accrue doit être accordée par les professionnels aux aidants ; les familles et proches de personnes en situation de handicap étant bien souvent des experts de la situation et de la compréhension des besoins de leur proche, et, le bien être de la personne aidée étant consubstantiellement lié à celui de l'aidant.

Cela passe par un repérage ainsi que par la mise en oeuvre d'une évaluation des besoins de l'aidant, à réaliser systématiquement en parallèle de celle de la personne aidée, afin d'être en capacité d'identifier le type d'aides ou de soutiens à lui apporter.

Cela passe également par la reconnaissance de l'expertise des aidants dans le cadre des instances de participation, par leur information ainsi que par leur association à l'élaboration du projet d'accompagnement de leur proche.

Une offre de répit (accueil de jour / hébergement temporaire) équitablement répartie sur le territoire régional et portée à la connaissance des aidants participera également à leur soutien.

Le développement d'une offre de formations adaptées à leurs besoins et conformes aux recommandations de bonnes pratiques (notamment des formations croisées professionnels de santé / médico-sociaux / aidants) est également à privilégier.

En ce qui concerne plus particulièrement le handicap psychique, le soutien aux groupes de paroles d'aidants familiaux, en complément d'une répartition territoriale cohérente des groupes d'entraide mutuelle (GEM), doit également participer au soutien et à l'accompagnement à la fois des personnes aidées que de leurs aidants

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Information/Communication, Formation, Systèmes d'information, télémédecine et e-santé, Contractualisation

ACTEURS CONCERNÉS

CD, MDPH, Conseil régional organismes gestionnaires, centres ressources, organismes de formation, professionnels de 1er recours et de soins en ville

POPULATION CONCERNÉE

Adultes et enfants en situation de handicap et leurs aidants

ETAPES DU PARCOURS

Accompagnement et soins de ville, Institutionnalisation

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

Orientations de la Conférence Nationale du Handicap (CNH) / Décisions du Comité Interministériel du Handicap (CIH) / Stratégie quinquennale relative à l'évolution de l'offre médico-sociale / Démarche nationale Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT) / Plan national Autisme 2013-2017 / Schéma national handicaps rares 2014-2018

OBJECTIF 4 : AMÉLIORER L'ACCÈS AU REPÉRAGE ET AU DÉPISTAGE DANS UN OBJECTIF D'ACCOMPAGNEMENT PRÉCOCE DES ENFANTS PRÉSENTANT UN RISQUE DE HANDICAP

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

L'évolution des connaissances conforte la nécessité d'agir le plus en amont possible afin de donner aux enfants un maximum de chances de pouvoir évoluer à chaque fois que possible dans le milieu ordinaire et/ou de limiter le recours à des modes d'accompagnement fortement spécialisés.

A l'instar du dépistage systématique de la surdité organisé dans les maternités, qui a permis de diminuer sensiblement l'âge moyen des enfants accompagnés, il convient de poursuivre l'effort tendant à l'amélioration de l'accès au repérage et au dépistage des handicaps des jeunes enfants, avec un souci d'égal accès aux ressources existantes au sein de la région.

Cela nécessite notamment de porter une attention particulière à la structuration de l'offre territoriale de réponses existantes ainsi qu'à la sensibilisation, la formation et la lisibilité des dispositifs mis en place pour les familles.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Les résultats attendus à 5 ans visent à se donner les moyens d'un repérage et d'un dépistage les plus précoces possibles par la réalisation d'états des lieux territoriaux.

Ceux-ci contribueront à l'identification des ressources existantes en professionnels intervenant dans le champ de la petite enfance (sanitaire, social et médico-social), à une connaissance précise des périmètres d'intervention respectifs, ainsi qu'à l'identification d'éventuels points de rupture en matière d'accompagnement.

Au titre des enjeux devant être pris en considération, figure notamment l'analyse des difficultés rendant compliquée l'articulation entre les acteurs et préjudiciables à la fluidité de l'exercice des parcours (délais d'accès, en particulier aux CAMSP, répartition de l'offre de services sur le territoire, accès des familles domiciliées en zones rurales, etc.).

Dans ce cadre, il importe de conforter les CAMSP, CMPP et CMP dans leurs missions et de veiller à mieux les articuler avec les structures d'aval. Un examen des autorisations des services (SESSAD - SAFEP - SAAIS - SSEFIS) en ce qui concerne les âges de prises en charge (possibilité, en tant que de besoins, d'accompagnement avant l'âge de 6 ans) contribuera à favoriser la fluidité des parcours.

Le développement du repérage et du dépistage précoce passe, par ailleurs, par des sensibilisations et/ou des formations des professionnels au repérage ainsi qu'au dépistage et par un effort d'information à l'égard des familles sur les ressources existantes. En ce qui concerne plus particulièrement les professionnels libéraux, les soirées de sensibilisation animées par l'URPS médecins libéraux devront être poursuivies et développées sur tous les territoires.

Les outils ou modèles d'intervention précoce, type l'ESDM dans le champs de l'autisme, seront à encourager.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Information/Communication, Formation, Contractualisation

ACTEURS CONCERNÉS

CD (notamment PMI), MDPH, Education Nationale, centres ressource, ensemble des acteurs intervenant dans le champs de la petite enfance (sanitaire, social, médico-social, professionnels libéraux, Equipe Relais Handicap Rare, OPCA, usagers et leurs aidants

POPULATION CONCERNÉE

Enfants en bas âge (0-6 ans) à risque de handicap.

ETAPES DU PARCOURS

Accompagnement et soins de ville, Répérage, Dépistage

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

Orientations de la Conférence Nationale du Handicap (CNH) / Décisions du Comité Interministériel du Handicap (CIH) / Stratégie quinquennale relative à l'évolution de l'offre médico-sociale / Démarche nationale Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT) / Plan national Autisme 2013-2017 / Schéma national handicaps rares 2014-2018

OBJECTIF 5 : RENDRE EFFECTIVE LA POSSIBILITÉ D'INSCRIPTION DE TOUS LES ENFANTS EN SITUATION DE HANDICAP DANS UN PARCOURS DE SCOLARISATION ET DE VIE SANS RUPTURE

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

S'assurer de l'existence au sein de chaque territoire de proximité du médico-social d'une palette d'offre d'accompagnement médico-sociale et scolaire diversifiée et adaptée aux besoins des enfants et adolescents en situation de handicap, en accordant une attention particulière aux "périodes charnières " du passage de l'enfance à l'adolescence ainsi que de l'adolescence à l'âge adulte.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

L'élaboration de plans territoriaux partagés d'adaptation de l'offre d'accompagnement médico-sociale et scolaire contribuera à la recherche d'une équité en matière de répartition de cette offre ainsi qu'à son adaptation aux besoins. L'objectif poursuivi consiste à s'assurer que sur chaque territoire existe une palette de réponses diversifiées, en priorisant en matière de développement de l'offre, ceux des territoires les moins bien pourvus; avec un focus systématique sur les troubles du Spectre Autistique, les Troubles de la Conduite et du Comportement et le polyhandicap (réalisation du diagnostic dans le cadre du projet territorial de santé mentale en ce qui concerne le handicap psychique).

L'élaboration d'un état des lieux actualisé relatif au nombre d'adultes relevant de l'"Amendement Creton" participera à l'acquisition d'une meilleure connaissance des besoins.

Il importe par ailleurs de poursuivre l'effort de développement de l'externalisation des unités d'enseignement des ESMS ainsi que d'identifier un nombre minimum de places d'internat (IME/ITEP) disponibles en permanence sur chacun des territoires de démocratie sanitaire le week-end et pendant les périodes de vacances scolaires.

L'évaluation de l'expérimentation relative au fonctionnement en dispositif des ITEP menée dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais est un préalable à l'élargissement du fonctionnement en mode "dispositif intégré" des ITEP de l'Aisne, de l'Oise et de la Somme.

Une attention particulière devra être accordée aux enfants polyhandicapés ainsi qu'à ceux présentants des troubles spécifiques du langage et des apprentissages (TSLA) : opportunité d'élaborer un état des lieux relatif à l'offre d'accompagnement médico-sociale et scolaire (unités d'enseignement) pour enfants polyhandicapés ainsi qu'à la localisation des places de SESSAD TSLA.

La mise en place de dispositifs "passerelle" dans le cadre de la mise en œuvre de l'axe stratégique n°1 du plan régional pour l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés 2017-2021 intitulé "Orientation /Passerelles : faciliter et sécuriser les parcours d'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap'" contribuera à renforcer la coordination territoriale entre les professionnels médico-sociaux, de l'Education nationale et ceux du service public de l'emploi, au bénéfice de l'accès à l'emploi en milieu ordinaire ou protégé et/ou à un dispositif de formation adapté des sortants d'IME, d'ESAT ou d'ULIS

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Information/Communication, Systèmes d'information, télémédecine et e-santé, Contractualisation

ACTEURS CONCERNÉS

ARS / Education Nationale / MDPH / acteurs du champ du handicap (organismes gestionnaires, établissements et services...) ainsi que du champ scolaire (IEN ASH, directeurs d'établissement...) / centres ressource / Equipe Relais Handicap Rare / DIRECCTE et acteurs du service public de l'emploi / OPCA / usagers et leurs aidants

POPULATION CONCERNÉE

Enfants et adolescents en situation de handicap.

ETAPES DU PARCOURS

Accompagnement et soins de ville, Institutionnalisation

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

Orientations de la Conférence Nationale du Handicap (CNH) / Décisions du Comité Interministériel du Handicap (CIH) / Stratégie quinquennale relative à l'évolution de l'offre médico-sociale / Démarche nationale Réponse Accompagnée pour Tous / Plan national autisme 2013-2017 / Schéma national handicap rare 2014-2018

OBJECTIF 6 : ADAPTER ET/OU DÉVELOPPER L'OFFRE D'ACCOMPAGNEMENT EN ÉTABLISSEMENTS AUX BESOINS DES ADULTES EN SITUATION DE HANDICAP

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

A un moment donné de leur parcours, l'offre d'accompagnement institutionnelle peut se révéler inadaptée aux besoins ou aux attentes des usagers. Cela peut s'expliquer notamment par une hétérogénéité de la répartition territoriale du nombre de places en établissements et/ou par une insuffisante adaptation de celles-ci à la spécificité ou à l'évolution de la situation des personnes.

Dès lors, il s'agit de rendre effectif sur chaque territoire de démocratie sanitaire la possibilité pour chaque adulte en situation de handicap de pouvoir bénéficier de modalités d'accompagnement en structures adaptées à ses besoins et à ses attentes, à chaque période de son parcours de vie. Cet objectif trouve particulièrement son sens à l'aune du vieillissement de la population ainsi qu'au regard des spécificités et/ou de la complexité de certains handicaps (handicaps rares, TSA, psychique, troubles sensoriels).

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

La réalisation d'états des lieux actualisés de l'offre institutionnelle existante sur chaque territoire est un préalable à la détermination des priorités d'évolution et d'adaptation de l'offre. En matière de développement de l'offre, la priorité doit être donnée, dans un objectif d'équité, aux territoires les moins bien pourvus, à la fois au regard du taux d'équipement global que de l'offre relative à la prise en charge de certains handicaps spécifiques (TSA, polyhandicap et handicap psychique notamment).

Il apparait en outre opportun de poursuivre la réflexion relative à l'évolution des réponses à apporter aux adultes pris en charge de manière inadéquate en établissements, notamment de santé mentale.

Pour ce qui est de l'accompagnement des personnes avec handicaps rares, l'élaboration d'un état des lieux relatif aux professionnels et structures-ressources sanitaires et médico-socales existants doit contribuer à faciliter la mise en relation entre professionnels et personnes nécessitant un accompagnement spécialisé.

L'adaptation des MAS et FAM au vieillissement des usagers doit leur garantir qu'ils pourront y demeurer jusqu'à la fin de leur vie s'ils le souhaitent.

Pour les personnes handicapées vieillissant en établissements non-médicalisés, l'opportunité d'opter pour une médicalisation externe (conventionner avec des SSIAD PH) est à étudier. En complément, doivent être identifiées au sein de chaque territoire, des places d'EHPAD dédiées à l'accompagnement des PSH avançant en âge.

Au delà de la nécessaire adaptation des modalités d'accompagnement des ESAT à l'avancée en âge des travailleurs, qui passe par le développement des possibiltés d'exercice à temps partiel ainsi que par celui de sections aménagées du temps de travail, une attention particulière devra être accordée aux besoins spécifiques des travailleurs avec TSA ou handicap psychique.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Information/Communication, Formation, Systèmes d'information, télémédecine et e-santé, Contractualisation

ACTEURS CONCERNÉS

ARS / CD / MDPH / gestionnaires et professionnels des champs sanitaire et médico-social / centres ressource / Equipe Relais Handicap Rare / OPCA / usagers et leurs aidants

POPULATION CONCERNÉE

Adultes en situation de handicap orientés vers, ou, accompagnés par un établissement médico-social ou sanitaire

ETAPES DU PARCOURS

Institutionnalisation

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

Orientations de la Conférence Nationale du Handicap (CNH) / Décisions du Comité Interministériel du Handicap (CIH) / Stratégie quinquennale relative à l'évolution de l'offre médico-sociale / Démarche nationale Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT) / Plan national Autisme 2013-2017 / Schéma national handicaps rares 2014-2018 / Plan d'aide à la modernisation du secteur protégé et adapté

OBJECTIF 7 : SOUTENIR LE CHOIX DES ADULTES EN SITUATION DE HANDICAP DE VIVRE EN MILIEU ORDINAIRE

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

L'offre d'accompagnement est actuellement insuffisamment adaptée et/ou développée pour permettre à certains adultes en situation de handicap qui le souhaitent d'être maintenus ou d'évoluer vers le milieu de vie ordinaire.

D'une manière générale, il s'agit en conséquence de faciliter la possibilité pour les personnes en situation de handicap de pouvoir être accompagnées en milieu de vie ordinaire en s'assurant, que sur chaque territoire de démocratie sanitaire, existe une palette de réponses articulées en matière de service d'accompagnement en milieu de vie ordinaire . L'enjeu réside, par ailleurs, dans le soutien au développement de modes d'habitat inclusif/adapté ainsi que dans celui relatif à l'insertion professionnelle et au maintien dans l'emploi en milieu ordinaire de travail.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Le choix des adultes de vivre en milieu ordinaire doit s'appuyer sur une offre de services équitablement répartie au sein de la région. Il importe de s'assurer, dans ce cadre, que sur chaque territoire, existe une palette de réponses articulées en matière de services, à l'instar des :

- plateformes de services SAMSAH/SAVS/SSIAD PH

- unités d'accompagnement et de soutien à domicile pour personnes en situation de handicap psychique ou polyhandicapées

- places de MAS externalisées

- pôles de compétence et de prestation externalisées

Une évaluation des dispositifs innovants, d'ores et déjà autorisés en la matière, est un préalable à la poursuite de leur développement dans le respect de l'enveloppe budgétaire limitative.

Un diagnostic régional des besoins des personnes handicapées accompagnées en établissement qui souhaiteraient accéder à des formes d'habitat inclusif ainsi que le soutien au développement de projets expérimentaux participera à répondre aux attentes et aux besoins des personnes.

L'insertion professionnelle en milieu ordinaire de travail des personnes handicapées est à favoriser en mobilisant les leviers les plus opportuns, au titre desquels figurent notamment :

- la reconnaissance des acquis de l'expérience des travailleurs d'ESAT

- l'emploi accompagné

- l'accès, à chaque fois que possible, des personnes en situation de handicap accompagnées par les Centres de Rééducation Professionnelle et Centres de Pré-orientation aux formations de droit commun

- la poursuite du partenariat entre le Service Public de l'Emploi et les professionnels du secteur médico-social

- les ESAT de transition et les Services d'Insertion Sociale et Professionnel (évaluation et modélisation des SISEP existants à réaliser)

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Information/Communication, Formation, Systèmes d'information, télémédecine et e-santé, Contractualisation

ACTEURS CONCERNÉS

CD,MDPH, Service Public de l'Emploi, DDCS, gestionnaires d'ESMS, centres ressource, Equipe Relais Handicap Rare, OPCA, usagers et leurs aidants

POPULATION CONCERNÉE

Adultes en situation de handicap

ETAPES DU PARCOURS

Accompagnement et soins de ville

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

Orientations de la Conférence Nationale du Handicap (CNH) / Décisions du Comité Interministériel du Handicap (CIH) / Stratégie quinquennale relative à l'évolution de l'offre médico-sociale / Démarche nationale Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT) / Plan national Autisme 2013-2017 / Schéma national handicaps rares 2014-2018

OBJECTIF GÉNÉRAL 7 : REPÉRER ET MIEUX ORGANISER LES FILIÈRES DIABÈTE, OBÉSITÉ ET INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE

PROBLÉMATIQUES PRIORITAIRES

Obésité:

Dans les Hauts de France, plus de 20% de la population souffre d'obésité et la même proportion serait en surpoids. Les populations les plus vulnérables socio-économiquement sont de plus en plus touchées. Ceci aura des retentissements sur certaines pathologies comme le diabète, les maladies cardiovasculaires et respiratoires et certains cancers mais aussi sur la qualité de vie des personnes touchées. Les parcours de soins territoriaux peuvent être structurés et fluidifiés assurant ainsi une prise en charge et un suivi conformes aux recommandations à tous les niveaux de recours. Plusieurs axes comportant une stratégie de mise en oeuvre transversale sont identifiés. La concertation et le décloisonnement entre les acteurs sociaux, sanitaires et éducatifs en est un élément prioritairement à destination des enfants. A ce jour, la perception de l'étiologie du surpoids et de l'obésité sous-estime le rôle des facteurs psychologiques et environnementaux. De plus, les messages nutritionnels diffusés gagne à être harmonisés. Le rôle de l'activité physique doit être affirmé à tous les niveaux de recours. Aujourd'hui, la stigmatisation vécue par les personnes obèses génère de la souffrance et un non-recours à la prise en charge. L'inclusion des freins inhérents à la vulnérabilité socio-économique est un facteur de réussite des projets et participe à la réduction des inégalités sociales en matière de nutrition et d'activité physique.

Diabète:

La prévalence du diabète dans la région Hauts de France est supérieure à celle de la France Métropolitaine. De même, la mortalité liée à cette pathologie est largement supérieure dans la région mais avec des disparités importantes selon les territoires, les taux les plus élevés se retrouvant dans les zones ayant les plus fortes densités de personnes en situation de précarité. Cette prévalence du diabète risque de continuer d'augmenter dans les années à venir en raison du vieillissement de la population générale, de l'allongement de l'espérance de vie des personnes diabétiques et de l'augmentation de la fréquence de l'obésité. Le repérage et/ou la prise en charge du diabète sont trop souvent tardifs (notamment chez les personnes fragilisées), ce qui augmente l'apparition des complications dont le poids économique est considérable. Pour répondre à cet enjeu majeur de Santé Publique, la région dispose d'une offre de soins disparate à la fois sur le plan hospitalier et sur le plan ambulatoire avec notamment un nombre d'endocrino-diabétologues en baisse et un déficit important en ophtalmologistes dans certains territoires de la région. Au-delà de ce constat, diminuer les conséquences de cette maladie dans notre région ne pourra passer que par un travail concerté entre professionnels des secteurs sanitaire, médicosocial et social, patients et associations de patients, collectivités territoriales et locales, milieu scolaire, milieu du travail, ARS et organismes d'assurance maladie afin d'une part de décloisonner et fluidifier les parcours de santé des personnes diabétiques et d'autre part d'améliorer leur qualité de vie. Les solutions passent par un véritable virage ambulatoire dans lequel doit s'inscrire la mutualisation des pratiques, le transfert de savoirs et de coordination entre la ville et l'hôpital, la coopération entre professionnels de santé. Seul cet effort conjugué nous permettra d'intervenir plus tôt dans le repérage et la prise en charge de la maladie afin d'en limiter les conséquences notamment pour les personnes en situation de fragilité (précaires, femmes enceintes, personnes âgées).

Insuffisance rénale chronique:

La région comptait en 2014 7200 patients en insuffisance rénale chronique terminale dont 35 % greffés. Les indicateurs progressent favorablement : 198 greffes en 2013, 235 en 2014, 48 % de dialyse hors centre en 2014, 49% en 2015, avec une montée en charge des unités de dialyse médicalisées, en réponse au vieillissement des patients, et de la dialyse péritonéale, qui laisse entrevoir une forte progression. Cependant le taux de démarrage des traitements en urgence (38% en 2014), le taux de références tardives (21%), l'hétérogénéité constatée d'une équipe à l'autre dans les prises en charge initiales (choix des techniques, inscriptions sur liste notamment) rendent l'amélioration des parcours indispensable.

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

1 - Continuer le repérage précoce de l'obésité, du diabète et de ses complications tout en renforçant l'accompagnement en soins de ville

2 - Poursuivre l'organisation des filières territoriales de prise en charge de patients atteints d'obésité et de diabète

3 - Renforcer la structuration du parcours d'aval

4 - Garantir la qualité du parcours de soins des patients en pré et post chirurgie de l'obésité

5 - Appliquer les recommandations de la HAS de suivi de la maladie rénale chronique

LIENS AVEC LES AUTRES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Objectif général 1 "Promouvoir un environnement favorable à la santé"

Objectif général 2 "Promouvoir des comportements favorables à la santé"

Objectif général 3 "Promouvoir la santé des jeunes"

Objecif général 13 "Améliorer l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies"

Objectif général 22 "Promouvoir les synergies territoriales"

OBJECTIF 1. CONTINUER LE REPÉRAGE PRÉCOCE DE L'OBÉSITÉ, DU DIABÈTE ET DE SES COMPLICATIONS TOUT EN RENFORÇANT L'ACCOMPAGNEMENT EN SOINS DE VILLE

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

L'amont du parcours est constitué du repérage, puis de l'orientation vers le niveau de recours adéquat et de l'accompagnement de la personne si nécessaire. Des dynamiques existent déjà entre ces étapes, elles doivent aujourd'hui être renforcées. Pour l'obésité, la qualité des pratiques de repérage est déterminante pour que le patient souhaite être pris en charge. L'abord de la question par le professionnel est délicat et si il n'est pas fait de manière bienveillante, peut nuire à la personne en particulier pour les enfants. Il s'agit de plus de structurer et de faire connaitre l'offre de premier recours à même de prendre en charge une obésité non-sévère et/ou non compliquée. Le développement de modalités de coordination entre les acteurs du premier recours y contribue. La fluidification du parcours des enfants est prioritaire. Pour le diabète de type 2, le dépistage opportuniste est recommandé, il doit cibler les personnes de plus de 45 ans ayant (en plus de l'âge) au moins un marqueur de risque de diabète (origine non caucasienne, marqueurs du syndrome métabolique, antécédents,…), les personnes vulnérables sont également une cible prioritaire pour les sujets de plus de 45 ans, mais avec ou sans marqueur de risque associé. Il s'agit d'inciter les professionnels du premier recours au repérage précoce et de ses complications (rétinopathie diabétique notamment) en assurant l'accompagnement de la personne.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Les professionnels du premier recours sont sensibilisés et développent un repérage précoce de l'obésité et du diabète. Des modalités d'organisation de repérage et d'accompagnement spécifiques sont développées pour les personnes vulnérables

Le dépistage de la rétinopathie diabétique est structuré sur chaque territoire et sa prescription est devenue courante par les médecins traitants

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Information/Communication, Formation, Surveillance et observation de la santé, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

Education nationale, PMI, professionnels du premier recours

ETAPES DU PARCOURS

Accompagnement et soins de ville, Répérage, Dépistage

OBJECTIF 2. POURSUIVRE L'ORGANISATION DE FILIÈRES TERRITORIALES DE PRISE EN CHARGE DE PATIENTS ATTEINTS D'OBÉSITÉ ET DE DIABÈTE

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Dans le cadre de l'obésité, l'instruction n°DGS/DGOS/2011/I-190 du 29 juillet 2011 vise à assurer la prise en charge globale de patients atteints d'obésité sévère ou multi-compliquée à travers la mise en oeuvre de missions de centres spécialisés de l'obésité identifiés dans la région. Ces missions sont de:

- prendre en charge l'obésité sévère et de promouvoir la prise en charge pluridisciplinaire

- contribuer à organiser la filière dans chaque région, rendre l'offre visible pour les patients comme pour les professionnels et faciliter la diffusion des compétences sur le territoire. En sus, ils ont pour mission d'organiser le transport sanitaire bariatrique.

La mise en oeuvre doit prendre en compte de populations spécifiques telles que les femmes enceintes et les enfants avec le développement de parcours spécifiques. Le développement de modalités de valorisation de la qualité de la prise en charge au sein de structures représente un levier à explorer. Le développement de coordinations d'appui aux médecins traitants pour la gestion des cas complexes.

Dans le cas du diabète, il s'agit, pour chaque territoire de démocratie sanitaire, de disposer de l'ensemble des structures et dispositifs permettant d'offrir aux personnes porteuses d'un diabète un parcours le plus fluide possible grâce à:

- une prise en charge coordonnée de premier niveau en cas de diabéte non compliqué

- au développement ambulatoire du suivi pluridisciplinaire autour du médecin traitant pour les patients ayant des complications sévères ou des comorbidités

- à une offre d'ETP graduée sur chaque territoire

- au développement des outils de télémédecine en cas de démographie médicale insuffisante

- à la mise en place de certains parcours spécifiques (diabète de type 1 chez l'enfant, diabète gestationnel, diabète du sujet âgé)

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Les centres spécialisés de l'obésité sont identifiés comme chef de file de la prise en charge de l'obésité sévère ou multi-compliquée sur leur territoire.

Des parcours de prise en charge sont mis en place en adéquation avec le contexte épidémiologique du territoire et les particularités socio-économiques de la population

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Amélioration qualité des soins et sécurité des usagers, Information/Communication, Formation, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

Etablissements de santé ; Professionnels de premier recours

ETAPES DU PARCOURS

Accompagnement et soins de ville, Hospitalisation

OBJECTIF 3. RENFORCER LA STRUCTURATION DU PARCOURS D'AVAL

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Un patient en sortie d'hospitalisation doit être accompagné et orienté vers les acteurs de soins primaires pour poursuivre sa prise en charge. Il devra ainsi avoir accès à un parcours d'aval structuré sur son territoire et adapté à sa situation. Pour l'obésité, le développement de modalités de coordination entre les établissements hospitaliers, les Centres spécialisés de l'obésité le cas échéant et les professionnels du premier recours sont à développer. Pour le diabète, la mise en place de coordinations d'appui au médecin traitant en cas de parcours complexe, le renforcement du suivi des complications en soins primaires est à développer et contribue à la stratégie de mise en oeuvre. Pour les deux pathologies, le maintien de la motivation au changement de comportement, le recours à l'activité physique adaptée est aussi un facteur de réussite. L'accompagnement par les professionnels du champ social, éducatif et sportif permet aussi de fluidifier l'aval du parcours, en particulier pour les personnes vulnérables. Le développement d'éventuels outils de télémédecine complète les axes de travail précités.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Des outils de coordination entre les acteurs hospitaliers et de premier recours ont été élaborés

Le recours à l'activité physique adaptée est facilité et impulsé.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Information/Communication, Formation, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

établissements sanitaires, médico-sociaux

acteurs du champ social et sportif

professionnels du premier recours

ETAPES DU PARCOURS

Accompagnement et soins de ville, Hospitalisation

OBJECTIF 4 : GARANTIR LA QUALITÉ DU PARCOURS DE SOINS DES PATIENTS EN PRÉ ET POST CHIRURGIE DE L'OBÉSITÉ

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

La chirurgie de l'obésité s'est fortement développée en France et dans la région. Cet essor rapide pose la question de la pertinence des indications et du suivi de patients opérés conformément aux recommandations de la HAS. L'objectif est de garantir la qualité du parcours de soins et de vie du patient. Des préconceptions existent sur la chirurgie bariatrique dans la population générale et ses bénéfices. Les candidats n'envisagent pas l'impact qu'aura cette chirurgie. Il est souhaitable que les candidats connaissent les implications et conséquences de cet acte. Des modalités d'information peuvent être développées et diffusées auprès du grand public ainsi qu'auprès des professionnels de santé. Les associations de patients ont un rôle à jouer dans ce parcours. En plus de leur information, l'évaluation préopératoire des patients et leur suivi peuvent aujourd'hui être améliorés sur le long terme axé sur la prise en charge éducative en articulation avec les professionnels du premier recours. Les établissements hospitaliers ayant opérés les patients proposent un suivi post opératoire, mais se trouvent dépourvus si le patient ne le maintient pas. Des modalités de suivi doivent être développées en coordination avec les médecins traitants qui sont à même d'être un relai local de suivi auprès de leurs patients dans leurs parcours de vie.

L'accroissement de l'activité peut mener à une augmentation du taux de complication. La prise en charge adéquate des complications des patients opérés doit être confortée quel que soit le lieu de prise en charge des patients. Les structures peuvent être dépassées en cas de complications, c'est dans ce cas-là que le rôle de pivot des centre spécialisés de l'obésité est déterminant.

L'information des patients sera d'autant plus cruciale pour des situations particulières telles que la femme enceinte ayant subi une chirurgie bariatrique ou désireuses de l'être. Au vue des complications possibles, des actions devront être développées pour assurer une prise en charge adéquate de ces femmes et des nouveaux nés en bonne santé.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Le nombre de patients opérés suivi est accru

Le taux de complication de patients opérés est réduit

Les recommandations HAS sont à appliquer notamment en ce qui concerne la prise en charge éducatif et le respect du temps de prise en charge médicale avant le passage en chirurgie

Des actions de communication et de sensibilisation sur le parcours et les conséquences de la chirurgie bariatrique

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Amélioration qualité des soins et sécurité des usagers, Information/Communication, Formation, Surveillance et observation de la santé, Systèmes d'information, télémédecine et e-santé, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

Etablissements de santé ; Professionnels de premier recours

POPULATION CONCERNÉE

Personnes candidates à la chirurgie bariatrique ou opérées

ETAPES DU PARCOURS

Accompagnement et soins de ville, Hospitalisation

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

OBJECTIF 5 : APPLIQUER LES RECOMMANDATIONS HAS DE SUIVI DE LA MALADIE RÉNALE CHRONIQUE

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

La région comptait en 2015, 7373 patients traités pour insuffisance rénale chronique. 36 % sont porteurs d'un greffon fonctionnel. La part du recours à la dialyse en centre lourd est élevée, soit 67% des nouveaux cas. Il convient de développer les alternatives de proximité, compatibles avec l'état de santé et l'autonomie des patients, particulièrement la dialyse péritonéale et les unités de dialyse médicalisées. Le taux de démarrage des traitements en urgence (32% en 2015), le taux de références tardives au néphrologue (16%), l'hétérogénéité dans les prises en charge initiales rendent l'amélioration des parcours indispensable.

L'objectif opérationnel est atteint à travers le développement du suivi de la fonction rénale des patients dépistés, la référence au néphrologue au stade 3B, la définition d'un programme personnalisé de soins et l'anticipation du traitement de suppléance. La mise en oeuvre opérationnelle passe par la formation initiale des professionnels, l'éducation thérapeutique du patient, la diversification territoriale de l'offre (dont la dialyse péritonéale (DP)), le développement de la médecine ambulatoire, l'accès de l'IRC à des nouveaux forfaits de prestations intermédiaires (FPI) et le développement du traitement conservateur sans dialyse pour les sujets âgés comorbides

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

La greffe rénale est développée

Le nombre de dialyses hors centre est accru

Les prises en charge multidisciplinaires, médicales et paramédicales (ETP, diététique ..) sont développées

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Formation, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

Université, MT, équipes de néphrologie, ARS, Professionnels de premier recours

POPULATION CONCERNÉE

Patients souffrant de MRC

ETAPES DU PARCOURS

Accompagnement et soins de ville, Hospitalisation

OBJECTIF GÉNÉRAL 8 : RÉDUIRE LES INÉGALITÉS SOCIALES ET TERRITORIALES LIÉES AUX CANCERS

PROBLÉMATIQUES PRIORITAIRES

Le risque de décéder d'un cancer a diminué aussi bien chez l'homme que chez la femme: les taux standardisés de mortalité ont diminué de -1,5% par an chez les hommes et -1% par an chez les femmes sur la période s'échelonnant de 1980 à nos jours. Cette diminution s'accompagne d'une augmentation globale de la survie. Ces tendances cachent cependant de fortes disparités selon la localisation cancéreuse.

Avec 15 150 décès en moyenne par an, la région Hauts de France est la région la plus touchée par le cancer. Même si une diminution de la mortalité est également constatée en Hauts de France, cette baisse a été moins soutenue, ayant pour corollaire une augmentation du différentiel de mortalité dans notre région comparativement au niveau national. La surmortalité par cancer est ainsi estimée à 18% en Hauts de France avec des disparités territoriales très importantes variant de +7% à +34%. Compte tenu des différentiels de mortalité plus marqués sur certains territoires, une approche territorialisée pour la déclinaison du PRS doit être envisagée avec une vigilance pour les territoires de Lens-Hénin-Beaumont, du Béthunois, du Valenciennois et du Boulonnais où la mortalité est la plus importante. De plus, au regard du diagnostic territorial, cinq cancers prioritaires peuvent être identifiés pour les Hauts de France dans la mise en oeuvre du PRS : le cancer du sein, du colorectal, du poumon, de la prostate et des voies aérodigestives supérieures. Le cancer du col de l'utérus doit également faire l'objet d'une attention particulière en raison de la mise en place du programme de dépistage organisé.

Les objectifs du PRS Cancer reposent sur les orientations du Plan Cancer 2014-2019. Ce troisième Plan cancer s'inscrit dans la continuité des Plans cancers précédents aux bilans contrastés : si les deux premiers Plans cancers ont en effet permis des avancées majeures dans la sécurisation et la qualité des soins en cancérologie, de structurer des organisations, de développer les innovations thérapeutiques et d'augmenter l'accès aux essais cliniques, des manquements ont pu être pointés.

- Il apparait en effet que le dépistage des cancers demeure le parent pauvre des Plans cancer précédents. On constate également des inégalités d'accès aux dépistages organisés et des pratiques pas toujours conformes aux recommandations nationales.
- La coordination des parcours, notamment le lien ville hôpital, est également à améliorer. L'organisation des prises en charges complexes ou spécifiques comme celles des enfants, des adolescents ou des personnes âgées doivent également se structurer afin d'éviter les pertes de chance.
- Les innovations médicales et technologiques, le virage ambulatoire ont bouleversé les modes de prise en charge en cancérologie obligeant, d'une part, à adapter les organisations et, d'autre part, à s'assurer de la sécurisation des parcours et de l'équité d'accès.
- Compte tenu de la chronicisation de la maladie, préserver la continuité de vie des malades est devenu un enjeu important. Or, l'accompagnement des malades a été peu investi et les objectifs de lutte contre les inégalités sociales liées aux cancers n'ont pas été pleinement satisfaits.
- Enfin, la recherche d'efficience dans la mise en œuvre du Plan cancer 3 a des impacts sur les organisations régionales et sur l'évaluation des actions mises en œuvre en Hauts de France.

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

1 - Réduire les inégalités d'accès aux dépistages des cancers

2 - Structurer le parcours de soins des patients atteints de cancer

3 - Faciliter l'accès aux progrès et aux innovations thérapeutiques en cancérologie

4 - Améliorer la qualité de vie des malades

5 - Optimiser le pilotage et les organisations régionales

LIENS AVEC LES AUTRES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Objectif général 1 "Promouvoir un environnement favorable à la santé"

Objectif général 2 "Promouvoir des comportements favorables à la santé"

Objectif général 3 "Promouvoir la santé des jeunes"

Objectif général 6 "Développer les parcours de vie sans rupture pour les personnes souffrant de handicap"

Objectif général 10 "Améliorer l'accés à la prévention et à la prise en charge des conduites à risques et/ou addictives"

Objectif général 12 "Lutter contre la désertification des professionnels de santé"

Objectif général 13 "Améliorer l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies"

Objectif général 14 "Mettre en oeuvre la révolution numérique en santé"

Objectif général 17 "Garantir l'efficience des établissements de santé, médico-sociaux et des opérateurs de prévention"

Objectif général 18 "Poursuivre le dévelopement des alternatives à l'hospitalisation"

Objecitf général 20 "Assurer la veille et la sécurité sanitaire"

OBJECTIF 1 : RÉDUIRE LES INÉGALITÉS D'ACCÈS AUX DÉPISTAGES DES CANCERS

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Le plan cancer 3 fait du dépistage et plus particulièrement de la réduction des inégalités d'accès, une priorité et un levier d'action majeurs pour faire reculer la maladie. Actuellement, les taux de participation aux dépistages organisés restent en deçà des objectifs initiaux : en Hauts de France, les taux de participation sont proches de la moyenne nationale avec 51,1% de participation pour le cancer du sein et 28,7% pour le dépistage du cancer colorectal en 2015-2016. On observe des variations territoriales de participation importantes et la persistance d'un dépistage individuel. Les études montrent par ailleurs que la participation aux dépistages, notamment du cancer du sein, est insuffisante chez les femmes défavorisées. Compte tenu des indicateurs sociaux en Hauts de France, l'accès aux dépistages des personnes en situation de vulnérabilité sociale doit être priorisé. Les personnes en situation de handicap et les populations détenues doivent également faire l'objet d'une attention particulière dans un souci d'équité d'accès. En parallèle, le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus doit être mis en place accompagné de la sensibilisation des femmes les plus éloignées du système de soins à la pratique du frottis. Enfin, le rappel des bonnes pratiques de dépistage selon le type de cancer et selon le niveau de risque doit être une orientation forte de manière à ce que chaque personne puisse être orientée vers la modalité de dépistage et de suivi adaptée.

Ainsi, la mise en œuvre de cette orientation s'attache de manière prioritaire à :

- Promouvoir les actions de sensibilisation et d'accompagnement aux dépistages auprès des populations en situation de précarité et dans les territoires où les taux de participation sont les plus faibles
- Soutenir les actions de sensibilisation aux dépistages organisés des cancers dans les CLS et les contrats de ville
- Développer la formation des professionnels du premier recours et des personnes relais sur les pratiques de dépistage des cancers selon le niveau de risque
- Mettre en place le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus
- Développer une animation régionale et locale autour de la thématique du dépistage des cancers
- Expérimenter et évaluer de nouvelles stratégies d'invitation aux dépistages organisés

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Un COPIL régional de dépistage ainsi qu'une animation territoriale autour du dépistage des cancers sont mis en place en lien avec la DCGDR pour favoriser l'émergence d'une stratégie régionale et territoriale. Il s'agit par ailleurs d'augmenter les actions de sensibilisation auprès des populations vulnérables, d'inciter les formations auprès des professionnels du premier recours sur le dépistage des cancers et de développer les compétences des personnes relais. Enfin, le dépistage du cancer du col de l'utérus doit être organisé sur les territoires.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Information/Communication, Formation, Contractualisation, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

AM ; MSA ; RSI ; Structures de gestion du dépistage ; Professionnels de premier recours

POPULATION CONCERNÉE

Population ciblée par le dépistage des cancers ; Population en situation de vulnérabilté sociale ; Population en situation de handicap ; Population détenue

ETAPES DU PARCOURS

Accompagnement et soins de ville, Institutionnalisation, Répérage, Dépistage

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

Plan Cancer 2014-2019

OBJECTIF 2 : STRUCTURER LE PARCOURS DE SOINS DES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Garantir à chaque malade l'accès à une prise en charge de qualité, quels que soient son lieu de résidence, la gravité de sa maladie et la complexité de son traitement est un enjeu fort du Plan cancer 3. Pour ce faire, le Plan ambitionne notamment un accroissement de la vigilance et des exigences concernant la qualité et la sécurité des soins avec une attention particulière sur l'organisation des prises en charges complexes ou spécifiques comme celles des enfants, des adolescents, des jeunes adultes et des personnes âgées, pour lesquelles des points de rupture dans les parcours ont été particulièrement identifiés.

Pour répondre à cet enjeu, un travail sur les parcours doit être entrepris afin de structurer les filières internes des établissements autorisés à l'activité de traitement du cancer en veillant à la mise en œuvre des critères d'agréments et de qualité définis réglementairement. La structuration des parcours des patients nécessitant une prise en charge complexe doit également être organisée au niveau régional au regard des recommandations nationales et du nouveau régime d'autorisation en cancérologie.

Il convient de structurer et de sécuriser la prise en charge ainsi que le suivi à long terme des enfants, des adolescents et des jeunes adultes en intégrant les recommandations nationales. En parallèle, afin de proposer le protocole de soins le plus adapté à la situation des patients âgés, l'accès à un avis d'oncogériatrie sera favorisé via le déploiement d'antennes de proximité coordonnées en lien avec les Unités de Coordination en Oncogériatrie (UCOG).

Enfin, le lien ville-hôpital doit être renforcé par la mise en place d'outils de coordination et d'orientation à destination des professionnels de santé du premier recours permettant un meilleur adressage mais également un suivi et une organisation du parcours des malades en ambulatoire plus fluides. Les délais de prise en charge seront aussi analysés au niveau des territoires accompagnés de mesures de réajustement le cas échéant.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Des audits sur le respect des critères d'agrément et de qualité au sein des établissements autorisés sont attendus en lien avec les Centres de Coordination en Cancérologie (3C) et le réseau régional de cancérologie des Hauts de France et des mesures correctives définies par les cellules qualité des établissements et l'ARS. Des protocoles de prises en charge adaptées et coordonnées des adolescents et des jeunes adultes sont mis en oeuvre dans les établissements concernés au regard des recommandations nationales. En oncopédiatrie, l'accès aux RCP de recours est contrôlé et systématisé et la double contribution de la cancérologie adulte et pédiatrique aux RCP pour les patients de 15-24 ans est organisée. Les prises en charge de proximité en oncopédiatrie pour la poursuite des traitements se développent de manière lisible dans des conditions de qualité et de sécurité des soins en lien avec les centres de référence régionaux. L'accès à une consultation d'oncogériatrie par zonage d'activité est garanti avec l'identification d'antennes de proximité par l'ARS et le renforcement des collaborations avec les UCOG. Enfin, des outils pour l'organisation des parcours de soins en ambulatoire à destination des professionnels du premier recours seront mis en place pour une meilleure coordination des soins.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Amélioration qualité des soins et sécurité des usagers, Formation, Surveillance et observation de la santé, Contractualisation, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

RRC ; Etablissements autorisés en cancérologie ; Professionnels médicaux et soignants des établissements autorisés ; Professionnels de premier recours

POPULATION CONCERNÉE

Patients atteints de cancer ; Patients de moins de 18 ans atteints de cancer ; Patients de 18-24 ans atteints de cancers ; Patients de plus de 75 ans atteints de cancers

ETAPES DU PARCOURS

Accompagnement et soins de ville, Hospitalisation, Institutionnalisation

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

Plan Cancer 2014-2019

OBJECTIF 3 : FACILITER L'ACCÈS AUX PROGRÈS ET AUX INNOVATIONS THÉRAPEUTIQUES EN CANCÉROLOGIE

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Les innovations médicales et technologiques ont profondément modifié les modes de prise en charge en cancérologie. Cela étant, le développement des innovations doit s'accompagner d'une équité d'accès des patients à ces innovations quels que soient les établissements et les praticiens qui les prennent en charge

Les tests moléculaires contribuent au processus diagnostique et à la stratégie thérapeutique. Il est donc important de conforter l'accès aux tests moléculaires. La région comporte deux plateformes de biologie moléculaire reconnue par l'INCa. Des évaluations et un suivi du fonctionnement de ces plateformes en termes de tests réalisés, de délais de réalisation des tests et de prescripteurs sont à construire ainsi que des mesures correctives le cas échéant.

Par ailleurs, l'identification d'une prédisposition génétique permet un suivi personnalisé et adapté. Le diagnostic de ces prédispositions s'organise autour de consultations dédiées. Pour les Hauts de France, trois sites de consultations sont identifiés : le CHU d'Amiens, le CHRU de Lille et le Centre Oscar Lambret ainsi que trois consultations avancées au CH de Boulogne sur mer, de Lens et de Valenciennes. Une évaluation du fonctionnement de ces consultations accompagnée d'une information des prescripteurs doit être réalisée afin de faciliter l'orientation vers ce dispositif. Une amélioration du maillage territorial est également à envisager si nécessaire.

Enfin, le développement de la médecine personnalisée, le virage ambulatoire et l'augmentation de la chimiothérapie per os obligent à accompagner les organisations existantes et à sécuriser les parcours de soins concernés. La réalisation et l'administration des chimiothérapies orales et injectables sont ainsi à organiser et sécuriser au regard des recommandations nationales et du nouveau régime des autorisations. Le développement des programmes ETP en cancérologie est également un levier important pour accompagner les prises en charges ambulatoires et permettre une meilleure observance et gestion des effets indésirables. Des outils de coordination à destination de la médecine de ville doivent également être développés. Ces outils doivent impliquer l'ensemble des professionnels intervenant dans les prises en charge en ambulatoire: médecins traitants, infirmiers, HAD, pharmaciens. Des outils de télésanté peuvent être mobilisés en ce sens.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

La mise en place d'un suivi annuel du fonctionnement et de l'activité des plateformes de biologie moléculaire et des consultations d'oncogénétique est effective. Des référentiels de bonnes pratiques pour l'administration des chimiothérapies orales et injectables en ville élaborés et diffusés permettent de cadrer les prises en charge. Des formations à destination des professionnels du premier recours sont proposées. Les consultations de primo-prescription des chimiothérapies orales dans les établissements autorisés sont organisées et tracées et des moyens financiers sont déléguées pour leur mise en oeuvre. Des outils de coordination et de suivi communs sont mis à disposition des professionnels hospitaliers et des professionnels de ville.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Amélioration qualité des soins et sécurité des usagers, Formation, Systèmes d'information, télémédecine et e-santé, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

RRC ; Etablissements autorisés, Plateformes de biologies moléculaires ; HAD ; Professionnels médical et soignants des établissements autorisés ; Professionnels de premier recours ; OMEDIT

POPULATION CONCERNÉE

Patients atteints de cancer

ETAPES DU PARCOURS

Accompagnement et soins de ville, Hospitalisation

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

Plan Cancer 2014-2019

OBJECTIF 4 : AMÉLIORER LA QUALITÉ DE VIE DES MALADES

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Même si les progrès thérapeutiques sont importants, le cancer demeure une épreuve physique, psychologique, sociale et professionnelle pouvant également avoir des impacts financiers. Compte tenu de l'augmentation de la survie et de la chronicisation de la maladie, la prise en charge des cancers ne se limite pas au traitement de la pathologie mais intègre l'accompagnement global de la personne malade et de ses proches.

L'approche globale de la personne et l'accès aux soins oncologiques de support sont des orientations déjà intégrées dans les Plans précédents mais le Plan cancer 3 fait de la préservation de la qualité de vie sa deuxième ambition à travers trois objectifs :

- Assurer des prises en charge globales et personnalisées;
- Réduire les séquelles des traitements et les risques de second cancer;
- Diminuer les conséquences du cancer sur la vie personnelle.

Il s'agit d'étendre et de systématiser l'orientation adéquate des patients vers les soins de support tout au long de leurs parcours au regard de l'évolution de leurs besoins. Pour répondre à ces exigences, les soins de support ont été étendus et concernent la prise en compte de la douleur, le suivi nutritionnel, l'accompagnement psycho-social, l'activité physique adaptée, les conseils d'hygiène, le soutien psychologique des proches et des aidants, les troubles de la sexualité ainsi que l'accompagnement de la fin de vie.

La mise en œuvre des orientations nationales implique à la fois de développer la lisibilité de l'offre en soins de support pour une meilleure orientation des malades et de leurs proches, d'étendre l'accès aux soins de support nouvellement définis mais également d'organiser et de favoriser l'accès aux soins de support en ville tout en s'assurant de leur effectivité d'accès. L'accès à la préservation de la fertilité, la prise en charge de la douleur, le repérage et l'accompagnement de la fragilité sociale dans le parcours des malades atteints de cancer sont, par ailleurs, priorisés.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

La diffusion d'outils de communication régionaux, des formations à destination des professionnels, ainsi que la rédaction et l'appropriation d'un référentiel de bonnes pratiques sur la préservation de la fertilité favorisent l'accès aux consultations dédiées. Une RCP de recours régional "Douleur" en lien avec la SDC cancérologie du Centre Oscar Lambret est organisée et des formations auprès des professionnels sur la prise en charge de la douleur en cancérologie sont proposées. Des outils de repérage et d'accompagnement de la fragilité sociale sont intégrés dans la consultation d'annonce et dans le parcours patients. L'offre en soins de support est recensée et lisible. La traçabilité de l'accès aux soins de support est assurée par les établissements autorisés. Enfin, des dispositifs d'accès aux soins de support en ville sont mis en place conformément aux recommandations nationales.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Information/Communication, Formation, Surveillance et observation de la santé, Contractualisation, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

RRC ; Etablissements autorisés ; Professionnels médical et soignants des établissements autorisés ; Professionnels de premier recours ; DRJRCS

POPULATION CONCERNÉE

Patientes atteints de cancers et leurs proches

ETAPES DU PARCOURS

Accompagnement et soins de ville, Hospitalisation

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

Plan Cancer 2014-2019

OBJECTIF 5 : OPTIMISER LE PILOTAGE ET LES ORGANISATIONS RÉGIONALES

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

L'optimisation du pilotage et des organisations est la quatrième ambition du Plan cancer 3. La recherche d'efficience nécessite de redéfinir les organisations actuelles et de clarifier les rôles des acteurs régionaux dans le pilotage et la mise en œuvre du Plan.

Les évolutions et les réorganisations de dispositifs et de structures régionales portent principalement sur trois axes.

Premièrement, les structures de gestion doivent se régionaliser avec la création d'une structure juridique unique fusionnant les cinq structures actuelles. La nouvelle structure régionale chargée des dépistages repose sur un centre régional de coordination des dépistages des cancers Hauts de France comportant un échelon régional et des sites territoriaux labellisé par l'INCa et piloté par l'ARS et la DCGDR. L'organisation et les missions du centre régional sont fixées par le cahier des charges national et des directives régionales.

Deuxièmement, les deux Réseaux Régionaux de Cancérologie sont fusionnés en vue de la création d'un Réseau Régional de Cancérologie unique pour les Hauts de France. Les missions du futur Réseau Régional de Cancérologie Hauts de France peuvent évoluer au regard du nouveau cahier des charges national.

Troisièmement, un Dossier Communiquant en Cancérologie (DCC) unique, piloté par le Réseau Régional de Cancérologie Hauts de France, est mis en place. Une montée en charge du DCC est attendue avec la volonté de généraliser le DCC, de déployer ses fonctionnalités et de faire du DCC un outil de coordination des prises en charge mais aussi d'observation des cancers et d'évaluation des pratiques.

L'optimisation du pilotage se traduit également par le développement d'une démarche d'observation et d'évaluation. Une coordination de l'observation des cancers doit ainsi être créée permettant de renforcer les liens entre les producteurs de données mais également de valoriser les données et les études existantes et d'inciter à la mise en place d'études spécifiques pour l'aide à la décision. Des indicateurs de suivi et d'évaluation des actions sont également à intégrer dans la mise en œuvre des projets soutenus par l'ARS.

Enfin l'accent doit être mis sur la lisibilité de l'offre en cancérologie permettant un adressage adapté des patients et une meilleure appréhension des dispositifs de dépistage, de prise en charge et d'accompagnement des malades et de leurs proches.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Le Réseau Régional de Cancérologie Hauts de France est structuré, la gouvernance stabilisée et les actions mises en place par le RRC sont actées dans le cadre d'un CPOM et d'un plan d'actions annuel avec l'ARS. Le centre régional de coordination des dépistages des cancers Hauts de France est labellisée par l'INCa et pilotée par l'ARS avec une gouvernance et une organisation effective. Toutes les RCP sont informatisées dans un DCC unique et les outils de coordination de type PPS et PPACintégrés dans le DCC.Le recueil mutualisé des données entre les différents producteurs de données en Hauts de France concernant l'épidémiologie des cancers, la prise en charge et l'accompagnement des malades a fait l'objet de publications spécifiques.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Surveillance et observation de la santé, Systèmes d'information, télémédecine et e-santé, Contractualisation, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

RRC ; Structures de gestion ; Etablissements autorisés ; Assurance maladie ; RSI ; MSA ; CIRE ; Registres des cancers ; Structures d'observation ; Comités de la Ligue contre le cancer

POPULATION CONCERNÉE

Patients atteints de cancer

ETAPES DU PARCOURS

Accompagnement et soins de ville, Hospitalisation, Répérage, Dépistage

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

Plan Cancer 2014-2019

OBJECTIF GÉNÉRAL 9 : FAVORISER LE PARCOURS DE VIE EN SANTÉ MENTALE EN VEILLANT À LIMITER LES HOSPITALISATIONS

PROBLÉMATIQUES PRIORITAIRES

La santé mentale constitue un enjeu de santé majeur. Selon l'OMS, les pathologies mentales constitueront la 1ère cause de handicap et d'invalidité dans le monde à l'horizon 2020. Classés au 3ème rang des maladies, les troubles psychiques tiennent une place importante dans la vie d'au moins un quart de la population française en raison de leurs répercussions importantes sur la santé et la vie sociale des personnes et de leur entourage. Les personnes placées sous main de justice, et particulièrement les personnes détenues, présentent une surreprésentation de certaines pathologies notamment mentales. Les personnes souffrant de troubles psychiques sont également plus souvent affectées par des problèmes somatiques et les risques de décès prématuré sont plus élevés.

Face à cet enjeu, l'organisation sanitaire psychiatrique a fortement évolué au cours des dernières décennies avec, notamment, le développement des prises en charge ambulatoires et la réduction parallèle des capacités d'hospitalisation. La reconnaissance du handicap psychique, introduite dans la loi du 11 février 2005, a permis l'émergence de nouvelles modalités d'accompagnement dans le secteur médico-social comme les SAMSAH. D'autres dispositifs ont été expérimentés, tels que les GEM et les CLSM favorisant la participation des usagers à leur prise en charge et contribuant à un changement de regard sur la santé mentale.

Le contexte régional reste néanmoins marqué par plusieurs problématiques :

- la région connait une surmortalité par suicide, celle-ci étant davantage marquée pour les hommes (TS de +37% sur la période 2006-2013) que pour les femmes (TS de +19%) ; les recommandations nationales s'orientent vers une politique de prévention ciblée reposant sur des méthodes d'action reconnues telles que le projet "VIGILANS" expérimenté dans le Nord et le Pas de Calais et quatre autres régions françaises ;
- la prise en charge des adolescents présentant des troubles psychologiques et comportementaux sévères soulève des difficultés liées à la complexité de la collaboration à mettre en place entre les institutions relevant du champ judiciaire, éducatif et sanitaire ; ces difficultés sont majorées lorsque le recours à l'hospitalisation est nécessaire ; leur prise en charge pose également la problématique de l'articulation entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte ;
- la notion de handicap psychique est insuffisamment prise en compte alors qu'elle conforte la nécessité d'une approche parcours intégrant l'accompagnement global des personnes et le soutien de leurs aidants, au-delà des soins nécessaires, tout au long de leur vie ;
- le développement des modalités de prise en charge ambulatoire est inégal ; en corollaire, le recours à l'hospitalisation reste important dans certains secteurs comme en témoignent les variations départementales des DMS observées en 2015 : DMS situées entre 24 et 50 jours en psychiatrie adulte ; des hospitalisations prolongées subsistent alors que des orientations MDPH sont prononcées ;
- le cloisonnement entre les acteurs du sanitaire et les acteurs du social et du médico-social persiste ; ceci est lié à une méconnaissance du champ d'intervention de chacun et à une insuffisante coordination entre les professionnels ;
- la démographie médicale est déficitaire ; ce constat affecte inégalement les départements de la région avec un déficit en psychiatres plus marqué en ex Picardie ; la réforme du 3ème cycle des études médicales mise en oeuvre à compte du mois de novembre 2017 est susceptible de majorer la problématique démographique de la région.

La loi de janvier 2016 prévoit, sur la thématique de la santé mentale, un dispositif spécifique reposant sur l'élaboration de PTSM couvrant l'intégralité du territoire régional. Leur objet est également guidé par l'amélioration de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité sans rupture. Les PTSM participeront ainsi à la déclinaison infra régionale des objectifs retenus dans le PRS en prenant en compte les spécificités de leur territoire.

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

1 - Repérer et prendre en charge précocément le risque suicidaire

2 - Développer les prises en charge ambulatoires en adaptant l'offre dans le champ sanitaire, social et médico-social

3 - Coordonner les démarches de soins et d'accompagnement social et médico-social

4 - Assurer la prise en charge des enfants et adolescents à risque

5 - Promouvoir l'insertion des personnes souffrant de troubles psychiques dans la cité

LIENS AVEC LES AUTRES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Objectif général 2 "Promouvoir des comportements favorables à la santé" et plus spécifiquement l'objectif opérationnel 5 : Favoriser l'adoption de comportements de prévention en santé affective et sexuelle

Objectif général 4 "Cibler les femmes - mères - enfants les plus vulnérables" et plus spécifiquement l'objectif opérationnel 4 : Renforcer l'accès à la prévention ainsi qu'au repérage des facteurs de risque pour la santé et le développement des enfants de la naissance à 6 ans et faciliter le recours aux soins

Objectif général 6 "Développer les parcours de vie sans rupture pour les personnes souffrant de handicap" et l'ensemble de ses objectifs opérationnels

Objectif général 10 "Améliorer l'accés à la prévention et à la prise en charge des conduites à risques/addictives" et plus spécifiquement l'objectif opérationnel 2 : Améliorer l'accès et le recours aux dispositifs de prise en charge des conduites addictives enn garantissant leur efficience et en favorisant les coopérations

Objectif général 12 "Lutte contre la désertification des professionnels de santé" et plus spécifiquement l'objectif opérationnel 3 : Attirer les professionnels de santé dans les territoires et les disciplines les plus en tension

Objectif général 13 "Améliorer l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies" et plus spécifiquement l'objectif opérationnel 3 : Structurer une offre spécifique "passerelle" vers le droit commun sur les territoires les plus démunis

OBJECTIF 1 : REPÉRER ET PRENDRE EN CHARGE PRÉCOCÉMENT LE RISQUE SUICIDAIRE

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

La lutte contre le suicide a fait l'objet de plusieurs plans nationaux. Une évaluation du dernier programme national d'actions contre le suicide a été menée en 2015 par l'HCSP. Il en découle plusieurs recommandations sur lesquelles s'appuient les travaux réalisés par le Conseil national de santé mentale et plus spécifiquement le groupe de travail mis en place sur la prévention du suicide. Les préconisations nationales reposent sur le ciblage des populations à risque élevé telles que : les personnes souffrant de troubles psychiques à forte suicidalité (troubles dépressifs, troubles bipolaires), les personnes ayant des conduites addictives, les personnes présentant des antécédents de tentatives de suicides (risque multiplié par 20 dans l'année suivant la tentative) ou encore les personnes placées sous main de justice.

Il est proposé de décliner ces préconisations au niveau régional en privilégiant deux modalités d'action :

- la poursuite du dispositif de recontact des personnes ayant fait une tentative de suicide mis en œuvre dans les départements du Nord et du Pas de Calais depuis 2015 : ce dispositif, VIGILANS, vise à maintenir le contact avec les personnes suicidaires, ainsi qu'avec leurs proches dans les 6 mois suivant la tentative de suicide ; il repose sur la mobilisation des services d'urgences et des établissements amenés à prendre en charge des personnes ayant fait une tentative de suicide ;
- l'organisation de formations pour les médecins généralistes et autres professionnels du soin et du social au contact des personnes à risque (professionnels intervenant en EHPAD, en milieu scolaire, milieu pénitentiaire…) : cette formation doit intégrer le repérage du risque suicidaire et, pour les médecins généralistes, inclure, dans le cadre du DPC, les modalités de prise en charge des troubles psychiques à forte suicidalité et les réponses de soins spécialisées locales.

Cette stratégie suppose que le suivi et la prise en charge des populations à risque soient organisés et ce, dès l'admission aux urgences dans le cas des tentatives de suicide. Ainsi, la psychiatrie de liaison doit être développée dans l'ensemble des services d'accueil d'urgences de la région. La stratégie intègre la poursuite, en région, du programme Papageno qui vise à prévenir la contagion suicidaire en améliorant le traitement médiatique de l'information.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- la prise en charge psychiatrique dans les services d'accueil des urgences est organisée et structurée à l'échelle des territoires retenus pour les PTSM
- le dispositif VIGILANS est poursuivi et déployé au niveau régional en prenant en compte les enseignements de l'évaluation nationale menée dans les régions participant à l'expérimentation
- un axe spécifique sur la prévention du risque suicidaire est intégré dans le programme qualité des établissements prenant en charge des personnes souffrant de troubles psychiques
- la formation des professionnels, en particulier pour les médecins généralistes, est mise en œuvre dans la région selon une méthodologie répondant aux objectifs de la stratégie nationale
- la qualité du recueil des données via le PMSI et les RPU est améliorée

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Amélioration qualité des soins et sécurité des usagers, Formation, Systèmes d'information, télémédecine et e-santé

ACTEURS CONCERNÉS

Les professionnels du soin et du social au contact des personnes à risque suicidaire et les professionnels des SAU

POPULATION CONCERNÉE

Personnes à risque suicidaire

Personnes placées sous main de justice

ETAPES DU PARCOURS

Répérage, Dépistage

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

Rapport d'évaluation du programme d'actions contre le suicide, HCSP, 2015

Stratégie nationale pour les personnes placées sous main de justice

OBJECTIF 2 : DÉVELOPPER LES PRISES EN CHARGE AMBULATOIRES EN ADAPTANT L'OFFRE DANS LE CHAMP SANITAIRE, SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Durant les cinquante dernières années, l'organisation des soins psychiatriques a évolué, passant d'une offre exclusivement hospitalière à des modalités de prise en charge permettant des soins ambulatoires, tant dans les secteurs publics que privés, et des interventions directement dans le lieu de vie (domicile ou substitut de domicile) des personnels soignants. Cette mobilité du personnel participe à la diminution du recours à l'hospitalisation et à la réduction du séjour hospitalier. Elle contribue également à consolider les partenariats avec les établissements sociaux et médico-sociaux en offrant des garanties d'intervention. Ainsi, des équipes mobiles ont été développées, par exemple, pour l'intervention auprès des personnes en situation de précarité (EMPP), en pédopsychiatrie ou pour l'appui des structures médico-sociales pour l'accompagnement de jeunes présentant des troubles du comportement.

Il reste que les alternatives à l'hospitalisation complète sont inégalement développées dans la région tant en psychiatrie adulte qu'en psychiatrie infanto-juvénile. Dans certains secteurs, elles se limitent à un CMP dont les conditions d'organisation varient en termes d'accueil sans rendez-vous ou encore d'amplitude horaire. Le recours à l'hospitalisation complète reste important dans quelques établissements avec, en corollaire, un taux d'hospitalisation au long cours élevé. Plusieurs établissements des Hauts-de-France ont développé ou tenté de développer de l'hospitalisation à domicile psychiatrique, mais avec des approches hétérogènes sur ce mode de prise en charge, parfois en contradiction avec les principes de l'HAD. Certaines HAD ont ainsi été requalifiées en équipe mobile.

Il importe donc de soutenir, dans le cadre des PTSM, les dynamiques visant à :

- Développer la mobilité des équipes psychiatriques, impliquant ainsi une réorganisation et une diminution du recours à l'hospitalisation complète ;
- Poursuivre le développement et la diversification des alternatives à l'hospitalisation complète et l'amélioration de l'accès aux soins ambulatoires (dont accès aux CMP et à l'offre privée) ;
- Améliorer la coordination des acteurs sanitaires publics et privés, notamment pour l'organisation de la permanence des soins

La restructuration attendue de l'offre de soins doit préserver des capacités pour les hospitalisations de soins sans consentement tout en veillant à ce qu'elles soient plus encadrées.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- L'accès aux CMP est amélioré en harmonisant les conditions d'accueil sans rendez-vous et l'amplitude horaire d'ouverture, et en diffusant les principes de fonctionnement aux partenaires du territoire
- Le recours et la durée de séjour en hospitalisation complète sont réduits par le développement des alternatives à l'hospitalisation et des dispositifs permettant la mobilité des équipes (dont l'organisation de l'accès aux EMPP à l'échelle de la région en lien avec l'objectif opérationnel 3 de l'objectif général 13 "Améliorer l'accés à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies")
- Les inadéquations de prise en charge sont réduites en procédant aux recompositions de l'offre en hospitalisation complète du sanitaire vers le médico-social lorsque ces recompositions sont nécessaires pour une bonne adéquation des accompagnements aux attentes et aux besoins des personnes accueillies souffrant en particulier de handicap psychique
- Un travail d'harmonisation est mené à un niveau régional sur les missions et l'organisation des modalités de prise en charge que sont les équipes mobiles et l'HAD en psychiatrie. Ce travail, qui suppose une analyse préalable des dispositifs déjà mis en œuvre par les établissements, doit permettre d'identifier les évolutions nécessaires pour réduire les inégalités territoriales.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Amélioration qualité des soins et sécurité des usagers, Information/Communication

ACTEURS CONCERNÉS

Les professionnels de la psychiatrie publics et privés et les professionnels exerçant dans une équipe mobile (EMPP,...)

POPULATION CONCERNÉE

Personnes souffrant de troubles psychiques dont les personnes placées sous main de justice

ETAPES DU PARCOURS

Accompagnement et soins de ville, Hospitalisation, Institutionnalisation, Répérage, Dépistage

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

OBJECTIF 3 : COORDONNER LES DÉMARCHES DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Parallèlement à l'évolution de la psychiatrie marquée par le développement des alternatives à l'hospitalisation, le secteur social et médico-social s'est rénové au travers de la loi du 2 janvier 2002 et la loi du 11 février 2005. Ces lois ont permis de nombreuses avancées avec, pour exemple, les droits à la compensation, à la scolarité, à l'emploi et à l'accessibilité ainsi que la reconnaissance du handicap psychique. La loi de 2005 a également permis l'installation d'un nouvel acteur institutionnel, la MDPH qui joue un rôle central pour l'accueil, l'information, l'accompagnement et l'orientation des personnes handicapées.

Dans ce contexte marqué par la multitude des dispositifs et la complexité des organisations, la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux constitue un enjeu essentiel. Elle doit permettre la co-construction et la mise en œuvre d'un projet de vie, au-delà du projet de soins, défini avec la personne souffrant de troubles psychiques.

Le dispositif "Une réponse accompagnée pour tous" issu du rapport Piveteau préconise la mise en place de "coordinations territoriales" pour prévenir et gérer les situations complexes (cf Objectif opérationnel 1 de l'objectif général 6 "Développer les parcours de vie sans rupture pour les personnes souffrant de handicap"). Ce dispositif participe au rapprochement des acteurs.

Pour faciliter la coordination, il est proposé de rendre lisible l'offre existante dans le champ sanitaire, social et médico-social et d'assurer son actualisation.

Il est également nécessaire de développer l'interconnaissance entre les professionnels intervenant dans la prise en charge des personnes présentant un handicap psychique. Ceci est sous-tendu par la mise en œuvre de formations adaptées et de stages croisés permettant de comprendre la finalité des dispositifs de prise en charge et d'appréhender les contraintes d'organisation des professionnels.

Il convient enfin de déployer les outils favorisant le décloisonnement des acteurs comme : la mise en place de réunions de synthèse commune, le conventionnement ou encore le développement de la télépsychiatrie. La structuration de CLSM (cf objectif opérationnel 5) participe également à cette démarche.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Les diagnostics partagés de santé mentale, préalables à l'élaboration des PTSM, sont réalisés
- Un programme de formations des professionnels et de stages croisés autour du handicap psychique est déployé sur l'ensemble de la région. L'élaboration du programme s'appuie sur la méthodologie proposée dans le cadre de l'expérimentation ANAP de parcours en psychiatrie et santé mentale sur Lens-Hénin-Beaumont
- Les outils facilitant la coordination sont recensés, évalués et diffusés
- Des expérimentations de télépsychiatrie associant un établissement de soins et une structure sociale ou médico-sociale sont engagées et évaluées

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Formation, Systèmes d'information, télémédecine et e-santé, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

Professionnels de la psychiatrie, professionnels intervenant dans les structures sociales et médico-sociales

POPULATION CONCERNÉE

Professionnels prenant en charge des personnes en situation de handicap psychique dont les personnes placées sous main de justice

ETAPES DU PARCOURS

Accompagnement et soins de ville, Hospitalisation, Institutionnalisation

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

OBJECTIF 4 : ASSURER LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS À RISQUE

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

La prise en charge des enfants et des adolescents présente des spécificités :

Elle repose très largement sur des soins ambulatoires depuis plusieurs années. Ainsi 97% des enfants et adolescents soignés par les services publics de psychiatrie ne sont pas hospitalisés, mais suivis en ambulatoire (DREES, 2003). Le recours à l'hospitalisation, qui concerne plus fréquemment les adolescents, s'avère parfois compliqué dans la mesure où tous les secteurs de pédopsychiatrie ne disposent pas de lits.

Elle se situe en interface avec d'autres disciplines : la pédiatrie et la psychiatrie adulte notamment. Ces interfaces soulèvent la question du repérage, et ce dès la petite enfance, pour favoriser une prise en charge précoce et celle de la continuité des soins lors du passage de l'adolescence à l'âge adulte.

Dans le cadre de l'élaboration des PTSM, une réflexion est à mener sur l'organisation de la continuité du parcours entre les professionnels de la pédiatrie, de la pédopsychiatrie et de la psychiatrie adulte. Cette réflexion intègre la structuration de la réponse aux besoins d'hospitalisation.

La prise en charge des enfants et des adolescents à risque fait intervenir des acteurs plus diversifiés que chez l'adulte : professionnels investis dans les secteurs éducatif, pédagogique et thérapeutique. La coordination des acteurs est essentielle notamment dans la construction de solutions d'accompagnement. Elle nécessite la mise en œuvre de formations sur les enfants et adolescents à risque tournés vers les professionnels du champ social, médico-social et scolaire en associant les professionnels du soin. Ces formations intègrent le repérage et le diagnostic des situations à risque, dont le harcèlement.

Dans la région, le besoin de coordination autour des jeunes accueillis en établissement médico-social et présentant des troubles du comportement s'est aussi traduit par la création d'équipes mobiles mixtes associant des professionnels du champ médico-social et du champ sanitaire. Leur rôle est de venir en appui des structures médico-sociales pour poursuivre l'accompagnement de ces jeunes. Ces équipes, créées en 2015, ne couvrent pas l'ensemble de la région. L'évaluation de cette expérimentation est nécessaire avant de consolider le dispositif.

D'autres initiatives ont été engagées en vue de développer des prises en charge associant le champ social et le soin. Le dispositif d'accueil familial thérapeutique spécialisé lensois en est un exemple. Il convient de recenser ces initiatives et de les évaluer avant d'envisager leur déploiement.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Les PTSM ont défini une filière de prise en charge des enfants et adolescents à risque
- Les formations sur le repérage et les situations à risque sont mises en place sur la région
- Le recensement des initiatives contribuant mettre en place des prises en charge coordonnées entre les acteurs du soin, du social et du médico-social
- L'évaluation des équipes mobiles médico-sociales est réalisée

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Formation, Contractualisation, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

Les professionnels intervenant dans la prise en charge des enfants et des adolescents dans le champ sanitaire, social et médico-social

POPULATION CONCERNÉE

Les enfants et les adolescents ainsi que leurs proches

ETAPES DU PARCOURS

Hospitalisation, Institutionnalisation, Répérage, Dépistage

OBJECTIF 5 : PROMOUVOIR L'INSERTION DES PERSONNES SOUFFRANT DE TROUBLES PSYCHIQUES DANS LA CITÉ

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Le livre blanc des partenaires de santé mentale France de 2001 énonçait trois objectifs qui restent d'actualité :

- Faire exister la population des personnes souffrant de troubles psychiques vivant dans la cité ;
- Informer la collectivité sur la vraie nature du handicap « psychique » et sur les risques qui lui sont liés ;
- Aider les responsables du social dans la cité et ceux qui vont répartir les ressources disponibles et les validations officielles, à faire en sorte que les droits des personnes en cause soient mieux protégés.

Ainsi, la stigmatisation de la société vis-à-vis de la maladie mentale persiste. Les représentations sociales sur les troubles psychiques sont plus souvent négatives et associées à une forme de dangerosité. Les situations d'isolement vécues par les personnes souffrant de troubles psychiques rendent hypothétiques leur insertion sociale et plus encore leur réinsertion professionnelle.

Il importe de soutenir et diffuser les initiatives régionales qui visent à promouvoir l'insertion sociale et professionnelle des personnes souffrant de troubles psychiques en promouvant :

- les CLSM qui constituent des instances de concertation et de coordination de proximité visant à améliorer l'accès aux soins et aux droits des usagers et à lutter contre l'exclusion sociale et la stigmatisation ;
- la pair-aidance qui repose sur l'entraide entre personnes souffrant ou ayant souffert d'une même maladie, somatique ou psychique et qui peut prendre différentes formes (participation à des groupes de parole au sein d'association d'usagers, la participation à des GEM, intégration de pairs aidants dans les services de soins ou dans des formations) ;
- la réhabilitation psychosociale qui vise à renforcer les ressources personnelles, l'investissement dans les soins et les interactions sociales contribuant à réduire les ruptures dans les parcours.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- le développement des CLSM est attendu prioritairement sur les zones dans lesquelles il existe des quartiers prioritaires de la politique de la ville et sur la base d'un cadre d'organisation régionale
- la structuration des GEM à l'échelle de la région est poursuivie en référence au cahier des charges national paru en 2016
- la culture de la réhabilitation est diffusée au sein des structures de soins et d'accompagnement des personnes souffrant d'un handicap psychique
- l'offre en réhabilitation est développée ; elle repose sur la mise en œuvre des outils thérapeutiques retenus par le centre de preuves en psychiatrie et santé mentale tels que la remédiation cognitive et l'ETP. La structure de l'offre s'appuie sur les ressources existantes.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Amélioration qualité des soins et sécurité des usagers, Information/Communication, Formation

ACTEURS CONCERNÉS

Les professionnels de la psychiatrie, les associations d'usagers, les élus

POPULATION CONCERNÉE

Les personnes en situation de handicap psychique

ETAPES DU PARCOURS

Accompagnement et soins de ville, Répérage, Dépistage

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

INSTRUCTION N°DGS/SP4/CGET/2016/289 du 30 septembre 2016 relative à la consolidation et à la généralisation des conseils locaux de santé mentale en particulier dans le cadre des contrats de ville

OBJECTIF GÉNÉRAL 10 : AMÉLIORER L'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DES CONDUITES À RISQUES ET/OU ADDICTIVES

PROBLÉMATIQUES PRIORITAIRES

Les addictions restent, en France comme dans beaucoup d'autres pays européens, un problème de santé publique majeur, dont les impacts sont multiples : sanitaires, médicaux et sociaux. La notion de conduites addictives comprend les addictions aux substances psycho-actives mais également les addictions comportementales. A savoir le tabac, l'alcool, les drogues illicites, les médicaments, le jeu et voire les troubles du comportement alimentaire. Une attention particulière sera portée sur le produit alcool en raison d'un impact sanitaire important en région HDF. L'addiction se caractérise par la dépendance, soit l'impossibilité répétée de controler un comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives.

L'objectif général est d'améliorer la prise en charge et la prévention des conduites addictives.

En région Hauts-de-France, nous avons identifié cinq problématiques prioritaires décrites ci-dessous:

- le maillage des actions de promotion de la santé et de prévention des conduites addictives est déficitaire sur certains territoires et auprès de certains publics prioritaires. De nombreux outils de prévention sont disponibles ; ils ne sont pas tous évalués.
- le maillage de l'accompagnement et de la prise en charge des personnes présentant des conduites addictives est à conforter dans certains territoires (diagnostic territorial de Hauts de France, OR2S, 2016).
- les dispositifs d'accompagnement et de prise en charge évoluent vers le champ ambulatoire.
- les conduites addictives et les prises de risques sont en évolution permanente. Ceci oblige à une adaptation des dispositifs ainsi que de la politique de réduction des risques et des dommages.
- les professionnels de santé et les acteurs de terrain intervenant sur le champ des conduites addictives sont multiples et variés. Ils font part d'un besoin d'apport de connaissances en corrélation avec l'évolution des conduites à risque et des pratiques addictives.

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

1 - Renforcer les actions de promotion de la santé et de prévention des conduites addictives ayant démontré leur efficacité, en particulier envers les publics prioritaires.

2 - Améliorer l'accès et le recours aux dispositifs d'accompagnement et de prise en charge des conduites addictives en garantissant leur efficience et en favorisant les coopérations.

3 - Optimiser les prises en charge alternatives à l'hospitalisation complète en garantissant l'efficience des dispositifs et les partenariats.

4 - Poursuivre le développement d'une politique de réduction des risques et des dommages au plus près des besoins de l'usager.

5 - Conforter les compétences en matière d'addictologie des professionnels œuvrant dans le champ des addictions et des acteurs de proximité.

LIENS AVEC LES AUTRES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Objectif général 3 "Promouvoir la santé des jeunes"

Objectif général 4 "Cibler les femmes-mères-enfants les plus vulnérables"

Objectif général 9 "Favoriser le parcours de vie en santé mentale en veillant à limiter les hospitalisations"

Objectif général 12 "Lutter contre la désertification des professionnels de santé"

Objectif général 13 "Améliorer l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies"

Objectif général 17 "Garantir l'efficience des établissements de santé, médico-sociaux et des opérateurs de prévention"

OBJECTIF 1 : RENFORCER LES ACTIONS DE PROMOTION ET DE PRÉVENTION DES CONDUITES ADDICTIVES AYANT DÉMONTRÉ LEUR EFFICACITÉ, EN PARTICULIER ENVERS LES PUBLICS PRIORITAIRES

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé met l'accent sur la prévention et la promotion de la santé. Agir précocement est essentiel afin de limiter les conduites à risques, de retarder l'entrée dans les consommations et également de promouvoir des comportements favorables à la santé. Il est nécessaire d'agir de manière universelle (sur l'ensemble de la population sans tenir compte de son état de santé), de manière sélective (sur des sous-groupes en fonction des risques particuliers) et de manière ciblée (auprès de consommateurs avérés, notamment la réduction des risques et des dommages (RdRD)). Ce volet sera abordé dans l'objectif 4.

La mise en œuvre de cet objectif s'appuie sur des actions de prévention socio-éducatives, notamment le renforcement des compétences psychosociales et le soutien à la parentalité. Il convient également de porter une attention particulière aux jeunes enfants, aux adolescents et aux milieux universitaire et festif, ainsi que de repérer et diffuser les bonnes pratiques en matière d'intervention auprès des jeunes, notamment en valorisant le concept d'intervention précoce. Les actions de prévention envers les publics en situation de précarité, d'handicap et les femmes sont aussi à prioriser, notamment sur le produit alcool. Ces actions devront s'inscrire dans la durée et la proximité. Il est également prévu d'améliorer les partenariats entre institutions en incluant la thématique des addictions dans les conventions avec les partenaires institutionnels notamment avec l'Education Nationale (parcours éducatif en santé), avec le Conseil Régional, avec la DIRRECTE (plan santé travail 3) et avec la Direction de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ Promotrice de santé). Enfin, il est nécessaire de développer des actions de prévention sur le produit tabac dans le cadre du plan national de réduction du tabagisme.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Une meilleure couverture de l'offre en matière de prévention des conduites addictives est attendue en ciblant les territoires d'intervention et en s'appuyant sur les opérateurs offreurs et supports de prévention et/ou les opérateurs de soins financés par l'ARS. Il s'agira également de prendre en compte les spécificités territoriales. De plus, une augmentation des personnes sensibilisées à la prévention des conduites addictives ainsi qu'une meilleure coordination des acteurs institutionnels et associatifs sont prévues.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Information/Communication, Contractualisation, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

Les professionnels de santé, de l'éducation nationale, du social et de la justice. Les services santé au travail. Les associations. Les structures médico-sociales et sanitaires. Les opérateurs offreurs et supports de prévention. Le milieu étudiant.

POPULATION CONCERNÉE

Grand public, avec une attention particulière envers les jeunes, les femmes, les personnes en situation de précarité et en situation de handicap, les personnes sous-main de justice notamment les mineurs ainsi que les parents et ceux en devenir.

ETAPES DU PARCOURS

Prévention primaire, comportements

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives.

Plan régional de réduction du tabagisme 2016-2019.

Plan santé travail 3.

Stratégie nationale de santé des personnes placées sous-main de justice (PPSMJ).

OBJECTIF 2 : AMÉLIORER L'ACCÈS ET LE RECOURS AUX DISPOSITIFS D'ACCOMPAGNEMENT DES CONDUITES ADDICTIVES EN GARANTISSANT LEUR EFFICIENCE ET EN FAVORISANT LES COOPÉRATIONS

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

La mise en œuvre de cet objectif s'appuie sur l'amélioration de la visibilité de l'offre sanitaire et médico-sociale sur l'ensemble du territoire Hauts-de-France. En ce qui concerne l'offre médico-sociale, l'amélioration de l'accès et du recours aux structures composant cette offre doit être accrue en prenant en compte les spécificités des publics prioritaires et celles des territoires à savoir les milieux urbains, ruraux et semi-ruraux. Le travail en équipe pluridisciplinaire entre ce secteur médico-social et la médecine de ville doit être favorisé.

Par ailleurs, une réflexion sur les dispositifs de soins et d'accompagnement avec hébergement doit être menée afin d'optimiser ces ressources. La prise en compte des différentes caractéristiques des publics accueillis notamment le public féminin, les comorbidités psychiatriques, l'avancée en âge et les conséquences somatiques doit être intégrée à cette réflexion afin de proposer un hébergement adapté.

La coordination et la complémentarité entre les professionnels œuvrant dans le champ des addictions entre d'une part les secteurs sanitaire (offre de soins de ville et hospitalier) et médico-social ; et d'autre part entre ces secteurs et la psychiatrie, les maternités, le social, les services d'urgences et la justice sont essentielles dans la prise en charge des addictions. A ce titre, l'amélioration des partenariats et de la coordination de ces professionnels doit être encouragée.

Du fait de la réforme territoriale, certains dispositifs doivent être repensés à l'échelle de la région Hauts-de-France notamment ceux concernant les addictions aux jeux et les troubles du comportement alimentaire.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

L'ensemble des résultats listés ci-dessous doivent permettre de structurer l'offre de service en addictologie (libéral, médico-social, hospitalier) au niveau des territoires.

Une consolidation des niveaux de reconnaissance de la filière addictologique de l'offre de soins, conformément aux textes en vigueur, est attendue en prenant en compte les besoins du territoire.

Compte tenu de la répartition de l'offre médico-sociale, une stabilisation des autorisations CSAPA et CAARUD est privilégiée. La priorité est à une évolution de l'offre vers le déploiement de dispositifs « hors les murs », comme par exemple les consultations de proximité ou l'intervention, au cabinet du médecin généraliste, de professionnels tels que psychologue et/ou travailleur social ayant une expérience en addictologie.

Il est également prévu la formalisation de coopération et la complémentarité des acteurs et des différents secteurs cités ci-dessus au niveau territorial.

Concernant les addictions sans substances, une réflexion sur les possibilités d'identification des filières doit être formalisée.

Une étude visant à parfaire la connaissance des parcours de vie des personnes atteintes du syndrome de Korsakoff est menée à l'échelle de la région.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Amélioration qualité des soins et sécurité des usagers, Contractualisation, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

Les professionnels et les structures œuvrant dans le champ des addictions.

POPULATION CONCERNÉE

Personnes présentant des conduites addictives. Les personnes les plus éloignées du soin.

ETAPES DU PARCOURS

Accompagnement et soins de ville, Hospitalisation

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives.

Plan régional de réduction du tabagisme 2016-2019.

Stratégie nationale de santé des personnes placées sous-main de justice (PPSMJ).

OBJECTIF 3 : OPTIMISER LES PRISES EN CHARGE ALTERNATIVES À L'HOSPITALISATION COMPLÈTE EN GARANTISSANT L'EFFICIENCE DES DISPOSITIFS ET LES PARTENARIATS

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

La mise en œuvre de cet objectif s'appuie sur l'harmonisation des dispositifs de prise en charge en hospitalisation de jour (HDJ) et sur la possibilité de développement, autant que de besoin, de ce mode de prise en charge, dans les structures proposant de l'hospitalisation complète. Une attention doit être portée sur la prise en charge des sevrages complexes dans le cadre de l'HDJ. Il convient d'assurer une activité de repérage, de liaison et de formation intra hospitalière par les équipes de liaison en addictologie conformément aux textes.

L'optimisation des prises en charge alternatives à l'hospitalisation complète ne peut s'appuyer uniquement sur les acteurs intra-hospitaliers. Les partenariats et la coordination des différents professionnels œuvrant dans le champ des addictions notamment ceux des secteurs du social et de la justice et entre les médecins généralistes, les pharmaciens et les CSAPA est à conforter. Afin de pallier la désertification médicale fragilisant la prise en charge des addictions, une réflexion doit être menée sur les possibilités de mise en œuvre de protocole de coopération entre les différents professionnels de santé.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Une mise en adéquation du contenu des HDJ avec l'instruction n° DGOS/R4/R1/2016/350 du 24 novembre 2016 relative à l'hospitalisation de jour en addictologie est attendue. Un maillage territorial des équipes de liaison hospitalière en addictologie, conformément aux missions reconnues avec spécifiquement un accroissement de l'activité dans les services des urgences et les pôles femme-mère-enfant est prévu. L'harmonisation à l'échelle régionale des modalités de coordination des soins d'un patient présentant une situation complexe sera mise en œuvre. Les partenariats entre les différents professionnels cités ci-dessus seront améliorés.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Amélioration qualité des soins et sécurité des usagers, Contractualisation, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

Professionnels de santé (infirmiers, médecins, pharmaciens, …). Fédération des maisons de santé pluri professionnelles. Les acteurs sanitaires et médico-sociaux. Les secteurs du social et de la justice.

POPULATION CONCERNÉE

Personnes présentant des conduites addictives et leur entourage. Personnes sous-main de justice. Les personnes les plus éloignées du soin.

ETAPES DU PARCOURS

Accompagnement et soins de ville, Répérage, Dépistage

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives.

Plan régional de réduction du tabagisme 2016-2019.

Stratégie nationale de santé des personnes placées sous-main de justice (PPSMJ).

OBJECTIF 4 : POURSUIVRE LE DÉVELOPPEMENT D'UNE POLITIQUE DE RÉDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES AU PLUS PRÈS DES BESOINS DE L'USAGER

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

La mise en œuvre de cet objectif s'appuie sur le développement d'une culture de réduction des risques et des dommages. Le nécessaire déploiement de « l'approche intégrée vers les comorbidités somatiques » est à privilégier avec le dépistage des infections des VHC et VIH par les Tests Rapides à Orientation Diagnostic et des fibroses hépatiques par le dispositif « fibroscan® ». La mise à disposition de la naloxone doit être soutenue. Ces dispositifs ont vocation à être déployés dans les structures de soins en addictologie en fonction de leurs missions. Il s'agit d'intervenir au plus près des usagers. Par ailleurs, la mise en œuvre de ces techniques concerne également les établissements pénitentiaires. L'amélioration de l'accès au matériel de la réduction des risques (par exemple en travaillant sur l'optimisation des achats de matiériel RdRD, sur l'extension des programmes d'échanges de seringues (PES) en pharmacie et du programme régional de RdRD à distance) et le développement d'approches populationnelles sont également nécessaire. Une attention particulière est à porter auprès des jeunes et des détenus. Enfin, la réduction des risques et des dommages doit se développer pour les produits alcool et tabac.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

La consolidation des collaborations entre les professionnels du médico-social et les structures sociales sur la RdRD est prévue. L'amélioration de l'accès aux dispositifs fibroscan® et TROD pour les usagers concernés via les décisions d'autorisation pour la réalisation des TROD en établissements médico-sociaux est attendue; ainsi que l'amélioration de l'accès au dépistage VIH et VHC en milieu étudiant et carcéral en augmentant le nombre de personnes dépistées. L'inclusion de la description de la RdRD dans les protocoles addiction des unités sanitaires des centres hospitaliers de la région est à généraliser. La prise en compte systématique des produits alcool et tabac sera favorisée dans la RdRD. L'accès aux outils de RDR sera favorisé par le développement des PES en pharmacies d'officine, la diversification des matériels proposés en structure, la valorisation du programme de RDR par voie postale.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Amélioration qualité des soins et sécurité des usagers, Information/Communication, Formation, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

Les professionnels de santé (infirmiers, pharmaciens, médecins ...) Les structures médico-sociales, les dispositifs sociaux, les bailleurs, les acteurs du milieu pénitentiaire et du travail.

POPULATION CONCERNÉE

Toute personne présentant des addictions dont notamment les étudiants, les femmes, les personnes sous-main de justice, les personnes les plus éloignées du soin. Personnes prostituées.

ETAPES DU PARCOURS

Accompagnement et soins de ville, Répérage, Dépistage

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives.

Plan régional de réduction du tabagisme 2016-2019.

Stratégie nationale de santé des personnes placées sous-main de justice (PPSMJ).

OBJECTIF 5 : CONFORTER LES COMPÉTENCES EN MATIÈRE D'ADDICTOLOGIE DES PROFESSIONNELS OEUVRANT DANS LE CHAMP DES ADDICTIONS ET DES ACTEURS DE PROXIMITÉ

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

La mise en œuvre de cet objectif s'appuie d'un coté sur le renforcement des actions de sensibilisation de tous les professionnels concernés par l'addictologie tant en matière de repérage, d'orientation, d'accompagnement et de prise en charge. De l'autre, sur un travail commun avec les partenaires concernés pour permettre un renforcement des actions de sensibilisation des professionnels de santé à la législation en matière d'addictologie, notamment en matière de rédaction d'ordonnances de médicaments de substitution. Enfin, il s'agit de développer l'accompagnement à la mise en œuvre d'actions de prévention par les acteurs concernés cités ci-dessous ainsi que de réfléchir à la valorisation voir la mise en place de programmes de remédiation cognitive en addictologie, en raison de la présence de déficits émotionnels et des fonctions exécutives chez les patients souffrant de conduites addictives, notamment sur le produit alcool.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

L'acquisition d'une culture commune et la diffusion de bonnes pratiques sont attendues pour les professionnels susceptibles d'être en contact avec des personnes présentant des comportements à risque ou addictifs. Il est également prévu le renforcement des compétences de ces professionnels, notamment sur la méthodologie de projet.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Amélioration qualité des soins et sécurité des usagers, Formation, Contractualisation, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

Professionnels de santé (infirmiers, pharmaciens, sages-femmes, médecins, masseurs-kinésithérapeutes). Professionnels agissant dans le cadre de la politique de la ville ou des autres dispositifs locaux. Professionnels de la justice, de l'éducation nationale, du social, du travail et des unités sanitaires.

POPULATION CONCERNÉE

Personnes présentant des comportements à risque ou addictifs, en particulier les femmes et les jeunes.

ETAPES DU PARCOURS

Répérage, Dépistage

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives.

Plan régional de réduction du tabagisme 2016-2019. Plan Santé Travail 3.

Stratégie nationale de santé des personnes placées sous-main de justice (PPSMJ).

OBJECTIF GÉNÉRAL 11 : OPTIMISER LE PARCOURS DES PATIENTS ATTEINTS DE MALADIES CARDIO-NEUROVASCULAIRES OU RESPIRATOIRES SÉVÈRES

PROBLÉMATIQUES PRIORITAIRES

L'incidence et la prévalence de certaines maladies non transmissibles mais très liées à certains comportements de santé est beaucoup plus élevée dans la région Hauts de France. C'est le cas pour les maladies cardio-neurovasculaires, notamment les accidents vasculaires cérébraux (AVC), l'infarctus du myocarde (ou syndrome coronarien aigu (SCA)) et l'insuffisance cardiaque. C'est le cas également pour certaines maladies respiratoires et tout particulièrement la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). A noter que ces pathologies sont fréquemment imbriquées car occasionnées par certains comportements à risque communs et notamment le tabagisme.

Les leviers majeurs permettant d'améliorer l'efficacité et l'efficience des parcours de santé pour les malades porteurs de ces pathologies passent par une action concertée sur les déterminants de santé, le repérage précoce et la transversalité de la prise en charge entre professionnels des secteurs ambulatoire, hospitalier, médico-social et social.

Les maladies cardio-neurovasculaires sont la seconde cause de mortalité en France. La région Hauts de France est la plus touchée avec une mortalité prématurée (avant 65 ans) de +40% par rapport à la moyenne nationale mais avec de fortes disparités par zonage de l'offre de soins. En 2015, plus de 10 000 personnes ont été victimes d'un AVC (dont 28% avant 65 ans) et près de 7000 ont présenté un infactus du myocarde (dont 44% avant 65 ans).

Face à une telle situation, les priorités se situent en amont dans les actions qui permettent de maintenir le capital santé dès l'enfance et dans le repérage et la prise en charge précoces des facteurs de risque cardio-neurovasculaires. Il est important également que la filière d'urgence soit optimale sur l'ensemble de la région notamment en cas de syndrome coronarien aigu ou d'AVC. Pour la filière d'aval, l'enjeu est d'offrir à chaque patient un parcours de rééducation et de réadaptation bien fléché sur l'ensemble des territoires.

Deux autres problématiques prioritaires seront abordées dans le cadre de la thématique cardiovasculaire, il s'agit :

- de l'insuffisance cardiaque (IC), pathologie du sujet plus âgé, très fréquente (18500 hospitalisations pour poussée d'IC en 2015), et pour laquelle il existe encore de nombreuses ruptures identifiées dans le parcours

- de la mort subite (environ 6000 morts par an dans la région) pour laquelle il est possible d'augmenter le taux de survie grâce à la connaissance des gestes qui sauvent

Liée pour 80% au tabagisme et pour 20% à l'exposition professionnelle et environnementale, la BPCO est en augmentation constante depuis 30 ans dans le monde (environ 50 millions de malades)

Elle est aujourd'hui la quatrième cause de mortalité mondiale et sera selon l'OMS, la troisième cause en 2020.

En région HDF, on estime à environ 9% de la population de plus de 40 ans porteuse d'une BPCO dont 2/3 non diagnostiquée (soit davantage que le diabète). La mortalité par BPCO est en HDF 35% supérieure à la moyenne nationale. C'est une maladie irréversible dès le stade 2 même en cas d'arrêt du tabac.

La BPCO constitue un fléau de santé publique majeur dont l'ARS s'est déjà saisi mais sur lequel il faut continuer à intervenir à plusieurs niveaux :

- Lutte contre le tabagisme et contre l'exposition professionnelle

- Repérage précoce de la maladie et accompagnement dans un parcours de soins

- Coordination ville /hôpital

- Réhabilitation respiratoire et ses alternatives en ville

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

1 - Repérer le plus tôt possible les facteurs de risque et/ou la maladie et définir avec le patient une prise en charge coordonnée par son médecin traitant

2 - Mieux organiser la filière d'urgence en cas d'événement aigu cardio-neurovasculaire

3 - Mieux préparer et fluidifier la sortie d'hospitalisation

4 - Améliorer l'organisation de la filière d'aval

5 - Développer un volet recherche / innovation dans le cadre de l'optimisation des parcours

LIENS AVEC LES AUTRES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

La partie prévention primaire de ce parcours n'est pas traitée dans cet objectif général mais dans les objectifs généraux suivants:

Objectif général 1 " Promouvoir un environnement favorable à la santé "

Objectif général 2 " Promouvoir des comportements favorables à la santé "

Objectif général 10 "Améliorer l'accés à la prévention et à la prise en charge des conduites à risque et/ou addictives et le Plan régional de lutte contre le tabagisme 2016-2019 (PR2T)

Objectif général 17 " Garantir l'efficience des établissements de santé, médico-sociaux et des opérateurs de prévention" (axe Prévention)

Par ailleurs, cet objectif général présente des liens avec certains objectifs opérationnels des objectifs généraux suivants:

Objectif général 4 "Cibler les femmes-mères-enfants les plus vulnérables"

Objectif général 6 "Développer les parcours de vie sans rupture pour les personnes souffrant de handicap"

Objectif général 7 "Repérer et mieux organiser les filières diabète, obésité et insuffisance rénale chronique (IRC)"

Objectif général 12 "Lutter contre la démographie des professionnels de santé"

Objectif général 13 "Améliorer l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies"

Objectif général 14 "Mettre en oeuvre la révolution numérique en santé"

Objectif général 15 "Garantir l'accès aux urgences, à l'imagerie médicale, aux soins critiques et palliatifs"

OBJECTIF 1 : REPÉRER LE PLUS TÔT POSSIBLE LES FACTEURS DE RISQUE ET/OU LA MALADIE ET DÉFINIR AVEC LE PATIENT UNE PRISE EN CHARGE COORDONNÉE PAR SON MÉDECIN TRAITANT

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Afin de prévenir les complications secondaires, il est nécessaire de repérer le plus tôt possible les facteurs de risque cardio-neurovasculaires (HTA, diabète, hypercholestérolémie, surpoids/obésité, sédentarité, tabagisme, stress) et la BPCO dès le stade 1 dont la cause principale est le tabagisme.

Les patients repérés précocement doivent ensuite être intégrés dans un véritable parcours coordonné par le médecin traitant en lien avec l'ensemble de l'équipe de soins primaires, que ce soit dans le cadre d'une structure de soins coordonnés ou non.

Il s'agit d'accompagner ces patients dans une démarche d'acceptation et d'autogestion de leur(s) facteur(s) de risque ou maladie débutante pour prévenir l'apparition d'évènements aigus et/ou de complications secondaires. Cela passe par l'éducation thérapeutique du patient (de niveau 1), soit directement par un professionnel de santé formé, soit dans le cadre d'un programme autorisé.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Il s'agit de modéliser des dispositifs organisés, pérennes et efficaces de repérage/dépistage dans le cadre des parcours de santé.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Amélioration qualité des soins et sécurité des usagers, Information/Communication, Formation, Systèmes d'information, télémédecine et e-santé

ACTEURS CONCERNÉS

Professionnels de santé libéraux excercant seuls ou dans le cadre de structures de soins coordonnés, établissements de santé, caisses d'assurance maladie, professionnels de la Santé Sécurité au Travail, secteur social, usagers de santé

POPULATION CONCERNÉE

- Champ cardio-neurovasculaire : fumeurs, hommes de plus de 50 ans, femmes de plus de 60 ans, personnes en surpoids/obésité, antécédents familiaux d'AVC ou d'infactus du myocarde, femmes en âge de procréer et présentant déjà un facteur de risque, personnes en situation de précarité

- Champ pneumologique (BPCO) : fumeurs et/ou exposition professionnelle à risque

ETAPES DU PARCOURS

Répérage, Dépistage

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

- Projet PARCOEUR 2015-2020 / Axe 3

- Proposition n°7 du rapport Charges et Produits pour 2017 de la Cnamts/ Expérimentation d'un programme pilote pour favoriser la détection et la prise en charge précoce de la BPCO

- Plan Régional Santé Travail 2016-2020 PRST3 / Objectif 6

- Plan Régional pour l'accès aux soins et à la prévention des plus vulnérables (PRAPS)

OBJECTIF 2 : MIEUX ORGANISER LA FILIÈRE D'URGENCE EN CAS D'ÉVÉNEMENT AIGU CARDIO-NEUROVASCULAIRE OU RESPIRATOIRE

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

La mort subite est un véritable enjeu de santé publique car elle représente 10% des décès annuels en France. En 2005, moins de 7% de ces patients survivaient à une mort subite extra-hospitalière dans le monde et seulement 3,4% en France. Beaucoup d'information grand public reste à faire afin d'avoir les bons réflexes au bon moment : appel au 15, connaissance des gestes qui sauvent, utilisation d'un défibrillateur externe. L'optimisation de la prise en charge des personnes victimes d'une mort subite passe par la mise en place d'un dispositif dédié et expert afin de pouvoir augmenter chaque année le nombre de personnes ressuscitées avec ou sans séquelles.

Concernant les syndromes coronariens aigus (SCA), les unités de soins intensifs cardiologiques (USIC) apportent une réponse adaptée sur quasiment l'ensemble de la région. L'optimisation de la filière d'urgence passe par deux axes prioritaires :

- le réflexe d'appel au 15 en présence de symptômes thoraciques (parfois peu caractéristiques notamment chez la femme) grâce à une meilleure sensibilisation du grand public afin de réduire le temps d'accès à la thrombolyse

- une prise en charge de même niveau sur l'ensemble des territoires (notamment en terme de taux de passage en unité spécialisée et en taux de coronarographie)

Concernant les AVC/AIT, les unités neuro-vasculaires (USINV et UNV) et leurs antennes reliées par un dispositif de télémédecine doivent couvrir d'ici fin 2018 l'ensemble des territoires de la région ne disposant pas des compétences requises. L'optimisation de la filière passe par trois axes prioritaires :

- le réflexe d'appel au 15 en cas de symptômes évoquant un AVC grâce à une meilleure sensibilisation du grand public afin de réduire le temps d'accès à la thrombolyse

- une prise en charge de même niveau sur l'ensemble des territoires (notamment en termes de taux de passage en unité neurovasculaire et de taux de thrombolyse)

- un accès à « l'hyper recours » (thrombectomie) organisé pour l'ensemble des patients de la région

Concernant les décompensations respiratoires de BPCO, il s'agit d'optimiser la filière d'urgence vers un service de réanimation ou une unité de soins intensifs.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Une filière d'urgence efficace et parfaitement maillée sur l'ensemble des territoires, en lien avec les SAMU et les transporteurs, est mise en place pour faire face aux évènements aigus cardio-neurovasculaires, de l'appel au 15 jusqu'au passage dans les plateaux techniques interventionnels et les unités spécialisées dans les meilleurs délais. Cette filière intégre une organisation spécifique permettant de diminuer significativement le nombre de décès par mort subite.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Amélioration qualité des soins et sécurité des usagers, Information/Communication, Formation, Systèmes d'information, télémédecine et e-santé

ACTEURS CONCERNÉS

Etablissements hospitaliers, SAMU, SDIS, FFC, URPS, Education Nationale, Associations de secouristes, Caisses d' assurance maladie, Mutuelles

POPULATION CONCERNÉE

Patients en situation d'urgence suite à un événement aigu cardio-neurovasculaire

ETAPES DU PARCOURS

Hospitalisation

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

Projet PARCOEUR 2015-2020 / Axe 3.3 ; Rapport Pelloux-Faure pour la formation aux gestes qui sauvent - Avril 2017

OBJECTIF 3 : MIEUX PRÉPARER ET FLUIDIFIER LA SORTIE D'HOSPITALISATION

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

La sortie d'hospitalisation et le retour à domicile (ou son orientation vers une structure) sont souvent vécus comme une rupture pour le patient et ses proches car insuffisamment préparés à l'avance.

Le lien ville-hôpital manque parfois de fluidité: professionnels de santé non prévenus à l'avance de la sortie du patient, courrier de sortie tardif, suites à donner parfois imprécises.

L'objectif est de préparer la sortie du patient le plus en amont possible en prévenant à l'avance le médecin traitant et les autres professionnels de santé; ceux-ci se coordonnant en post- sortie en faisant appel, si besoin et pour les personnes en situation complexe, à une structure d'aide à la coordination ou à des prestataires spécifiques.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Les conditions de sortie sont adaptées pour faciliter le retour à domicile du patient et le recours aux professionnels de santé. Ainsi:

- lors de toute sortie d'hospitalisation, la lettre de liaison est remise au patient lors de sa sortie et adressée au MT, si possible, par messagerie cryptée, conformément aux termes du décret n°2016-995 du 20-07-2016.

- en complément, une information concernant son hospitalisation et les conditions de sa sortie est donnée au patient en y incluant les notions d'éducation thérapeutique et d'activité physique adaptée utiles et en s'assurant de la compréhension par le patient (ou de ses proches et/ou aidants avec son aval).

- pour toute hospitalisation pour décompensation ou phénomène aigu (cardiaque, respiratoire, neurologique…), le médecin traitant est informé de la sortie du patient avant celle-ci et une coordination des professionnels de santé en post-sortie est activée soit par un dispositif de type Prado quand il existe soit par d'autres modalités.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Amélioration qualité des soins et sécurité des usagers, Information/Communication, Systèmes d'information, télémédecine et e-santé, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

Etablissements hospitaliers, SSR, Professionnels de Santé, Réseau TC-AVC, Assurance Maladie

POPULATION CONCERNÉE

Personnes en sortie d'hospitalisation intervenue dans le cadre d'une BPCO, d'un AVC, d'un SCA ou d'une poussée d'insuffisance cardiaque

ETAPES DU PARCOURS

Accompagnement et soins de ville, Hospitalisation, Institutionnalisation

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

-Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison

- Appel à projets de janvier 2017 auprès des agences régionales de santé (ARS) pour développer l'usage des messageries sécurisées de santé comme support de la lettre de liaison

OBJECTIF 4 : AMÉLIORER L'ORGANISATION DE LA FILIÈRE D'AVAL

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Les parcours des patients post SCA et post AVC ne sont pas identiques. Si le parcours de la personne après un SCA aboutit le plus souvent, après la phase de réadaptation, à un retour à domicile et à la reprise de l'activité professionnelle, celui du patient victime d'un AVC est plus complexe et diffère en fonction de l'importance des séquelles invalidantes. Ainsi, si le retour à domicile ou la reprise de l'activité peut s'envisager pour certains, ils doivent être accompagnés par des structures médico-sociales pour d'autres.

Les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque sont, dans la plupart des cas, âgées et porteuses d'autres pathologies et leur orientation s'inscrit parfois dans un cadre complexe nécessitant une coordination inter disciplinaire. Leur parcours d'aval nécessite en premier lieu une collaboration renforcée entre le médecin traitant, l'équipe de soins primaires et si possible un cardiologue référent dans le cadre d'un suivi de proximité structuré.

Pour les personnes hospitalisées suite à une exacerbation de BPCO, la réhabilitation respiratoire (si possible en centre et dans les 4 semaines) constitue un temps essentiel de la prise en charge afin d'une part, de ré entrainer le patient à l'effort et d'autre part, de transmettre au patient des compétences pour mieux gérer sa pathologie.

L'objectif est donc de pouvoir proposer à ces patients, dans les suites de leur hospitalisation, un parcours d'aval bien fléché, correspondant à leurs attentes et à leur situation clinique, et adapté à l'offre de réadaptation de proximité existante, qu'elle soit hospitalière ou ambulatoire.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Il s'agit de:

- proposer une réhabilitation en SSR (en hospitalisation complète ou de jour) ou en alternative de ville dans les trois mois suivant une hospitalisation liée à une décompensation ou un épisode aigu (AVC, BPCO, infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque). La proposition est adaptée à la situation du patient (âge, contexte de poly pathologie, hospitalisations itératives, contraintes personnelles, ...).

- avoir structuré la coordination des PS pour le suivi à domicile des patients les plus fragiles (gravité des complications, âge élevé, troubles cognitifs, dépression, handicap, précarité)

- disposer d'une offre d'éducation thérapeutique graduée et d'une offre d'activité physique adaptée de proximité

- renforcer et mailler les dispositifs de réinsertion professionnelle et les dispositifs d'accueil en établissement médico-social pour les patients victimes d'AVC avec séquelles

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Amélioration qualité des soins et sécurité des usagers, Systèmes d'information, télémédecine et e-santé, Mobilisation de la démocratie sanitaire, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

Etablissements hospitaliers, SSR, Professionnels de Santé, établissements médico-sociaux, services médico-sociaux, Réseau TC-AVC, caisses d'assurance maladie, dispositifs d'accompagnement de la réinsertion professionnelle

POPULATION CONCERNÉE

Personnes porteuses de pathologies sévères et/ou compliquées (BPCO, Insuffisance cardiaque, SCA, AVC) ayant besoin d'une réadaptation et d'un accompagnement suite à une hospitalisation

ETAPES DU PARCOURS

Accompagnement et soins de ville, Hospitalisation, Institutionnalisation

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

- Projet PARCOEUR 2015-2020 /Axe 4 et Programme BPCO 2012-2016 / Axes 4 et 5

- Prograùùe régional d'accès aux soins et à la prévention des plus vulnérables (PRAPS)

- PRST3 / objectif 6 Maintien dans l'emploi des travailleurs porteurs de maladies chroniques sévères avec ou sans séquelles

- Plan Régional Sport Santé Bien Etre et nouveau Plan National Sport Santé Bien Etre 2017

- Plan Régional Santé Environnement (PRSE3)

- Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée

- Instruction du 3 Août 2015 pour la mise en place de la consultation d'évaluation pluri professionnelle dans le parcours du patient victime d'AVC

- Arrêté du 6 décembre 2016 portant cahiers des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télé surveillance mises en œuvre sur le fondement de l'article 36 de la loi n°2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014 (insuffisance cardiaque sévère, insuffisance respiratoire sévère)

OBJECTIF 5 : DÉVELOPPER UN VOLET RECHERCHE / INNOVATION DANS LE CADRE DE L'OPTIMISATION DES PARCOURS

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

L'objectif est de développer une recherche action en santé au bénéfice des malades chroniques (parcours CNV et BPCO) dans toute sa dimension interdisciplinaire (incluant les sciences humaines, économiques et sociales):

- recherche sur les chaînes causales qui conduisent aux inégalités socio-économiques et, in fine, de santé

- recherche sur les méthodes de prévention efficaces pour réduire ces inégalités

- recherche sur la pertinence de nouveaux cadres organisationnels

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Il s'agit d'aboutir à des modèles d'innovation organisationnelle reproductibles au service de l'optimisation des parcours des patients. Ces modèles s'appuieront au besoin sur les nouvelles technologies en santé (télémédecine, outls numériques,...).

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Amélioration qualité des soins et sécurité des usagers, Surveillance et observation de la santé, Systèmes d'information, télémédecine et e-santé, Mobilisation de la démocratie sanitaire, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

Ensemble des acteurs porteurs de projets innovants

POPULATION CONCERNÉE

Personnes porteuses de facteurs de risque ou de maladie cardioneurorespiratoire

ETAPES DU PARCOURS

Accompagnement et soins de ville, Hospitalisation, Institutionnalisation, Prévention primaire, comportements, Répérage, Dépistage

ORIENTATION STRATÉGIQUE 3 : GARANTIR L'ACCÈS À LA SANTÉ POUR L'ENSEMBLE DE LA POPULATION, EN S'APPUYANT SUR LES DYNAMIQUES ISSUES DES TERRITOIRES, LES INNOVATIONS ET LE NUMÉRIQUE

OBJECTIF GÉNÉRAL 12 : LUTTER CONTRE LA DÉSERTIFICATION

PROBLÉMATIQUES PRIORITAIRES

- La région compte un nombre et une densité de professionnels de santé plus faibles que sur le territoire national. Une forte propension de spécialités et de disciplines sont concernées.
- Ces professionnels de santé sont par ailleurs répartis de façon hétérogène sur le territoire des Hauts de France, avec de forts écarts infrarégionaux entre zones rurales et unités urbaines, écarts plus marqués que sur le plan national. Ce constat s'observe à la fois pour l'offre de soins de ville que pour l'offre en court séjour en établissement de santé.
- Le profil des professionnels de santé varie selon les disciplines et spécialités que ce soit en termes de moyenne d'âges et de choix de mode d'exercice.
- Les aspirations des professionnels de santé évoluent aussi, notamment en termes de modalités d'exercice, éléments déterminants dans leur choix professionnel et de carrière.

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

1 - Accompagner les professionnels de santé tout au long de leur parcours

2 - Orienter et accompagner les jeunes vers les métiers de la santé dans les disciplines les plus en tension, quelque soient le secteur et le mode d'exercice

3 - Attirer les professionnels de santé dans les territoires et les disciplines les plus en tension

4 - Optimiser les ressources médicales et paramédicales sur les territoires

LIENS AVEC LES AUTRES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Objectif général 14 "Mettre en œuvre la révolution numérique en santé"

Objectif général 22 "Promouvoir les synergies territoriales"

OBJECTIF 1 : ACCOMPAGNER LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ TOUT AU LONG DE LEUR PARCOURS

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Pour accompagner les professionnels de santé dans leur quotidien, qu'ils soient en formation, en recherche d'installation, en exercice ou en cessation d'activité, il est essentiel qu'ils puissent bénéficier de toutes les informations utiles à leur parcours et de simplifier leurs démarches.

La mission du Correspondant Installation, interlocuteur privilégié des professionnels de santé au sein de l'ARS et véritable conseiller d'orientation pour les futurs installés, est poursuivie et amplifiée en lien avec les partenaires compétents.

Une large promotion des actions de communication régionales est assurée en partenariat avec les acteurs concernés : le Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé (PAPS), outil de référence pour l'ensemble des professionnels de santé et des partenaires et la page Facebook « du stylo au stétho » destinée plus spécifiquement aux étudiants et internes de médecine.

Une gamme de services à destination des professionnels de santé, qu'ils soient en formation, en phase d'élaboration de leur projet professionnel, en recherche d'installation, installés voire en cessation d'activité, est développée au sein des territoires, en lien avec les acteurs compétents et compte-tenu des besoins identifiés. Des services de proximité sont ainsi offerts aux professionnels de santé au travers de guichets territoriaux d'aide à l'installation (guichet unique).

L'ARS poursuit l'accompagnement des établissements de santé et des établissements sociaux et médico-sociaux dans l'amélioration des conditions de travail et de sécurité au travail, en soutenant la mise en place de contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT), qui favorisent aussi le déploiement d'une culture de prévention ; d'autres dispositifs régionaux faisant aussi écho à la Stratégie Nationale d'Amélioration de la Qualité de vie au Travail peuvent être également créés.

L'organisation ou la participation de l'ARS à des rencontres intergénérationnelles/ interprofessionnelles/ interexercice sur l'installation et les choix de carrières est valorisée ; des tutorats futurs installés/installés peuvent également être développés.

Le développement de la formation professionnelle continue, est promu en lien avec les acteurs compétents.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Les résultats attendus à 5 ans sont de plusieurs ordres : d'une part, offrir un accompagnement optimal des professionnels de santé dans leur quotidien, qu'ils soient en formation, en recherche d'installation, installés ou en cessation d'activité, à la fois à travers d'outils régionaux et aussi d'outils de proximité en fonction des besoins identifiés au sein même des territoires ; d'autre part, faciliter l'installation des étudiants, internes et professionnels de santé en recherche d'installation grâce à une présence de l'ARS à chaque moment clé de la carrière favorisant ainsi des taux de fuite hors région moindres ; de meilleures conditions de travail ainsi qu'une qualité de vie plus favorable pour les professionnels de santé installés contribuant à leur maintien en exercice, et des projets favorisant de nouvelles formes d'exercice.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Mesures d'aide à l'installation des professionnels de santé, Information/Communication, Contractualisation, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

Unions Régionales des Professionnels de Santé ; Ordres des professions de santé ; Etablissements de santé ; Facultés de médecine, d'odontologie et de pharmacie ; Ecoles de sages-femmes ; Instituts de formation ; Collectivités territoriales ; Assurance maladie

POPULATION CONCERNÉE

ETAPES DU PARCOURS

Accompagnement et soins de ville

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

Pacte Territoire Santé ; Plan d'action pour l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public ; Stratégie Nationale d'Amélioration de la Qualité de vie au Travail

OBJECTIF 2: ORIENTER ET ACCOMPAGNER LES JEUNES VERS LES MÉTIERS DE LA SANTÉ DANS LES DISCIPLINES LES PLUS EN TENSION, QUELQUE SOIENT LE SECTEUR ET LE MODE D'EXERCICE

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Informer sur les métiers de la santé et les différentes carrières existantes, prend toute son importance pour les disciplines et les secteurs en tension. En partenariat avec les lycées, des actions de promotion et de communication sont organisées.

La mise en place de dispositifs régionaux de soutien et d'accompagnement dès les études secondaires, en lien avec les acteurs compétents, offre aux lycéens, un accès facilité aux études médicales et paramédicales. Une filière d'excellence santé en lien avec les rectorats et les lycées de la région est déployée pour favoriser l'accès aux études médicales ; d'autres actions partenariales sont envisagées.

Les bourses d'études liées aux études médicales et paramédicales visant à favoriser l'installation dans les zones sous-denses et notamment le contrat d'engagement de service public sont promues ; les signataires bénéficient d'un accompagnement privilégié de l'ARS, tout au long de leur parcours et dans le choix et la mise en place de leur projet professionnel.

Pour les futurs professionnels de santé déjà engagés dans la filière médicale, la maîtrise de stage permet de découvrir des spécialités en pratique et les spécificités de chaque type d'exercice. Ces stages sont proposés en cabinet de ville, en maisons de santé pluriprofessionnelles, en centres de santé et en établissements de santé publics et privés ; ils sensibilisent aussi aux liens ville-hôpital et à la prise en charge globale du patient. Toute autre action innovante peut être envisagée.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Les résultats attendus à 5 ans sont de mieux orienter les choix de carrières médicales et paramédicales, ambulatoires ou hospitalières, dans les métiers pour lesquels le besoin en professionnels de santé est fort en région ; avoir un nombre d'étudiants intégrant les filières santé de la région plus fort pour les professions en manque d'attractivité et particulièrement pour les instituts de formation, faire tendre les quotats annuels d'élèves en formation, vers le taux maximal.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Mesures d'aide à l'installation des professionnels de santé, Information/Communication, Formation, Contractualisation, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

Facultés de médecine, d'odontologie et de pharmacie ; Ecoles de sages-femmes ; Instituts de formation ; Education nationale ; Collectivités territoriales

POPULATION CONCERNÉE

ETAPES DU PARCOURS

Accompagnement et soins de ville

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

Pacte territoire santé ; Plan d'actions pour l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public

OBJECTIF 3: ATTIRER LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DANS LES TERRITOIRES ET LES DISCIPLINES LES PLUS EN TENSION

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Pour favoriser une meilleure répartition de l'offre de soins en région, prioritairement dans les territoires, les spécialités et les disciplines en tension, proumouvoir en pratique les carrières médicales et paramédicales et créer aussi des conditions d'installation favorables répondant aux attentes des futurs professionnels de santé sont deux enjeux majeurs.

En lien avec les travaux conduits par le comité régional de l'obervatoire national des professionnels de santé (ONDPS), les spécialités en tension de la région sont identifiées que ce soit dans le champ ambulatoire au travers notamment des zonages par profession de santé définissant les zones sous denses en région, qu'à l'hôpital, notamment dans le cadre du déploiement régional de mesures d'attractivité.

Afin d'améliorer la répartition de l'offre de soins de ville en favorisant l'installation dans les zones sous-denses, l'ARS poursuit son soutien de la maîtrise de stage en priorisant la réalisation des stages dans les territoires en tension. Elle encourage le déploiement des tutorats de stage.

Elle prospecte en lien avec les partenaires compétents, les attaches territoriales antérieures et/ou futures des professionnels non installés afin d'identifier de potentiels projets d'installation que l'Agence Régionale de Santé pourra accompagner.

Elle encourage et accompagne la signature de contrats qui sécurisent et fluidifient le début de carrière et l'étape de l'installation des médecins généralistes grâce à l'offre de garanties de revenus et/ou assurantielles, dont particulièrement le praticien territorial médical de remplacement (PTMR), le praticien territorial de médecine générale (PTMG) et le praticien territorial de médecine ambulatoire (PTMA).

Elle soutient tout projet favorisant l'exercice coordonné en ville, mode d'exercice qui répond aux attentes des professionnels de santé qui ne souhaitent plus aujourd'hui exercer seuls. Elle accompagne prioritairement dans les zones identifiées sous-denses, la création d'équipes de soins primaires, de maisons de santé pluriprofessionnelles, de centres de santé et de communautés professionnelles de territoire de santé.

Elle communique également sur les aides conventionnelles des professionnels de santé et procède à la contractualisation telle que prévue par les conventions.

Concernant l'offre de soins hospitalière, l'attractivité et l'engagement pluriannuel de professionnels de santé à exercer dans des disciplines identifiées en tension localement ou nationalement peuvent être renforcés au moyen notamment du déploiement de la prime d'engagement dans la carrière hospitalière (PECH) et de la prime d'engagement réservée à certains professionnels de rééducation (orthophonistes et masseurs-kinésithérapeutes). Cette dernière peut en outre également être mise en oeuvre dans les établissements sociaux et médico-sociaux relevant de la fonction publique hospitalière.

En lien avec la faculté de médecine, l'ARS de Santé veille à une répartition équitable des terrains de stage, en proposant des terrains de stages hors centres hospitalo-universitaires tout en visant le respect de la réalisation des maquettes de DES (après mise en oeuvre de la réforme des études médicales de 3ème cycle).

Compte-tenu de la réforme du 3ème cycle des études médicales, elle poursuit son action sur le post internat en proposant et participant au financement de postes d'assistants spécialistes à temps partagé et engage une réflexion de conduite d'actions complémentaires.

Le déploiement des Groupements Hospitaliers de Territoires permet une dynamique de création d'équipes médicales de territoire, dont la mise en place peut être facilitée grâce à la prime d'exercice territorial ; la création de telles équipes permet aux praticiens de ne pas être isolés au sein d'un établissement, de faciliter l'organisation de la permanence des soins, de rendre éventuellement possible, si cela n'était pas le cas, l'accès à un plateau technique plus complexe ; elle peut ainsi répondre aux aspirations de certains professionnels en matière d'organisation du travail et permettre un maintien, pour la population, de l'accès à certaines spécialités.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

La priorisation et la concentration des accompagnements sur les territoires et les disciplines identifiées en tension renforcent les effets leviers et concourrent à améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé, leur qualité de vie et la prise en charge de la population, permettant de rendre plus attractif le territoire.

Particulièrement pour les zones ambulatoires sous-denses, le maintien en exercice et l'installation des professionnels de santé est favorisée. Une stabilité voire une amélioration de la démographie médicale et paramédicale dans les territoires identifiés sous-denses peut être observée, faisant ainsi évoluer favorablement la répartition de l'offre de soins globale en région et l'accès aux soins de la population.

Concernant l'offre de soins en établissement de santé, les postes de praticiens hospitaliers vacants dans les disciplines identifiées en tension diminuent et l'activité se maintient.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Mesures d'aide à l'installation des professionnels de santé, Information/Communication, Formation, Contractualisation, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

Facultés de médecine, d'odontologie et de pharmacie ; Ecole de sages-femmes ; Instituts de formation ; Ordre des professions de santé ; Unions Régionales des Professionnels de Santé ; Etablissements de santé ; Assurance maladie ; Collectivités territoriales

ETAPES DU PARCOURS

Accompagnement et soins de ville

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

Pacte territoire santé ; Plan d'actions pour l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public

OBJECTIF 4: OPTIMISER LES RESSOURCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES SUR LES TERRITOIRES

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Afin de favoriser l'accès aux soins notamment dans des territoires isolés et identifiés en tension, une attention particulière est portée sur toute action optimisant l'utilisation des ressources médicales et paramédicales.

La coopération entre professionnels de santé est favorisée grâce à la promotion et l'accompagnement des transferts de compétences entre professionnels de santé, au travers de la mise en place de protocoles de coopérations.

Le développement de la télémédecine est soutenu.

Le déploiement de consultations avancées de 1er et 2nd recours en cabinet de ville, par des professionnels de santé libéraux et des praticiens hospitaliers est valorisé.

La création d'équipes médicales de territoire déployées par les établissements de santé au sein des Groupements Hospitaliers de Territoire est encouragée au travers de la prime d'exercice territorial (PET).

Tout dispositif innovant en faveur de l'accès aux soins et porté par les professionnels de santé libéraux d'un territoire peut faire l'objet d'un accompagnement de l'ARS.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

L'accès aux soins est améliorée particulièrement dans les territoires isolés et identifiés en tension en termes de démographie médicale et paramédicale. La prise en charge des patients est optimisée grâce à des consultations délocalisées au plus près de la population, des délais de rendez-vous plus courts, un accès plus rapide à un avis spécialisé.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Mesures d'aide à l'installation des professionnels de santé, Amélioration qualité des soins et sécurité des usagers, Information/Communication, Systèmes d'information, télémédecine et e-santé, Contractualisation, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

Unions régionales des professionnels de santé ; Ordre des professions de santé, Etablissements de santé ; Collectivités territoriales

ETAPES DU PARCOURS

Accompagnement et soins de ville, Hospitalisation

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

Pacte territoire santé ; Plan d'actions pour l'attraction de l'exercice médical à l'hôpital public

OBJECTIF GÉNÉRAL 13 : AMÉLIORER L'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS DES PERSONNES LES PLUS DÉMUNIES

Cet objectif général a été concerté et développé en synergie avec les autres priorités du SRS. Il s'inscrit dans la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

Il se décline au travers des 4 objectifs opérationnels suivants :

- Adapter les stratégies de prévention et de promotion de la santé aux populations les plus démunies
- Amener les personnes en situation de précarité à s'engager dans une démarche de santé
- Structurer une offre spécifique «passerelle » vers le droit commun sur les territoires pour les personnes les plus démunies
- Améliorer la coordination des acteurs et des interventions des professionnels

La description des objectifs opérationnels et des problématiques de cet objectif général est dans le document relatif au programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies 2018-2023.

OBJECTIF GÉNÉRAL 14 : METTRE EN OEUVRE LA RÉVOLUTION NUMÉRIQUE EN SANTÉ

PROBLÉMATIQUES PRIORITAIRES

- Une coopération insuffisante entre offreurs de soins et avec le patient

  Prise en charge coordonnée versus prise en charge individuelle/mono-structure

  Une prise en charge avec peu de partage et d'échange d'informations entre les différents acteurs sanitaires et MS

  Accès direct méconnu ou peu facile, par le patient, aux données de son dossier médical

- Une offre de soins insuffisante dans certains territoires

  Le recours à une expertise entre confrères et les consultations de spécialités sont insuffisantes dans les zones sous dotées. Ces constats induisent, pour les patients et les professionnels, de trop nombreux déplacements générant pour les uns de l'inconfort voire du refus de soins et pour les autres des difficultés d'organisation du temps médical.

- Un manque de visibilité du patient sur son propre parcours

  Insuffisance d'informations entre les différents partenaires pour accompagner les évolutions du parcours de santé du patient. Ce dernier a peu de visibilité sur son propre parcours et sur des actions qu'il pourrait entreprendre au bénéfice de sa santé

- Une méconnaissance du patient, voire des professionnels, des dispositifs permettant de suivre, de manière autonome, ses propres indicateurs de santé

  Les patients voire les professionnels sont peu informés des dispositifs permettant aux patients d'être plus autonomes : les programmes d'éducation thérapeutique, l'arrivée de nouvelles générations d'objets connectés, ou encore les services de télésuivi permettant le maintien du patient à son domicile ou un retour à domicile plus rapide en cas d'hospitalisation.

- Une insuffisance, voire une absence, d'évaluation des dispositifs d'e-Santé déployés

  C'est souvent par absences de données recueillies, aussi bien médicales que médico-économiques, que les expérimentations menées en région n'ont pas fait l'objet d'une évaluation qui permettent d'en apprécier l'efficience.

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

1 - Accompagner la numérisation du secteur de la santé et développer les dispositifs sécurisés de partage, d'échange d'informations médicales et administratives et qu'ils soient accessibles par tous les professionnels de santé

2 - Développer la télémédecine pour enrichir l'offre de soins dans les zones les moins favorisées et diminuer les délais de prise en charge

3 - Outiller les parcours (établissements, secteur ambulatoire) en déployant des applications numériques pour faciliter les prises de rendez-vous et leur rappel, la coordinnation entre acteurs, la préparation des hospitalisations, la communication par messagerie, le renouvellement d'ordonnance, les relations administratives, le suivi à domicile post-opératoire, etc,

4 - Développer les dispositifs numériques innovants pour favoriser les actions de prévention (ex : objets connectés, télésuivi, …) et faciliter certaines prises en charge sur le lieu de vie (ex : télésurveillance dans le cadre d'une HAD).

5 - Déployer des dispositifs de collecte et de traitement des données de santé (Entrepôts de données, « big-data », …) afin de favoriser les évaluations des projets/expérimentations de manières qualitative, quantitative et économique pour décider des suites à donner (généralisation vs arrêt de l'expérimentation)

LIENS AVEC LES AUTRES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Objectifs généraux et opérationnels faisant une référence directe aux leviers "Système d'Information, télémédecine et e-santé"

Objectif général 4 "Cibler les Femmes-Mères-Enfants les plus vulnérables"

- Objectif 2 : Structurer les parcours de santé des femmes en les adaptant aux facteurs de risques pouvant avoir un impact négatif sur la santé de la femme en pré-per et post-partum ou de son enfant.

Objectif général 5 "Accompagner le vieillissement et soutenir les aidants"

- Objectif 1 : Prévenir et repérer la perte d'autonomie
- Objectif 4 : Améliorer l'articulation des dispositifs et acteurs sur les territoires

Objectif général 6 "Développer les parcours de vie sans rupture pour les personnes souffrant de handicap"

- Objectif 1 : Déployer sur les cinq départements de la région la démarche Réponse Accompagnée Pour Tous

Objectif général 8 "Réduire les inégalités sociales et territoriales liées aux cancers"

- Objectif 3 : Faciliter l'accès aux progrès et aux innovations thérapeutiques en cancérologie
- Objectif 5 : Optimiser le pilotage et les organisations régionales

Objectif général 9 "Favoriser le parcours de vie en santé mentale en veillant à limiter les hospitalisations"

- Objectif 1 : Repérer et prendre en charge précocement qualité du recueil des données via le PMSI et les RPU (résumé de passage aux urgences) est améliorée ment le risque suicidaire
- Objectif 3 : Coordonner les démarches de soins et d'accompagnement social et médico-social

Objectif général 11 "Optimiser le parcours des patients atteints de maladies cardio-neurovasculaires ou respiratoires sévères"

- Objectif 2 : Mieux organiser la filière d'urgence en cas d'événement aigu cardio-neurovasculaire
- Objectif 3 : Mieux préparer et fluidifier la sortie d'hospitalisation

Objectif général 12 "Lutter contre la désertification des professionnels de santé"

- Objectif 4: Optimiser les ressources médicales et paramédicales sur les territoires

Objectif général 15 "Garantir l'accès aux urgences, à l'imagerie médicale, aux soins critiques et palliatifs"

- Objectif 1 : Développer les outils de coopération et de mise en lien des acteurs de l'aide médicale urgente et de l'ensemble de l'offre de soins afin d'améliorer l'accès aux soins urgents et optimiser les organisations et les ressources
- Objectif 4 : Développer les prises en charge de proximité en soins palliatifs

- Objectif 5 : Maintenir les efforts de maillage territorial en imagerie médicale, en tenant compte de l'efficience des plateaux techniques, des impératifs de permanence des soins, des innovations techniques et thérapeutiques.

Objectif général 20 "Assurer la veille et la sécurité sanitaire"

- Objectif 3 : Poursuivre la démarche « qualité-sécurité » de la prise en charge médicamenteuse du patient dans son parcours de soins

Objectif général 22 "Promouvoir les synergies territoriales"

- Objectif 2 "Dispositif territorial": Soutenir une organisation des soins de ville adaptée à chaque territoire et à chaque patient en accompagnant le déploiement des nouvelles formes de coordination des professionnels de santé

OBJECTIF 1 : ACCOMPAGNER LA NUMÉRISATION DU SECTEUR DE LA SANTÉ ET DÉVELOPPER LES DISPOSITIFS SÉCURISÉS DE PARTAGE, D'ÉCHANGE D'INFORMATIONS MÉDICALES ET ADMINISTRATIVES

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Il s'agit d'un préalable au déploiement du numérique au sein du secteur de la santé. Nous constatons des disparités importantes de maturité en termes de SI de santé chez les différents acteurs qui concourent à la prise en charge, aussi bien dans le sanitaire que dans le médico-social. Il est nécessaire de s'assurer avant le déploiement des dispositifs numériques de coordinnation que les acteurs concernés soit "numériquement" à niveau.

A l'instar d'Hôpital Numérique pour ce qui est des programmes nationaux, ou de l'équipement des réseaux de soins pour ce qui est de nos initiatives régionales, il s'agira de relayer activement les prochains programmes nationaux (e-hôp-2.0, e-parcours, ...) et dans certains cas d'accompagner, avec nos marges régionales, l'évolution en maturité de certains acteurs, sous peine de créer au sein du secteur de la santé une fracture numérique, facheuse à la prise en charge coordonnée.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

De manière générale, il s'agit d'avoir le moins d'acteurs possibles en rupture avec l'utilisation du numérique dans le cadre de la prise en charge du patient.

100% des établissements sanitaires ont atteint les prérequis d'Hôpital Numérique et respectent notamment le cadre d'interopérabilité

100% des SI des GHT convergés

100% des MSP ayant reçu un financement de l'ARS respectent les recommandations de l'ASIP en matière de SI

Une majorité d'ESMS sont équipés de SI interopérables

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Systèmes d'information, télémédecine et e-santé, Contractualisation

ACTEURS CONCERNÉS

Tous les acteurs du sanitaire et du médico-social, en fonction de leur niveau de maturité numérique

POPULATION CONCERNÉE

Pas de sélection

ETAPES DU PARCOURS

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

Hôpital Numérique

E-Hôp-2.0

OBJECTIF 2 : DÉVELOPPER LA TÉLÉMÉDECINE POUR ENRICHIR L'OFFRE DE SOINS DANS LES ZONES LES MOINS FAVORISÉES ET DIMINUER LES DÉLAIS DE PRISE EN CHARGE

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

L'ARS Hauts de France est de longue date engagée dans des expérimentations de télémédecine dans le cadre de programmes nationaux et d'initiatives régionales.

Il s'agit dans les prochaines années de dépasser le stade des expérimentations afin de généraliser, et de manière encadrée, cette pratique médicale, aussi bien en mode programmé que lors de prise en charge en urgence.

Le déploiement de la télémédecine doit s'effectuer aussi bien en établissements que sur le secteur ambulatoire, sur le champ sanitaire et sur le champ médico-social.

Le développement de la télémédecine passe aussi par la formation des acteurs aussi bien dans les cursus initiaux que dans la formation continue.

Il est à noter que la généralisation de certaines activités de télémédecine, dans le cadre actuel du paiement des actes de télémédecine, pourrait impacter notre marge régionale. Il est souhaitable que dans les 5 prochaines années, l'inscription des actes de télémédecine à la NGAP soit effective.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Il s'agit pour les patients d'avoir une offre lisible et prendre un rendez-vous pour une consultation à distance de spécialiste dans un lieu d'exercice regroupé ou dans un Centre Hospitalier et/ou Hôpital local à proximité de leur domicile.

Il s'agit pour les médecins ou pour des professionels paramédicaux dans le cadre de protocole de coopération, de pouvoir demander une expertise à un médecin spécialiste sur des spécialités qui auront préalablement été choisies.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Systèmes d'information, télémédecine et e-santé

ACTEURS CONCERNÉS

Professionnels de santé médicaux et paramédicaux (salariés et libéraux)

Chefs d'établissements

POPULATION CONCERNÉE

Femmes Mères Enfants ; Personnes agées ; Patients atteints de maladie chronique : obésité, IRC, Cardioneurovasculaire, respiratoire ; Patients pris en charge en psychiatrie ; Patient en zones fragiles ; Prise en charge radiologique ; Détenus

ETAPES DU PARCOURS

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

Article 36 - ETAPES

Santé détenus

Pacte Territoire Santé

OBJECTIF 3 OUTILLER LES PARCOURS EN DÉPLOYANT DES APPLICATIONS NUMÉRIQUES

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Il s'agit de développer des outils polyvalents regroupés sur des plates-formes de services mutualisés accessibles par :

- tous les professionnels quelque soit leur lieu d'exercice et en mobilité,
- les patients, pour les services qui les concernent sur leurs lieux de vie et en mobilité

Le développement de ces dispositifs doit intégrer les niveaux d'habilitation idoines afin de préserver la confidentialité des informations personnelles et des informations médicales nominatives du patient (Cf. Cadre d'Interopérabilité des Systèmes d'Information de Santé (CI-SIS)).

La réussite de cet objectif, en considérant que les parcours aient l'adhésion des professionnels de santé, passe par une intégration de ces dispositifs numériques dans les SI existants (SIH, LGC, ...), un modèle économique acceptable et un accompagnement des futurs utilisateurs de ces dispositifs numériques.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Tous les parcours déployés ont développé les usages de services numériques afin de faciliter la coordination, avec une ouverture entre les établissements et l'ambulatoire, et tous les professionnels concernés sont formés à l'utilsation de ces services.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Systèmes d'information, télémédecine et e-santé

ACTEURS CONCERNÉS

Professionnels du Sanitaire, Médico-social, de la prévention

Patients et aidants

POPULATION CONCERNÉE

Patients qualifiés de "cas complexes"

ETAPES DU PARCOURS

Accompagnement et soins de ville, Hospitalisation, Prévention primaire, comportements, Répérage, Dépistage

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

Services Numériques d'Appui à la Coordination (SNACs)

OBJECTIF 4 : DÉVELOPPER LES DISPOSITIFS NUMÉRIQUES INNOVANTS POUR FAVORISER LES ACTIONS DE PRÉVENTIONS ET FACILITER CERTAINES PRISES EN CHARGE SUR LE LIEU DE VIE

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Ces dernières années, l'ARS lancé des expérimentations, voire des activités opérationnelles en télémédecine essentiellement en téléconsultation et en téléexpertise intégrant des dimensions organisationnelle et technique. Il s'agit dans les 5 années à venir de développer des activités de télésurveillance et de télésuivi. L'innovation doit être aussi bien dans les dispositifs numériques que dans les organisations de professionnels, médicaux et paraamédicaux, nécessaires à la réalisation de ces activités.

Contrairement aux activités de téléconsultation et téléexpertise qui se sont développées dans les établissements et les lieux d'exercice des professionnels, les activités de télésurveillance et de télésuivi ont vocation à se développer à domicile et plus généralement sur le lieu de vie des patients. En plus de concourir à une meilleure prise en charge des soins pour le patient, ces dispositifs doivent permettre d'étendre l'utilisation de dispositifs numériques à des actions de prévention et d'amélioration du comportement dans la vie quotidienne des patients.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Il s'agit de développer les premières expérimentations de télésurveillance permettant aux patients atteints de maladie chronique ou de retour à domicile après une hospitalisation, d'être suivis en permanence par des professionnels dûment habilités. Nous partons d'une page blanche aujourd'hui, il s'agit dans les 5 années à venir de procéder aux évaluations des expérimentations lancées afin d'en juger la pertinence sur les dimensions soins et prévention.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Systèmes d'information, télémédecine et e-santé

ACTEURS CONCERNÉS

Professionnels de santé du secteur ambulatoire et des établissements sanitaires

POPULATION CONCERNÉE

Patient en maintien sur leur lieu de vie

ETAPES DU PARCOURS

Accompagnement et soins de ville, Prévention primaire, comportements

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

ETAPES (Art 36)

OBJECTIF 5 : DÉPLOYER DES DISPOSITIFS DE COLLECTE ET DE TRAITEMENT DES DONNÉES DE SANTÉ

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Les bilans et évaluations des usages des dispositifs numériques aux services du système de santé sont essentiels pour juger de leurs impacts et de leurs pertinences. Pour mener à bien ces actions, a posteriori, il est nécessaire que la collecte de l'information se fasse pendant l'activité des professionnels de santé, et sans ajouter de temps de saisie. De même l'intégration des données collectées par des capteurs (objets connectés) au sein des dispositifs numériques doit se faire de manière automatique et nécessitera le développement de systèmes en capacité de traiter des volumes important de données (big data).

Il faut donc dans la conception des dispositifs intégrer la réflexion sur les indicateurs de suivi et ensuite mettre en place des dispositifs qui permettent la collecte et le traitement des données. Une attention toute particulière sera portée à l'attribution des habilitations aux professionnels de santé concernés et à l'anonymisation des données de santé extraites des différents systèmes numériques déployés sur notre région.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Il s'agit d'avoir, pour toutes les expérimentations et activité opérationnelles utilisant des dispositifs numériques, l'accès à des "entrepôts de données" permettant d'extraire ces données à des fins d'analyse. Pour ce faire, il est nécessaire de mettre à disposition une interface (outils d'interrogation) d'accès aux données pour les professionnels de santé concernés qui auront été préalablement formés.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Systèmes d'information, télémédecine et e-santé, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

Porteurs de projets, professionnels ayant participé aux expérimentations et/ou aux activités opérationnelles, institutionnels

POPULATION CONCERNÉE

Tout patient ayant été pris en charge par des professionnels utilisant des dispositifs numériques

ETAPES DU PARCOURS

Accompagnement et soins de ville, Prévention primaire, comportements

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

SNDS

OBJECTIF GÉNÉRAL 15 : GARANTIR L'ACCÈS AUX URGENCES, À L'IMAGERIE MÉDICALE, AUX SOINS CRITIQUES ET PALLIATIFS

PROBLÉMATIQUES PRIORITAIRES

URGENCES:

Les dispositifs de l'aide médicale urgente sont à la charnière de nombreux parcours de santé des patients. Le passage aux urgences traduit parfois l'existence d'un point de rupture sur ces parcours. Parallèlement à l'augmentation importante de l'activité « tous parcours confondus », le contexte de spécialisation et « d'acutisation » de certaines filières (filière de traumatologie, prise en charge des AVC, des infarctus du myocarde, etc.) entraîne une augmentation de la demande en « disponibilité simultanée ». Ces deux mouvements, augmentation de la demande en volume et en « disponibilité simultanée », au regard de l'enjeu démographique de la profession, nécessitent aujourd'hui de prioriser le renforcement des outils de coopération et des liens existants entre acteurs de l'urgence mais aussi acteurs de l'ensemble de l'offre de soins.

La démographie des urgentistes se caractérise par des tensions sur cette spécialité: problématique traitée dans le cadre de l'objectif général 12 "Lutter contre la désertification des professionnels de santé" d'un point de vue global sur les ressources médicales.

SOINS CRITIQUES:

La filière des soins critiques est hétérogène, accueillant des patients dont l'état de santé oscille entre un état plus ou moins grave (de la réanimation à l'USC) pour des défaillances d'organes plus ou moins spécifiques (de la défaillance multi-organe en réanimation à la défaillance spécifique d'organe en USIC-USI). Expertiser et articuler la filière des soins critiques revient à étudier le parcours des patients sur les 5 lieux d'exercice suivants :

- Les services de réanimation,
- les unités de surveillance continue (USC) adossée à une réanimation,
- les unités de surveillance continue (USC) non adossée à une réanimation,
- les unités de soins Intensifs (USI),
- les unités de soins Intensifs en cardiologie (USIC).

Le caractère multiforme de la filière de soins est une force (graduation des soins) et une faiblesse (nécessité d'adapter en continue le parcours de soins). Les acteurs de santé ont donc l'obligation de travailler ensemble et mieux travailler ensemble, c'est d'abord mieux se connaitre dans son fonctionnement local et dans son implication territoriale voire extra-territoriale. L'objectif opérationnel prioritaire est de fluidifier le parcours complexe du patient dans sa demande de soins dans un contexte d'offre de soins parfois hyperspécialisés.

La fragilité de l'état de santé des patients, la complexité des soins, la nécessaire coordination des équipes soignantes sous-entendent une politique de qualité des soins communes à des structures diverses mais mobilisées sur des thématiques fédératrices : gestion de la douleur, gestion de la fin de vie, lutte contre les infections associées aux soins sans oublier les modalités de la communication inter professionnelle dans et en dehors des services.

SOINS PALLIATIFS:

Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire, qui visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance physique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage. Ils reposent sur une prise en charge globale et singulière des patients atteints d'une maladie évolutive grave mettant en jeu le pronostic vital ou en phase avancée et terminale. L'organisation des soins palliatifs s'articule autour d'une prise en charge graduée en institution ou à domicile. L'évaluation des programmes nationaux de développement des soins palliatifs précédents concluait au déploiement de la prise en charge hospitalière mais mettait l'accent sur l'existence d'inégalités territoriales d'accès aux soins palliatifs et sur les insuffisances des soins palliatifs à domicile. Ainsi, développer les prises en charge en proximité en favorisant les soins palliatifs à domicile et réduire les inégalités d'accès aux soins palliatifs sont les axes du quatrième plan national pour lesquels une déclinaison régionale est attendue.

Par ailleurs, la Loi Claeys-Léonetti implique d'accompagner les professionnels de santé et les professionnels médico-sociaux dans la rédaction des directives anticipées et les réflexions éthiques mais également de sensibiliser les professionnels, les patients et leurs proches sur les conditions de réalisation de la sédation profonde et de cadrer les pratiques. Enfin, la Loi vieillissement ainsi que les études nationales incitent à prioriser la prise en charge palliative dans les EHPAD et plus largement dans les établissements médico-sociaux.

IMAGERIE MEDICALE:

L'offre actuelle en EML assure aujourd'hui un maillage territorial globalement complet (après un net rattrapage sur la durée du PRS 2012-2017), mais une activité hétérogène selon les appareils et les territoires est constatée, avec un effort de progression quantitative et qualitative de l'offre à maintenir mais de manière mesurée ;

Des données quantitatives et qualitatives sur l'activité des appareils, les délais d'attente et les zones en tension (pour différents motifs: ressources humaines, équipement à renforcer, coopérations locales insuffisamment développées, etc.) sont à recueillir et objectiver;

L'effectivité du fonctionnement en PDS est variable, par zone, avec des difficultés structurelles ou conjoncturelles pour en garantir la pérennité et la qualité ;

Le développement de l'imagerie interventionnelle est peu documenté, comme plus globalement les impacts des innovations technologiques et thérapeutiques sur l'utilisation des équipements et leurs évolutions, en tenant compte des compétences des radiologues et manipulateurs en radiologie.

Devant l'accroissement de l'activité des différents équipements, en particulier pour l'imagerie en coupe (progression des forfaits techniques en scanner de 7,3% entre 2014 et 2016, de 12% pour les IRM), un regard particulier sera nécessaire pour comprendre et caractériser ce phénomène.

PDSES:

La PDSES constitue, réglementairement, un volet du schéma régional de santé. Les éléments annexés au présent schéma reprennent les deux volets PDSES des SROS antérieurs, à l'exception de quelques modifications consécutives aux modifications de l'offre de soins intervenues dans les mois précédant la publication du PRS. En effet, l'élaboration d'un nouveau volet doit intégrer la nécessaire harmonisation des lignes de gardes et astreintes déterminées avant la réforme territoriale, les orientations de révision de PDS inscrites dans les projets médicaux partagés des GHT(enjeux liés à la structuration des filières de soins du secteur public et de la gradation des soins) et d'éventuelles consolidations ou nouvelles coopérations entre GHT et partenaires privés, l'évolution récente et pressentie de l'offre impactant la PDSES, et le lien nécessaire avec le zonage des activités de soins et des EML.

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

URGENCES:

Développer les outils de coopération et de mise en lien des acteurs de l'aide médicale urgente et de l'ensemble de l'offre de soins afin d'améliorer l'accès aux soins urgents, optimiser les organisations et les ressources, et permettre la juste utilisation de la filière des soins urgents en particulier pour des parcours de soins spécifiques.

SOINS CRITIQUES :

1. Harmoniser une stratégie régionale de qualité des soins dans toutes les unités de la filière des soins critiques, à partir d'une meilleure connaissance des pratiques et des organisations dans les territoires.
2. Fluidifier les circuits des patients de la filière des soins critiques, en optimisant les séjours de l'admission à la sortie.

SOINS PALLIATIFS:

Développer les prises en charge de proximité en soins palliatifs.

IMAGERIE MEDICALE:

Maintenir les efforts de maillage territorial en imagerie médicale, en tenant compte de l'efficience des plateaux techniques, des impératifs de permanence des soins, des innovations techniques et thérapeutiques.

LIENS AVEC LES AUTRES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

OBJECTIF 1 : DÉVELOPPER LES OUTILS DE COOPÉRATION ET DE MISE EN LIEN DES ACTEURS DE L'AIDE MÉDICALE URGENTE ET DE L'ENSEMBLE DE L'OFFRE DE SOINS AFIN D'AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS URGENTS ET OPTIMISER LES ORGANISATIONS ET LES RESSOURCES

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

La mise en œuvre de l'objectif portera notamment sur:

La régulation médicale : il s'agit de renforcer le rôle pivot de la régulation médicale de l'aide médicale urgente et des soins non programmés afin d'éviter les ruptures de parcours (par exemple, régulation des transferts in utero et périnatals, renforcement de la régulation des soins non programmés hors période de permanence des soins à étudier) ; s'appuyer sur les enjeux de la santé connectée afin de mettre la régulation médicale au cœur des prises en charge en urgence ; promouvoir les dispositifs de télémédecine afin d'organiser la prise en charge des patients en amont des urgences (ex : en particulier pour les personnes âgées en situation de fragilité : télé consultation en urgence pour les résidents d'EHPAD) ; utiliser et mettre à jour les outils d'amélioration de la connaissance des activités et des ressources (Observatoire Régional des Urgences, Répertoire Opérationnel des Ressources, registre HéliSMUR) pour participer à la fluidité des parcours (parcours des personnes âgées, parcours de prise en charge des urgences chirurgicales pédiatriques, parcours des personnes obèses etc) ;

L'accès aux soins urgents : renforcer la coordination des héliSMUR et le maillage des hélistations de la région ; déployer les transports infirmiers inter hospitaliers ; améliorer les possibilités d'orientation des patients en aval de la régulation ou des urgences (en attente de travaux nationaux sur l'accueil et le transport de patients vers des structures d'accueil de soins non programmés).

Ces objectifs s'inscrivent dans un contexte rénové de formation initiale –mise en place du diplôme d'études spécialisées de médecine d'urgence – et de formation continue –réaffirmation du rôle des CESU, place de la simulation en situation d'urgences, développement de l'éducation du patient et de l'information sur la juste utilisation de la filière des soins urgents, de la consultation non programmée à l'urgence vitale.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

La régulation des transferts in utero, périnatals et pédiatriques dans les deux SAMU sièges de SMUR pédiatrique doit être mise en place ou renforcée.

Le dispositif de téléconsultation en urgence en EHPAD, et le cas échéant, d'autres dispositifs spécifiques destinés à améliorer l'accueil des personnes âgées vulnérables aux urgences doivent être déployées.

Le maillage des hélistations de la région, au sein des établissements de santé et hors établissements de santé (ex : stades) doit être renforcé.

Le ROR par filières requérant des ressources rares doit être mis à jour et utilisé par les acteurs de l'aide médicale urgente ;

Les modes de prise en charge des soins non programmés en période et hors période de permanence des soins doivent être diversifiés, en lien avec le cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoire ;

Le déploiement de transports infirmiers inter hospitaliers structurés doit être suivi et évalué.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Investissements immobiliers et équipements, Amélioration qualité des soins et sécurité des usagers, Information/ Communication, Formation, Systèmes d'information, télémédecine et e-santé, Contractualisation, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

Professionnels de santé, établissements de santé.

POPULATION CONCERNÉE

Ensemble de la population régionale.

ETAPES DU PARCOURS

Accompagnement et soins de ville, Hospitalisation

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

OBJECTIF 2 : HARMONISER UNE STRATÉGIE RÉGIONALE DE QUALITÉ DES SOINS DANS TOUTES LES UNITÉS DE LA FILIÈRE DES SOINS CRITIQUES, À PARTIR D'UNE MEILLEURE CONNAISSANCE DES PRATIQUES ET DES ORGANISATIONS DANS LES TERRITOIRES

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Si les USC et les réanimations interviennent au service de patients présentant ou étant susceptibles de présenter des défaillances multi-organes, l'USIC, à contrario, est l'archétype de l'unité de soins critiques dédiée à la prise en charge d'une pathologie spécifique avec une défaillance mono-organe.

Même s'il existe une réglementation qui précise le profil des patients qui doivent être admis en réanimation, dans une USC adossée ou non à une réanimation, il n'existe pas une typologie spécifique quant à l'âge, la gravité, les co-morbidités,… des patients, ces critères impactant significativement les modalités de prise en charge et la charge en soins, les durées de séjour et le devenir des patients.

Pour les USIC, la problématique est la même mais s'exprime surtout par une graduation de fait des soins selon que l'USIC dispose ou non, au sein même de l'établissement, d'un plateau technique interventionnel disponible 24h/24.

Améliorer les conditions d'accès du patient, selon la criticité de son état et/ou du fait de ses besoins immédiats en soins interventionnels, passe par une meilleure connaissance de la filière à travers l'élaboration d'un référentiel régional par les professionnels de santé impliqués à toutes les étapes de la prise en charge globale.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Il s'agit de mettre à disposition auprès de chaque équipe une référence régionale permettant aux unités de se positionner dans leur zone d'influence, d'améliorer le dialogue entre les différentes unités de la filière des soins critiques, et de définir un socle commun sur ce qui serait une politique de qualité des soins en mesure d'être déployée dans toute la filière des soins critiques.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Surveillance et observation de la santé, Contractualisation, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

- Réanimation (les patients les plus critiques) : une offre de soins limitée…
- Les USIC avec plateau technique de cardiologie interventionnelle disponible sur place.
- Les USC autonomes non adossées à une réanimation : une nécessaire graduation des soins avec la réanimation de proximité…
- Les USIC sans plateau technique de cardiologie interventionnelle sur place : organiser au mieux le parcours de soins dans le sens de l'aller et du retour …

POPULATION CONCERNÉE

Patients relevant de défaillances multi-organes ; Patients relevant d'une défaillance plus spécifique d'un organe.

ETAPES DU PARCOURS

Hospitalisation

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

Parcours Parcoeur (mesure 14.3) ; Plan national de lutte contre l'antibio résistance

OBJECTIF 3 : FLUIDIFIER LES CIRCUITS DES PATIENTS DE LA FILIÈRE DES SOINS CRITIQUES, EN OPTIMISANT LE SÉJOUR DE L'ADMISSION À LA SORTIE

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Qu'un patient relève d'une défaillance spécifique d'organe (USIC-USI) ou d'une défaillance multi-organe (Réanimation-USC), la problématique est la même et peut se résumer par la question suivante : comment mieux organiser le parcours du patient entre les unités des soins critiques selon les besoins exigés par l'état de santé du patient au temps T ?

L'optimisation du séjour d'un patient inclut :

- les conditions d'accueil : lits disponibles pour des soins urgents non programmés au départ des SAU, suivi du devenir du patient refusé initialement faute de place,
- le déroulement de l'hospitalisation qui intègre le volet qualité des soins (cf. objectif opérationnel précédent),
- la sortie du patient dans la structure la mieux adaptée et dans les meilleurs délais : population protéiforme en lien avec la typologie des patients et les besoins persistants en soins spécifiques ou non spécifiques : insuffisance cardiaque, prise en compte des co-morbidités, séquelles neurologiques, soins en lien avec la ré-autonomisation des patients.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Le travail avec les professionnels et les dispositifs d'amont et d'aval doit permettre de mieux cerner les contours de l'objectif commun : « le bon patient au bon endroit au temps T ». En outre, le dialogue entre les différentes unités de la filière des soins critiques doit être amélioré, et les acteurs doivent disposer d'indicateurs simples et fiables permettant d'évaluer le fonctionnement et la fluidité de la filière de soins critiques.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Surveillance et observation de la santé, Contractualisation, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

Les acteurs de la filière exerçant dans l'une ou l'autre des unités suivantes:

- Réanimation (les patients les plus critiques) : une offre de soins limitée
- Les USC autonomes non adossées à une réanimation : une nécessaire graduation des soins avec la réanimation de proximité.
- Les acteurs des filières d'aval en dehors de la filière des soins critiques : services MCO, SSR polyvalent et SSR spécialisés y compris les SSR spécialisés dans les problématiques spécifiques de ré-autonomisation des patients de réanimation.
- Patients admis dans la filière de soins critiques et relevant d'un plateau technique spécialisé (réanimation, cardiologie interventionnelle).

POPULATION CONCERNÉE

- Patients relevant de défaillances multi-organes
- Patients relevant d'une défaillance plus spécifique d'un organe.

ETAPES DU PARCOURS

Hospitalisation

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

mesure 14.2 du parcours PARCOEUR

OBJECTIF 4 : DÉVELOPPER LES PRISES EN CHARGE DE PROXIMITÉ EN SOINS PALLIATIFS

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

La région Hauts-de-France présente une offre de soins palliatifs relativement dense organisée autour de 34 EMSP, 2 ERRSPP, 31 USP, et 488 LISP. Des disparités territoriales sont néanmoins constatées avec des ratios oscillant entre 6 lits et 37 lits pour 1000 décès selon la zone d'activité de soins. Par ailleurs, on constate que les LISP présentent des conditions de fonctionnement contrastées et que le dimensionnement et les modalités d'interventions des EMSP sont différents. Enfin, des études nationales pointent que certaines USP ne répondent pas toujours aux missions de prises en charges complexes qui leur sont confiées. Ces constats impliquent un réajustement de l'offre de soins palliatifs au regard des besoins et des évaluations avec une priorisation des territoires les moins dotés. Une harmonisation des dispositifs de prises en charge accompagnée d'une démarche d'évaluation doit également être menée.

La densité de l'offre de soins ainsi que les nombreux intervenants du domicile génèrent des difficultés d'orientation et d'articulation des dispositifs de prise en charge. Il apparait également que les équipes du domicile sont peu formées et souvent dépourvues face aux situations palliatives. Enfin, des difficultés sont recensées dans l'organisation des sorties d'hospitalisation mais également dans la prise en charge des situations d'urgence le soir et le week-end. Afin de fluidifier le parcours des patients, il est nécessaire de structurer, au sein des territoires, les coopérations entre l'ensemble des professionnels qui concourent à la prise en charge des patients en fin de vie (SSIAD, SPASAD, HAD, réseaux, EMSP, LISP, USP, médecins traitants, infirmiers libéraux) et de rendre lisible l'organisation des soins palliatifs. L'accent sera également mis sur la formation des intervenants du domicile à la démarche palliative (infirmiers, SSIAD, SPASAD, HAD, infirmiers libéraux). L'accompagnement des aidants par des actions d'information et de formation est aussi à développer. Enfin, une concertation régionale doit permettre de définir les conditions de mobilisation des USP, le soir et le week-end, pour éviter le passage aux urgences des patients du domicile.

Compte tenu des enjeux liés au vieillissement et la prévalence des maladies chroniques invalidantes, la diffusion de la démarche palliative en EHPAD est centrale. Des difficultés de prise en charge pour les patients en situation de handicap ont également été relevées dans des études nationales. Afin d'objectiver les besoins en Hauts-de-France, un état des lieux sur la prise en charge palliative dans les établissements médico-sociaux doit être réalisé. Il s'agit également de favoriser les interventions des EMSP dans les établissements médico-sociaux par la mise en place de moyens dédiés. La formation des coordonnateurs médicaux et des personnels soignants dans les établissements médico-sociaux est à inciter. La télémédecine en lien avec les EMSP peut être envisagée pour les soins palliatifs, à partir des expérimentations déployées dans les EHPAD au niveau régional.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

En matière de planification, le fonctionnement d'au moins une USP par zone d'activité de soins de ressort A est attendu, ainsi que des LISP dont les conditions de fonctionnement répondent aux référentiels d'organisation. En outre, la totalité des EHPAD de la région doivent être couverts par une EMSP.

En matière de coordination des parcours et de qualité des prises en charge, sont attendus: la présence de référents identifiés formés en soins palliatifs au sein des professionnels intervenants à domicile (infirmiers libéraux, SSIAD, SPASAD, HAD) sur les territoires; la rédaction de cadres de mission régionaux notamment pour les réseaux de soins palliatifs, les EMSP et la prise en charge palliative en HAD; la mise en place d'une expérimentation pour la permanence des soins des patients pris en charge à domicile; et le recensement des ressources régionales en soins palliatifs.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Amélioration qualité des soins et sécurité des usagers, Formation, Systèmes d'information, télémédecine et e-santé, Contractualisation, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

Etablissements et services médico-sociaux, établissements de santé dont l'HAD, professionnels des soins palliatifs, professionnels de santé du premier recours, associations de bénévoles, CRSP, URSPP.

POPULATION CONCERNÉE

Patients atteints d'une maladie évolutive grave mettant en jeu le pronostic vital et leurs proches.

ETAPES DU PARCOURS

Accompagnement et soins de ville, Hospitalisation

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

Plan national triennal pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie 2015-2018.

LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

OBJECTIF 5 : MAINTENIR LES EFFORTS DE MAILLAGE TERRITORIAL EN IMAGERIE MÉDICALE, EN TENANT COMPTE DE L'EFFICIENCE DES PLATEAUX TECHNIQUES, DES IMPÉRATIFS DE PERMANENCE DES SOINS, DES INNOVATIONS TECHNIQUES ET THÉRAPEUTIQUES.

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

L'objectif se décline ainsi:

Analyser, par enquête réitérée sur la durée du PRS2, l'activité des EML afin de disposer d'informations sur les actes et forfaits, les caractéristiques des appareils, les plages horaires d'utilisation, et des données quantitatives et qualitatives sur le fonctionnement des scanners, IRM, gammacaméras et TEP.

Affiner le maillage territorial en ciblant de nouveaux appareils (en particulier pour l'imagerie en coupe), plus limités en nombre que sur la période du PRS précédent, en privilégiant l'innovation (en particulier pour la cancérologie) et à partir de critères cumulant : les taux d'équipement et l'activité par zone ; leur implantation sur un plateau technique d'imagerie d'ores et déjà équipé ; des motivations incluant des plusvalues attendues en matière thérapeutique (ex : imagerie interventionnelle pour les scanners) ; l'organisation de la PDS.

En EML relevant de plateaux de médecine nucléaire, il s'agira surtout de structurer l'organisation territoriale pour garantir la meilleure orientation des patients, et affiner la connaissance sur certains types de prise en charge. L'évolution du nombre d'appareils est argumentée dans l'annexe ad hoc.

Structurer, par zone, la PDS en imagerie en mobilisant en première intention les ressources internes des détenteurs d'autorisation sur une zone – y compris via la coopération public-privé, puis en seconde intention des plateformes de téléexpertise utilisant prioritairement les ressources et expertises locales, si possible au regard de l'implication des acteurs locaux. Cette structuration territoriale s'appuiera notamment sur la dynamique des GHT.

Mener des travaux relatifs au renforcement de la pertinence des demandes d'examens sur l'imagerie en coupe, en particulier au sein de l'instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

A partir des OQOS définis dans le PRS2, les nouveaux équipements prévus devront tous être autorisés et installés au terme des 5 ans du schéma régional de santé.

L'enquête effectuée en 2017 devra être réitérée pour identifier les évolutions de l'utilisation du parc d'EML, avec une analyse par zone partagée avec les interlocuteurs régionaux et locaux référents sur l'imagerie.

Une organisation territoriale partagée des EML est attendue, en particulier pour permettre le fonctionnement cible en PDS.

En lien avec l'objectif général 14 "Mettre en œuvre la révolution numérique en santé", il convient de déployer et coordonner les outils de transmission des images (PACS, hébergement de données, etc.). Dans les zones le nécessitant, est mis en place ou consolidé un dispositif de téléradiologie répondant à des prérequis régionaux et dans un cadre favorisant la mobilisation de ressources locales.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Investissements immobiliers et équipements, Amélioration qualité des soins et sécurité des usagers, Surveillance et observation de la santé, Systèmes d'information, télémédecine et e-santé, Contractualisation

ACTEURS CONCERNÉS

Ensemble des détenteurs d'autorisation d'exploiter un EML.

GHT.

Référents régionaux sur l'imagerie médicale, regroupant des radiologues et médecins nucléaires du public, du privé et des deux ex-régions.

Responsables, dans les établissements de santé, des grandes filières concernées par l'imagerie : neurologie, cardiologie, cancérologie, etc.

IRAPS.

ETAPES DU PARCOURS

Hospitalisation

OBJECTIF GÉNÉRAL 16 : POURSUIVRE LA DYNAMIQUE TRANSFRONTALIÈRE POUR L'ACCÈS À DES SOINS DE QUALITÉ

PROBLÉMATIQUES PRIORITAIRES

La coopération transfrontalière en santé dans la région Hauts-de-France est principalement une coopération bilatérale entre la France et la Belgique. Entamée il y a plusieurs décennies, elle est historiquement dense en raison de la proximité géographique, linguistique et culturelle des deux pays. L'effacement progressif des frontières au fur et à mesure de la construction européenne a favorisé le développement de coopérations entre les deux Etats membres au sein de ces zones frontalières, dans le but de répondre de la manière la plus efficiente aux besoins des populations.

Les coopérations en santé développées visent à apporter un bénéfice concret et direct au patient transfrontalier, en lui permettant de profiter de soins de qualité au plus près de son lieu de vie.

Ces coopérations sont le fruit de la mise en oeuvre de deux accords-cadres :

- l'accord-cadre entre le gouvernement de la République Française et le gouvernement de la Région Wallonne du Royaume de Belgique sur l'accueil des personnes handicapées, signé en 2011.
- l'accord-cadre entre le gouvernement de la République Française et le gouvernement du Royaume de Belgique sur la coopération sanitaire, signé en 2005.

Réunies toutes les deux en 2016, les commissions mixtes chargées du suivi des accords-cadres ont identifié plusieurs priorités :

- Sur le volet sanitaire :
    - Evaluer les dispositifs conventionnels issu de l'accord-cadre en fiabilisant les données relatives aux flux de patients
    - Segmenter la nature et la géographie des interventions
    - Identifier l'offre de soins et constater s'il existe des besoins non satisfaits
    - Améliorer la gouvernance de la coopération transfrontalière sanitaire en prenant en compte les grandes réformes institutionnelles belges et françaises en cours
- Sur le volet médico-social :

Face au nombre important de personnes en situation de handicap françaises accueillies dans des structures wallonnes, les gouvernements français et wallons ont décidé de renforcer leur coopération pour garantir l'amélioration de la qualité d'accueil et de l'accompagnement de ces personnes :

- en favorisant l'échange d'informations et le transfert des connaissances et des bonnes pratiques
- en améliorant le dispositif conventionnel
- en renforçant le dispositif d'inspections communes

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

1 - Améliorer l'accès aux soins et la mobilité des patients transfrontaliers

2 - Consolider la gouvernance de la coopération transfrontalière

3 - Etablir un diagnostic relatif aux flux de prises en charge des personnes handicapées en Wallonie

4 - Garantir la qualité de la prise en charge des personnes handicapées dans les établissements médico-sociaux wallons

LIENS AVEC LES AUTRES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

OBJECTIF 1 : AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS ET LA MOBILITÉ DES PATIENTS TRANSFRONTALIERS

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Depuis la signature de l'accord-cadre sanitaire en 2005, de nombreux dispositifs de coopération ont été mis en œuvre à travers l'élaboration de conventions, et notamment les Zones organisées d'Accès aux Soins Transfrontaliers (ZOAST). Principal outil de la coopération actuelle, elles s'organisent tout le long de la frontière franco-belge. Elles permettent d'offrir aux patients résidant dans la zone frontalière la possibilité de recevoir des soins de l'autre côté de la frontière grâce une procédure administrative simplifiée.

Le patient est au centre de la prise en charge et de la coopération. Il s'agit ici de définir comment améliorer son accès au soin et sa mobilité, le tout dans un souci d'efficience et de complémentarité des systèmes, de maîtrise de la dépense.

Il apparaît aujourd'hui nécessaire de réaliser un diagnostic complet comprenant l'évaluation du dispositif conventionnel issu de l'accord-cadre (conventions ZOAST et conventions inter-hospitalières) et le recensement de l'offre de soins de part et d'autre de la frontière. Il s'agit d'identifier celle aujourd'hui effectivement accessible via le dispositif conventionnel, de faire émerger d'éventuels besoins insatisfaits afin de mettre en place une réponse adaptée.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Pour mener à bien l'évaluation du dispositif conventionnel, il est indispensable, conformément aux propositions de la commission mixte, de mettre en place un groupe de travail chargé de mener une réflexion quant à un processus permettant de recenser de manière fiable et homogène les flux de patients pris en charge au sein des ZOAST.

Le recensement des conventions de coopération en cours de validité et l'identification des conventions pour lesquelles il n'existe peu ou pas de flux sont lancés en parallèle.

La démarche de facilitation de prise en charge administrative des patients engagée avec l'assurance maladie est poursuivie.

Le recensement de l'offre de soins française et belge de la zone frontalière, intégrant l'offre hospitalière, le premier recours et les réseaux de télé-médecine, a pour objectif la réalisation de cartographies :

- de l'offre de soins existante de chaque côté de la frontière
- de l'offre de soins aujourd'hui accessible au sein du dispositif conventionnel.

La formalisation de l'ensemble des données produites dans un document unique constitue la base de l'élaboration d'un diagnostic complet de l'état de la coopération transfrontalière franco-belge en santé.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Surveillance et observation de la santé, Contractualisation

ACTEURS CONCERNÉS

Centres Hospitaliers français et belges, Assurance maladie française et belge, Agence pour une Vie de Qualité, Agentschap Zorg en Gezondheid

POPULATION CONCERNÉE

Population frontalière des régions Hauts-de-France et Grand-Est

ETAPES DU PARCOURS

OBJECTIF 2 : CONSOLIDER LA GOUVERNANCE DE LA COOPÉRATION TRANSFRONTALIÈRE

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Les deux accords-cadres signés avec le Royaume de Belgique et la région wallonne prévoient chacun en ce qui le concerne une commission mixte chargée de suivre l'application des accords et d'en proposer d'éventuelles modifications. Les arrangements administratifs précisent les personnes et autorités compétentes pour conclure des conventions de coopérations sanitaires. Pour la France, il s'agit des agences régionales de santé Hauts-de–France et Grand-Est et de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Roubaix-Tourcoing (en tant que caisse référente unique pour l'ensemble de la zone frontalière franco-belge). Pour la Belgique, il s'agit de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité, des organismes assureurs et des dispensateurs de soins.

Pour faire face aux différentes réformes institutionnelles intervenues de part et d'autre de la frontière depuis l'entrée en vigueur de l'accord-cadre, il est nécessaire de consolider la gouvernance de la coopération transfrontalière existante.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Il s'agit en premier lieu d'articuler les politiques transfrontalières en santé et de développer la coopération avec l'ARS Grand-Est au travers notamment de l'homogénéisation des volets transfrontaliers sur le champ sanitaire des deux projets régionaux de santé.

Parallèlement, l'ARS poursuit son engagement dans la participation aux commissions mixtes sanitaire et médico-sociale et comités nationaux de suivi des accords-cadres.

Une réorganisation des commissions de suivi des conventions issues de l'accord-cadre est également lancée, en désignant entre autres de nouveaux coordinateurs et en mobilisant de nouveaux acteurs.

La consolidation de la gouvernance entraîne la nécessité d'assurer une veille quant aux grandes réformes institutionnelles belges et françaises, dans le but d'intégrer dans les instances de décisions l'ensemble des acteurs compétents.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Information/Communication

ACTEURS CONCERNÉS

DAEI, ARS Grand-Est, Assurance maladie française et belge, AVIQ, Agentschap Zorg en Gezondheid

POPULATION CONCERNÉE

Population frontalière des régions Hauts-de-France et Grand-Est

ETAPES DU PARCOURS

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

OBJECTIF 3 : ETABLIR UN DIAGNOSTIC RELATIF AUX FLUX DE PRISES EN CHARGE DES PERSONNES HANDICAPÉES EN WALLONIE

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Depuis 2014, la mise en œuvre de l'accord-cadre médico-social sur l'accueil des personnes en situation de handicap et notamment du volet relatif à l'élaboration d'un relevé d'informations a permis de recenser de manière précise le nombre de personnes handicapées françaises prises en charge en Wallonie. On compte aujourd'hui 6800 personnes hébergées et soignées dans les établissements médico-sociaux wallons.

Il s'agit aujourd'hui de développer les outils permettant de réaliser un diagnostic précis quant à l'accueil et la prise en charge de ces personnes. Il doit permettre d'identifier les principaux facteurs de départ vers la Belgique, mais également les facteurs d'échec de cette prise en charge.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

La première étape consiste à fiabiliser le recensement des données des présences des personnes handicapées en Wallonie sur les secteurs adultes et enfants en s'appuyant sur plusieurs outils opérationnels tels que:

- la saisine commune ARS/AVIQ des établissements wallons et la mise en place au sein du relevé de contrôles de cohérence des réponses.
- l'ajout de renseignements et notamment les informations relatives au type de prise en charge de la personne avant le départ en Belgique, au motif de sortie d'un établissement wallon, à l'orientation après la sortie.

Couplée au développement de la connaissance des établissements wallons, cette première phase doit permettre de faire émerger les facteurs favorisant les départs en Wallonie et d'analyser les facteurs liés à l'échec de la prise en charge.

La seconde étape consiste à communiquer les résultats de ces études, les données statistiques et analyses à l'ensemble des partenaires institutionnels : agences régionales de santé, maisons départementales des personnes handicapées et conseils départementaux principalement.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Information/Communication, Systèmes d'information, télémédecine et e-santé

ACTEURS CONCERNÉS

AVIQ, CPAM de Roubaix-Tourcoing, MDPH, Conseils Départementaux

POPULATION CONCERNÉE

Personnes handicapées françaises prise en charge en Wallonie

ETAPES DU PARCOURS

OBJECTIF 4 : GARANTIR LA QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES HANDICAPÉES DANS LES ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX WALLONS

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

L'un des principaux objectifs de l'accord-cadre relatif à l'accueil des personnes en situation de handicap en Wallonie est d'assurer un meilleur accompagnement et une prise en charge de qualité des personnes handicapées. Sa mise en œuvre a permis le renouvellement du dispositif conventionnel existant sur le secteur enfant à travers la signature de nouvelles conventions avec 25 établissements médico-sociaux wallons accueillant des enfants et des adolescents.

En application de l'article 4 de l'accord-cadre, une convention d'inspection commune entre l'agence régionale de santé Hauts-de-France et l'Agence pour une Vie de Qualité wallonne a été signée lors de la commission mixte du 3 novembre 2014. La première inspection conjointe a ainsi eu lieu fin novembre 2014. Le premier programme commun d'inspections a été élaboré en 2015 et concernait le contrôle de 9 établissements wallons.

Il est nécessaire aujourd'hui de poursuivre cet objectif en améliorant et en renforçant ces dispositifs dans le but de garantir la sécurité et la qualité de la prise en charge des personnes handicapées dans les établissements médico-sociaux wallons.

.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Le dispositif conventionnel sur le secteur enfant est amélioré à travers l'enrichissement des conventions de coopération en :

- proposant aux établissements conventionnés de réaliser une évaluation interne et une évaluation externe avant fin 2020. Le renouvellement des conventions prévu en 2021 s'appuiera notamment sur ces évaluations.
- développant la participation des établissements conventionnés à la construction de la suite du parcours lorsqu'une fin de prise en charge est envisagée

Le dispositif d'inspections communes est renforcé : le nombre d'inspections conjointes est doublé, et ce dès 2017, en diligentant 20 inspections par an (contre 10 en 2016).

Il s'agit de mener dans le même temps une réflexion quant à la possible référence aux recommandations de l'ANESM dans le cadre des inspections communes, programmées ou en réaction à des événements circonstanciels préoccupants.

Une veille est établie quant aux évolutions des réglementations wallonnes et françaises relatives aux établissements médico-sociaux. Le suivi de leur mise en œuvre constitue également un levier d'amélioration constante de la qualité de la prise en charge.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Amélioration qualité des soins et sécurité des usagers, Information/Communication, Contractualisation

ACTEURS CONCERNÉS

AVIQ, ARS Grand-Est, ARS Ile-de-France

POPULATION CONCERNÉE

Personnes handicapées françaises prises en charge en Wallonie

ETAPES DU PARCOURS

ORIENTATION STRATÉGIQUE 4 : GARANTIR L'EFFICIENCE ET LA QUALITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ

OBJECTIF GÉNÉRAL 17 : GARANTIR L'EFFICIENCE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ, MÉDICO-SOCIAUX ET DES OPÉRATEURS DE PRÉVENTION

PROBLÉMATIQUES PRIORITAIRES

Le système de santé Français est en recherche d'efficience, plusieurs acteurs nationaux travaillent, dans le cadre de leurs prérogatives, à cet objectif commun et nécessaire pour faire face notamment à la progression des maladies chroniques et à un veillissement annoncé de la population qui verra ainsi croître le nombre des plus de 60 ans, de 20% actuellement à 35% d'ici 2050. Pour l'ARS Hauts de France, ce défi se conjugue également avec la nécessité d'améliorer les indicateurs de santé particulièrement défavorables sur la région. L'ARS se doit ainsi de combiner et coordonner , dans les missions qui lui sont dévolues, l'ensemble des actions pouvant concourir à cet objectif d'efficience, dans le cadre d'un environnement budgétaire contraint, afin de soutenir et favoriser notamment l'investissement, moteur de l'innovation au service du patient.

Cette ambition d'efficience interroge ainsi les étapes clefs des trajectoires de santé:

- les actions de prévention conduisent-elles à une amélioration des indicateurs de santé ?
- comment s'assurer que les prises en charge répondent aux besoins ?
- sur quels leviers agir pour améliorer la coordination des acteurs de santé ?

Les études relatives aux déterminants de la santé des habitants des Hauts de France témoignent du rôle central joué par les comportements (exposition aux facteurs de risque) et soulignent les marges de progrès existantes en matière d'éducation à la santé, de participation aux dépistages et de prévention des complications pour les personnes atteintes de maladies chroniques notamment. Dans ce contexte, le renforcement de l'efficience de la prévention implique d'améliorer la coordination des acteurs de la prévention, de s'appuyer sur des stratégies d'intervention efficaces, d'inscrire dans la durée les relations entre l'ARS et ses partenaires et, enfin, de structurer l'offre de prévention sur les territoires.

La prise en charge éducative – au travers des programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) principalement – contribue à améliorer la qualité de vie des personnes, à réduire les risques de complications et/ou de récidives, et à faciliter le maintien ou le retour à domicile. De même, l'ETP accompagne et facilite le développement de nouvelles prises en charge en ambulatoire (dialyse à domicile, chimiothérapie orale à domicile …). C'est pourquoi il importe de développer une offre structurée d'ETP sur l'ensemble des territoires et d'en faciliter l'accès, en particulier pour les personnes les plus éloignées de la prévention et du soin.

La montée en compétences de l'ensemble des professionnels de santé, exerçant tant en soins primaires que dans les réseaux et établissements de santé, et plus largement des professionnels (dont les représentants d'usagers) intervenant auprès des patients, est également un gage de qualité de la prise en charge éducative.

Par ailleurs, l'efficience du système de santé repose sur celle des acteurs et opérateurs qui le constituent et qui s'appuient en grande partie sur les établissements de santé, et les établissements et services médico-sociaux. Il convient ainsi de renforcer l'efficience de ces établissements et services avec pour objectif que l'organisation de leurs offres suive, voire anticipe l'évolution des modalités de prise en charge et la croissance prévisionnelle d'activité.

Enfin, l'évolution du système de santé et de l'offre qui le constitue aboutit à la spécialisation de celle-ci et à une organisation en parcours patients qui impactent notamment les transports sanitaires. L'objectif est ainsi d'évaluer et d'anticiper les besoins en transports sanitaires afin d'adapter l'organisation, la répartition et l'évolution des moyens à mettre en oeuvre.

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

1 - Renforcer l'efficience des acteurs de prévention et des interventions en santé publique

2 - Renforcer l'efficience des établissements de santé.

3 - Renforcer l'efficience de l'offre médico-sociale.

4 - Assurer l'adéquation de l'offre des transports sanitaires aux besoins de la population.

5 - Inscrire l'ETP au sein du parcours de soins du patient et structurer, sur les territoires, une offre d'ETP graduée, articulant parcours éducatif et parcours de santé

LIENS AVEC LES AUTRES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

L'amélioration de l'efficience du système de santé étant un enjeu d'importance, il se retrouve également au coeur des préoccupations d'un grand nombre de thématiques et de travaux menés dans le cadre du schéma régional de santé. On retrouve ainsi cet enjeu dans l'objectif stratégique n°1 portant sur une évolution des comportements dès le plus jeune âge.

Il se retrouve également dans l'orientation stratégique n°2, pour lequel la définition des parcours impactera l'évolution de l'offre de soins et médicosociale et inversement.

Enfin, et de manière plus opérationnelle encore, cet objectif est en lien avec l'objectif général 18 qui porte sur l'evolution de l'offre sanitaire et médicosociale et l'objectif général 22 sur l'objectif opérationnel GHT.

OBJECTIF 1 : RENFORCER L'EFFICIENCE DES ACTEURS DE PRÉVENTION ET DES INTERVENTIONS EN SANTÉ PUBLIQUE

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

L'amélioration de l'efficacité et de l'efficience de la prévention repose d'abord sur un renforcement des partenariats et de la coordination des acteurs intervenant dans ce domaine. La coordination des organismes porteurs de politiques publiques concernés, joue ici un rôle essentiel. Cette coordination concerne tout particulièrement le niveau territorial, par un dialogue renforcé entre les effecteurs de prévention : professionnels de santé, collectivités et autres opérateurs. Cette dynamique concerne également les aspects organisationnels (promotion des démarches qualité en prévention) ainsi que le niveau opérationnel (retour d'expérience, capitalisation et données probantes). Le développement des compétences des opérateurs, et le renforcement de l'évaluation, jouent ici un rôle clé. Enfin, parce que les démarches de prévention s'inscrivent souvent dans la durée, le renforcement de l'efficacité et de l'efficience passera également par l'établissement de relations contractuelles durables entre l'ARS, d'une part, et les acteurs de la prévention, d'autre part. Cette dynamique est d'ores et déjà engagée avec certains opérateurs.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Dans le cadre du déploiement du SRS, plusieurs résultats sont attendus. Ceux-ci portent d'abord, sur une évolution des pratiques professionnelles en matière de conception et d'évaluation des actions de prévention. A ce titre, le Pôle Régional de Compétences (PRC) pourra être sollicité lorsque nécessaire. Egalement, la Commission de Coordination des Politiques Publiques dans le champ de la prévention sera appelée à jouer un rôle important pour soutenir la cohérence des actions engagées, particulièrement au niveau territorial. Est également attendue une augmentation de la part des contractualisations pluriannuelles, dans les conventions de financement liant l'ARS et les opérateurs de prévention. Enfin, la participation des usagers sera encouragée, pour contribuer à l'élaboration et à l'évaluation des actions de prévention.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Information/Communication, Formation, Mobilisation de la démocratie sanitaire, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

Professionnels de la santé et du secteur médico-social ; Opérateurs associatifs intervenant dans le champ de la prévention ; Organismes de formation et d'appui à l'ingénierie de projet ; Organismes membres de la CCPP dans le champ de la prévention ; Pôle Régional de Compétences (PRC)

POPULATION CONCERNÉE

Population générale

ETAPES DU PARCOURS

Accompagnement et soins de ville, Hospitalisation, Prévention primaire, comportements, Répérage, Dépistage

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

Stratégie nationale de santé

Volet prévention des plans nationaux spécifiques à certaines pathologies (cancer, par exemple) ou catégories de publics (personnes en situation de handicap, par exemple)

OBJECTIF 2 : RENFORCER L'EFFICIENCE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

L'évolution des techniques et modalités de prise en charge des patients, combinée à l'évolution de la population, impactent directement le fonctionnement et l'offre de soins des établissements de santé et nécessitent, de leur part, une adaptation continue. Les établissements qui n'anticipent pas ces évolutions, ou tardent à mettre en oeuvre les nouvelles organisations pourtant nécessaires, se retrouvent rapidement en difficulté financière, qui finissent, si elles perdurent, par obérer toute capacité d'investissement, entraînant de fait l'établissement dans un cercle vicieux.

Ainsi les différents plans d'accompagnement des établissements en difficultés, menés jusqu'alors, ont reposé sur des diagnostics qui ont mis en exergue, dans la grande majorité des cas, une inédaquation entre l'offre (et par conséquent les moyens mis en oeuvre) et les besoins traduits par l'activité concrétement réalisée. L'enjeu est donc de s'assurer de cette adéquation dans un contexte de réflexion territoriale, notamment pour les établissement publics à travers les GHT. L'enjeu est également de poursuivre la recherche d'efficience sur l'ensemble des fonctions et processus induits par la prise en charge des patients.

L'amélioration des organisations et des pratiques s'appuie sur le levier de la pertinence des soins et des actes.La poursuite de la dynamique déja engagée dans ce domaine mobilise les professionnels de santé et les intéresse à l'adoption de nouvelles pratiques en pertinence notamment médicale.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Le résultat attendu est une meilleure organisation des établissements de santé en cohérence avec une gradation des soins et l'implication forte des professionnels de santé dans les démarches de pertinence des soins et des actes.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Investissements immobiliers et équipements, Amélioration qualité des soins et sécurité des usagers, Systèmes d'information, télémédecine et e-santé, Contractualisation, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

Etablissements de santé, fédérations des établissements de santé

ETAPES DU PARCOURS

Hospitalisation

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

Plan ODAM, Programme PHARE, Hopital Numérique, COPERMO,

OBJECTIF 3 : RENFORCER L'EFFICIENCE DE L'OFFRE MÉDICOSOCIALE

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

L'efficience dans le médico-social vise à aboutir à un service aux usagers, de la meilleure qualité possible, en fonction des moyens disponibles.

Elle repose sur les logiques structurantes suivantes :

1. Répartir équitablement les financements alloués aux ESMS, au plus près des besoins des usagers et des territoires, dans une optique de convergence tarifaire, et ce, dans le respect de l'ONDAM limitatif ;
2. Veiller à la qualité de la prise en charge dans les ESMS ;
3. Promouvoir l'innovation, l'expérimentation et l'initiative au service de l'efficience;
4. Favoriser la sortie des jeunes adultes maintenus au titre de l'Amendement Creton en établissements de l'enfance vers une réponse d'accompagnement adaptée.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Le 1er résultat d'une politique d'efficience est d'optimiser l'utilisation des moyens alloués à la région. Pour cela, deux dimensions sont à prendre en compte. La première concerne la mise en œuvre des nouveaux critères nationaux de répartition des mesures nouvelles, intégrant désormais tant les besoins que l'offre. La seconde est relative à la recherche de marges de manœuvre régionales, en faveur des établissements en difficulté, d'une politique de convergence tarifaire et d'un soutien aux opérations d'investissement. Cette juste répartition des ressources ainsi visée permet de réduire les disparités;

Le 2d résultat de cette politique consiste en une bonne appropriation par les ESMS du changement de logique induit par les réformes de financement en cours : passage à une logique d'ajustement des dépenses aux recettes, d'ajustement plus fin des financements alloués aux besoins des personnes accompagnées, de modulation automatique de forfait donnant de la lisibilité pluriannuelle, de viabilité économique, autant d'exemples concourant à une responsabilisation accrue des gestionnaires.

Un 3ème résultat attendu est la fiabilité et l'exhaustivité des données transmises par les ESMS et leur utilisation optimale par l'ARS, au premier rang desquelles celles issues du tableau de bord du pilotage de la performance des ESMS, outil privilégié pour les gestionnaires comme dans les relations entre l'ARS et les ESMS.

Dans cette même optique, 4ème résultat attendu, l'Agence rénove sa politique de contractualisation, en la recentrant sur la mise en œuvre du PRS. L'ARS entend également par ce levier développer la qualité de l'accompagnement des usagers dans les ESMS, en favorisant l'appropriation des recommandations de bonnes pratiques, la transformation de l'offre, les mutualisations et rapprochements, l'innovation ainsi que l'organisation territorialisée de réponses graduées, pour un maintien à domicile et une inclusion en milieu de vie le moins spécialisé possible.

Un 5ème objectif est enfin de redonner de la fluidité aux parcours, notamment par une politique active en faveur des jeunes adultes maintenus au titre de l'Amendement Creton en établissements de l'enfance. Il s'agit d'abord de mieux identifier leurs besoins pour inciter les établissements à faire de ces jeunes adultes un public prioritaire dans cadre de la transformation de l'offre (modification d'autorisation, appel à projets, appel à candidature, CPOM…).

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Investissements immobiliers et équipements, Amélioration qualité des soins et sécurité des usagers, Formation, Surveillance et observation de la santé, Systèmes d'information, télémédecine et e-santé, Mobilisation de la démocratie sanitaire, Contractualisation, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

Etablissements et services médico-sociaux

POPULATION CONCERNÉE

Personnes agées et personnes handicapées

ETAPES DU PARCOURS

OBJECTIF 4 : ASSURER L'ADÉQUATION DE L'OFFRE DES TRANSPORTS SANITAIRES AUX BESOINS DE LA POPULATION

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Le transport sanitaire est un vecteur essentiel qui doit permettre de garantir un égal accès aux soins aux usagers du système de santé. Les dépenses de transports connaissent une hausse constante depuis plusieurs années. Dans un contexte d'optimisation des ressources, il est nécessaire de réguler quantitativement l'offre en véhicules, en tenant compte de sa structure (ambulances ou véhicules sanitaires légers) et des besoins de la population. Cet objectif doit être mené dans une perpective d'évolution de l'offre et des modalités de prises en charge, selon des secteurs intra départementaux en prenant en compte, au-delà du nombre d'habitants, des facteurs objectifs de variation du recours aux transports sanitaires.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

L'objectif vise à rééquilibrer l'offre en transports sanitaires au sein de chaque département.

Ainsi rééquilibrée, l'offre de transport sanitaire devra permettre notamment de réduire les carences ambulancières.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Amélioration qualité des soins et sécurité des usagers, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

Assurance Maladie, transporteurs sanitaires, SAMU, établissements de santé

POPULATION CONCERNÉE

Ensemble de la population

ETAPES DU PARCOURS

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

Plan ONDAM (sur le volet transports saniatires)

OBJECTIF 5 : INSCRIRE L'ETP AU SEIN DU PARCOURS DE SOINS DU PATIENT ET STRUCTURER, SUR LES TERRITOIRES, UNE OFFRE D'ETP GRADUÉE, ARTICULANT PARCOURS ÉDUCATIF ET PARCOURS DE SANTÉ

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

L'offre éducative s'inscrit, à part entière, dans les parcours de prise en charge et nécessite une structuration graduée, en fonction de la pathologie d'une part, de son niveau de complexité d'autre part. Cette gradation de la prise en charge doit également contribuer à proposer une prise en charge à proximité du lieu de vie du patient afin de lui faciliter l'accès à l'offre éducative.

Cette gradation de la prise en charge éducative repose sur 3 niveaux, dans une logique de parcours éducatif en santé :

1. Niveau 1 : une offre d'ETP dite de premier recours, dispensée par les professionnels de santé de premier recours, quel que soit leur mode d'exercice (équipe de soins primaires, structure d'exercice coordonné), en direction des malades chroniques non compliqués et/ou relativement stabilisés (notamment dans le cadre de pathologies fréquentes comme le diabète, les maladies cardiovasculaires et respiratoires).

   L'enjeu est de proposer une prise en charge éducative dès le diagnostic de la pathologie chronique afin de développer les compétences du patient autour de sa pathologie, de favoriser une bonne observance, de faciliter la prévention des complications.

   Grâce au maillage de l'offre de soins de premier recours, la prise en charge éducative est dispensée à proximité du lieu de vie du patient et en facilite dès lors l'accès.

1. Niveau 2 : une offre d'ETP de deuxième recours, assurée par les équipes d'ETP au sein des réseaux de santé sur orientation du médecin traitant, des établissements de santé pour les malades chroniques complexes (pluri pathologies, complications médicales et/ou psychosociales).
2. Niveau 3 : une offre d'ETP en établissement de santé pour les prises en charge lourdes et spécialisées (2ème et 3ème recours).

Eu égard aux spécificités des pathologies rares, leur prise en charge éducative peut être exclusivement dispensée par les établissements de santé, notamment dans le cadre des centres de référence ou de compétences maladies rares.

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

Les décisions d'autorisation initiale et de renouvellement des programmes d'ETP tiendront compte tant du respect du cahier des charges national des programmes d'ETP que des critères de structuration repris supra.

Les programmes d'ETP autorisés pourront, dans la limite des capacités financières du FIR, faire l'objet d'un financement à condition d'être dispensés en ambulatoire (hors hôpital de jour et consultations externes) et de répondre à la structuration d'un programme d'ETP et selon un modèle forfaitaire à l'activité.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Les patients intervenants ont une place accrue dans les équipes des programmes d'ETP, à toutes ses étapes : conception, mise en œuvre, suivi et évaluation.

Les professionnels de santé de ville et hospitaliers ont amélioré leurs pratiques en matière de prise en charge éducative.

L'offre d'ETP est structurée au plus proche des milieux de vie des patients, en particulier pour les personnes les plus éloignées de la prévention et du soin (dont les personnes en situation de handicap).

La prise en charge éducative est graduée selon 3 niveaux de recours.

L'ETP contribue de façon effective à l'amélioration de la qualité de vie des personnes prises en charge.

La rémunération d'un forfait ETP à l'activité est appliquée à l'ensemble des programmes dispensés en ambulatoire (hors hdj et consulations externes)

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Amélioration qualité des soins et sécurité des usagers, Formation, Systèmes d'information, télémédecine et e-santé, Contractualisation, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

Associations de patients ; Représentants des professionnels de santé libéraux : URPS médecins, sages-femmes, infirmiers, pharmaciens, MK … ; Réseaux de santé ; Etablissements de santé (dont PPEP et UTEP) ; Facultés de médecine ; Organismes de formation paramédicale initiale ; COPEPPI

POPULATION CONCERNÉE

Toute personne atteinte d'une pathologie chronique : ALD 30 + obésité + asthme + maladies rares

ETAPES DU PARCOURS

Accompagnement et soins de ville, Hospitalisation, Institutionnalisation, Répérage, Dépistage

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

Guides HAS pour les parcours de soins : BPCO, diabète, maladie de Parkinson, insuffisance cardiaque, maladie coronarienne, maladie rénale chronique ...

Plan national maladies rares 3 et 4

Plan cancer 3

Plan National Maladies Neuro Dégénératives

OBJECTIF GÉNÉRAL 18 : POURSUIVRE LE DÉVELOPPEMENT DES ALTERNATIVES À L'HOSPITALISATION

PROBLÉMATIQUES PRIORITAIRES

L'aspiration grandissante de la population à une prise en charge majoritairement ambulatoire ou en milieu de vie ordinaire, l'évolution des techniques et méthodes de prise en charge, la recherche d'efficience conduisent à une nécessaire diversification de l'offre de soins hospitalière et de l'offre médico-sociale au travers du développement d'alternatives à l'hospitalisation, de modes d'hospitalisation différents, de services à domicile ou d'accompagnement en milieu ordinaire.

Cette aspiration se traduit ainsi dans le champ médico-social par l'engagement national en faveur de la « société inclusive », qui vise à mieux prendre en compte les projets de vie des personnes âgées dépendantes et des personnes en situation de handicap et à leur permettre d'accéder et de se maintenir au niveau d'autonomie le plus élevé possible.

A cette fin, la réforme du régime des autorisations en cours permettra de spécialiser les réponses proposées, lorsque cela est nécessaire, sans pour autant conduire à une surspécialisation, voire une segmentation, conduisant à laisser des personnes sans solution. L'objectif est de passer d'une logique de places à une logique de réponses, graduées et articulées entre elles, sur les territoires, apportant autant que faire se peut des solutions au plus près des usagers. Cette évolution structurelle et structurante concerne tant les établissements que les services, que les acteurs de la coordination et que les partenariats existants. Elle est de fait abordée dans les travaux de l'objectif général 5 « Accompagner le vieillissement et soutenir les aidants » et 6 « Développer les parcours de vie sans rupture pour les personnes souffrant de handicap ».

Concernant le secteur hospitalier, le développement des alternatives à l'hospitalisation complète ou d'autres modes d'hospitalisation constitue l'un des axes forts - qualifié de « virage ambulatoire » - du plan triennal pour l'efficience et la performance du système de santé(2015-2017), axe repris dans la stratégie nationale de santé. Le but est d'offrir à la population une offre de soins hospitaliers modernisée et soutenable à long terme. Il s'agit ainsi de substituer à une hospitalisation conventionnelle, chaque fois que faire se peut, une hospitalisation de jour en médecine et en soins de suite et réadaptation, un traitement de l'insuffisance rénale chronique hors centre, une hospitalisation à domicile (HAD), une chirurgie ambulatoire.

Dans le cadre du présent objectif général, l'accent sera porté sur la poursuite du développement de la chirurgie ambulatoire (Article R6121-4 CSP – dernier alinéa : « Dans les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires sont mis en œuvre, dans des conditions qui autorisent le patient à rejoindre sa résidence le jour même, des actes médicaux ou chirurgicaux nécessitant une anesthésie ou le recours à un secteur opératoire. »)et de l'HAD. En effet :

- concernant l'hospitalisation de jour

Plusieurs objectifs généraux abordent sa place dans le parcours des patients. De manière générale, son développement doit être encouragé, et une évaluation du potentiel de substitution au sein de chaque établissement peut être utile en la matière. Le contenu de la prise en charge doit toutefois être en adéquation avec la qualification juridique de l'hôpital de jour et la définition de celui-ci (Article R6121-4 CSP – avant dernier alinéa: « Dans les structures d'hospitalisation à temps partiel, de jour ou de nuit, sont mises en œuvre des investigations à visée diagnostique, des actes thérapeutiques, des traitements médicaux séquentiels et des traitements de réadaptation fonctionnelle, ou une surveillance médicale ») Or des difficultés persistent actuellement sur ce qui est attendu de certaines prises en charge en hospitalisation de jour de médecine. La mise en place d'un cadre national rénové est attendue. La T2A se déploie dans le financement du SSR.

- concernant le traitement de l'insuffisance rénale hors centre lourd

Cet enjeu est abordé dans l'objectif général 7 « Repèrer et mieux organiser les filières diabète, d'obésité, d'insuffisance rénale chronique (IRC) ».

- concernant les alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie

Celles-ci sont abordées dans le cadre de l'objectif général 9 « Favoriser le parcours de vie en santé mentale en veillant à limiter les hospitalisations ».

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

1 - Faciliter le développement de l'hospitalisation à domicile (HAD) en améliorant la coordination hôpital/HAD/ville

2 - Accentuer l'intervention de l'HAD dans certaines prises en charge spécifiques

3 - Promouvoir l'innovation en chirurgie ambulatoire

LIENS AVEC LES AUTRES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Objectif général 5 "Accompagner le vieillissement et soutenir les aidants"

Objectif général 6 "Développer les parcours de vie sans rupture pour les personnes souffrant de handicap"

Objectif opérationnel 5 de l'objectif général 7 "Repèrer et mieux organiser les filières diabète, d'obésité, d'insuffisance rénale chronique (IRC)" : appliquer les recommandations HAS de suivi de la maladie rénale chronique

Objectif opérationnel 3 de l'objectif général 8 "Réduire les inégalités sociales et territoriales liées aux cancers" : faciliter l'accès aux progrès et aux innovations thérapeutiques en cancérologie

Objectif opérationnel 2 de l'objectif général 9 "Favoriser le parcours de vie en santé mentale en veillant à limiter les hospitalisations" : développer les prises en charge ambulatoires en adaptant l'offre dans le champ sanitaire, social et médico-social

Objectif général 14 "Mettre en œuvre la révolution numérique en santé"

Objectif général 17 "Garantir l'Efficience des établissements de santé, médico-sociaux et des opérateurs de prévention"

OBJECTIF 1 : FACILITER LE DÉVELOPPEMENT DE L'HOSPITALISATION À DOMICILE (HAD) EN AMÉLIORANT LA COORDINATION HÔPITAL/HAD/VILLE

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

L'HAD correspond à une offre spécifique au sein du système de santé (Article L6122-1 du Code de santé publique). Elle permet de raccourcir ou d'éviter une hospitalisation conventionnelle. Ainsi les structures d'HAD permettent d'assurer, au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés, soins qui se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes (Article R6121-4-1 du Code de Santé Publique).

Il est donc important de rappeler que l'HAD est d'abord une hospitalisation, dont les modes de prises en charge sont décrits dans le guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisées de l'HAD. Si elle intervient majoritairement au décours d'une prise en charge post-aigue à l'hôpital, elle peut être prescrite directement par le médecin traitant et faire appel à des intervenants paramédicaux libéraux. Elle nécessite donc une bonne coordination à la fois avec l'hôpital mais aussi avec le secteur ambulatoire.

L'objectif est d'améliorer cette coordination de manière à faciliter les prises en charges en HAD, voire à lever certaines réticences en la matière, notamment :

- En améliorant l'information des prescripteurs quant aux possibilités de prise en charge offertes par l'HAD ;
- En évoquant l'HAD avec le patient et/ou ses proches, chaque fois que celle-ci apparaît opportune, de manière à éviter une hospitalisation conventionnelle ;
- En préparant le plus en amont possible d'une hospitalisation ou d'une sortie d'hospitalisation l'orientation vers une structure d'HAD si celle-ci apparaît opportune, afin d'assurer une meilleure information et une plus grande adhésion du patient ;
- En adressant à la structure d'HAD une description du tableau clinique, des suites de prise en charge à assurer et de la situation sociale du patient la plus précise possible ;
- En intensifiant les échanges avec le médecin traitant au cours de l'hospitalisation à domicile.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Quel que soit le prescripteur, l'HAD doit être proposée comme mode d'hospitalisation chaque fois qu'elle apparaît opportune ; l'orientation vers l'HAD doit être évoquée auprès du patient et travaillée avec la structure le plus en amont possible (1). Le répertoire opérationnel des ressources (ROR) doit être renseigné et régulièrement mis à jour.

Une description la plus précise possible du tableau clinique, des suites de prise en charge à assurer et de la situation sociale du patient doit être adressée par le prescripteur à la structure d'HAD dès l'admission du malade. Pour ce faire, plusieurs leviers sont mobilisables : lettre de liaison, outil via trajectoire, messagerie sécurisée, association des HAD à l'élaboration et la mise en œuvre des projets médicaux partagés des groupements hospitaliers de territoire (GHT).

Au-delà du recueil des éléments réglementaires (articles D.6124-306 et suivants du CSP) les échanges avec le médecin traitant doivent être réguliers et facilités par les nouveaux outils technologiques, de manière à ce qu'il soit associé pleinement au déroulement de l'hospitalisation à domicile de ses patients. Les interventions paramédicales sont tracées dans le dossier du patient, de manière à traduire fidèlement la nature de la prise en charge dont celui-ci bénéficie. Les éléments permettant une prise en charge en urgence sont disponibles dès que nécessaire.

(1) A titre d'illustration, il convient notamment de citer le dispositif de sortie précoce de chirurgie, via l'HAD, déployé au niveau national en 2016 et dans lequel plusieurs établissements de la région se sont inscrits en lien avec les HAD qui couvrent la zone de résidence de leurs patients.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Information/Communication, Systèmes d'information, télémédecine et e-santé, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

Structures d'HAD (établissements et services), établissements de santé, médecins généralistes, professionnels paramédicaux libéraux intervenant en HAD

POPULATION CONCERNÉE

Toute la population régionale

ETAPES DU PARCOURS

Hospitalisation

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

Plan triennal pour l'efficience et la performance du système de santé (2015-2017)

Stratégie nationale de santé

OBJECTIF 2 : ACCENTUER L'INTERVENTION DE L'HAD DANS CERTAINES PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Depuis 2005, une politique volontariste de développement de l'HAD est constamment menée au niveau national et relayée en région. Les Hauts de France présentent ainsi une situation plus favorable que le reste de la France métropolitaine : le nombre moyen de patients pris en charge par jour pour 100.000 habitants s'établit en effet à 22,92 contre 19,30 au niveau national - plaçant ainsi la région au 3ème rang des régions métropolitaines les mieux équipées – et l'ensemble du territoire est couvert (même si des disparités persistent au niveau infrarégional).

A l'instar de la situation nationale, les 3 principaux modes de prise en charge dans les Hauts de France sont les pansements complexes, les soins palliatifs, et les soins de nursing lourds.

Si des progrès peuvent encore être globalement accomplis en matière de recours à l'HAD (1) et si la recherche d'une amélioration continue de la qualité de la prise en charge doit être maintenue (2), il paraît judicieux de mettre l'accent sur le développement de prises en charge spécialisées, tel que déjà initié dans les SROS nordiste et picard précédemment en vigueur.

Il s'agit en l'occurrence pour les HAD de porter une attention particulière au développement de leurs interventions dans les établissements sociaux et médico-sociaux et en matière de réalisation des chimiothérapies.

En effet :

- Les structures d'HAD peuvent intervenir dans un établissement social ou médicosocial avec hébergement, dès lors que l'état de santé du résident exige une intervention technique, mais sans que, pour autant, cette intervention ne se substitue aux prestations sanitaires et médico-sociales déjà dispensées par l'établissement. Si le taux d'intervention de l'HAD en établissement social et médico-social – en particulier en EHPAD – s'est accru ces dernières années et se situe en région au-delà du niveau national, il reste encore très minoritaire, alors que l'HAD pourrait jouer un rôle important dans l'évitement d'une hospitalisation conventionnelle ou en relai de celle-ci, de manière à en raccourcir la durée ou faciliter le retour du résident dans son lieu de vie.
- Il n'est plus la peine de rappeler à quel point la lutte contre le cancer est une priorité régionale. Dans ce cadre, la réalisation de chimiothérapies à domicile correspond, dans certaines situations, à une aspiration des patients, limitant de fait les déplacements de ces derniers ; est par ailleurs évoqué un développement de la chimiothérapie orale qui doit cependant être préparé et accompagné dans un cadre structuré.

(1) Cf. objectif 1 du présent objectif général visant à faciliter le développement de l'HAD par l'amélioration de l'articulation hôpital/HAD/ville

(2) Cf. objectif 4 de l'objectif général 15 «Garantir l'accès aux urgences, à l'imagerie médicale, aux soins critiques et palliatifs » : développer les prises en charge de proximité en soins palliatifs

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Les coopérations entre établissements disposant d'une autorisation pour l'exercice de l'activité de traitement du cancer selon la modalité de chimiothérapie et les HAD s'intensifient, d'abord pour ce qui concerne les chimiothérapies par voie intraveineuse, puis pour le suivi des chimiothérapies per os si le développement de celles-ci à domicile est jugé opportun et peut être réalisé dans un cadre qui sécurise la pratique et le parcours du patient.

De la même manière, l'intervention de l'HAD en établissement social ou médico-social continue de progresser, permettant des soins techniques aux résidents, évitant des transferts vers les urgences ou vers des unités hospitalières de court séjour, ou facilitant les retours après une prise en charge aiguë. L'évolution de la nature des interventions est par ailleurs à inscrire dans un contexte concerté au niveau régional, notamment au regard de l'évolution du cadre réglementaire (suppression des restrictions d'indication de la HAD (Arrêté du 19 janvier 2017).

Au-delà de cette intervention dans des établissements avec hébergement, la coopération avec le secteur médico-social, et en particulier les SSIAD, se poursuit et continue de s'améliorer.

Les interventions techniques de l'HAD et la mobilisation de son savoir-faire sont facilitées par le déploiement de dispositifs de télé-expertise.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Information/Communication, Contractualisation, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

Structures d'HAD (établissements et services), établissements de santé, médecins généralistes, professionnels paramédicaux libéraux intervenant en HAD, établissements sociaux et médico-sociaux, médecins coordonnateurs d'EHPAD

POPULATION CONCERNÉE

Toute la population régionale

ETAPES DU PARCOURS

Hospitalisation

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

Plan cancer

Stratégie nationale de santé

OBJECTIF 3 : PROMOUVOIR L'INNOVATION EN CHIRURGIE AMBULATOIRE

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

La chirurgie ambulatoire se définit par des prises en charge, durant lesquelles des actes médicaux ou chirurgicaux nécessitant une anesthésie ou le recours à un secteur opératoire sont réalisés, au cours d'un séjour sans nuitée d'une durée inférieure ou égale à douze heures, au bénéfice de patients dont l'état de santé - et l'environnement - correspondent à ces modes de prise en charge. Les prestations délivrées équivalent par leur nature, leur complexité et la surveillance médicale qu'elles requièrent à des prestations habituellement effectuées dans le cadre d'une hospitalisation à temps complet. (Article R6121-4 du Code de Santé Publique, Article D6124-301-1 du Code de Santé Publique).

Le développement de la chirurgie ambulatoire est l'un des axes importants du virage ambulatoire. Il fait l'objet d'une contractualisation entre l'Etat et l'ARS, entre l'ARS et les établissements de santé autorisés à la pratiquer.

Le niveau de recours à la chirurgie ambulatoire est supérieur, dans les Hauts de France, à la moyenne nationale. Dès 2016, les objectifs assignés à la région ont été atteints : le taux de chirurgie ambulatoire global s'est établi à 55% (cible =55,6%) et le taux de chirurgie ambulatoire pour les gestes marqueurs a dépassé les 80% (82,9%) ; la progression annuelle avoisine, quant à elle, 2%. Plusieurs actions ont été menées pour faciliter ce développement en région : accompagnement de la modernisation des locaux et des organisations, tenue de journées régionales d'information et d'échanges, déploiement du projet ISIPAD qui consiste à sécuriser la sortie d'un patient suite à une chirurgie ambulatoire par le passage d'un infirmier libéral au domicile.

Même si des marges de progression demeurent, il convient de préparer l'avenir en promouvant l'innovation en chirurgie ambulatoire. Ces pratiques favorisent une culture ambulatoire au sein des établissements de santé et permettent un développement de compétences au sein des équipes.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Vingt gestes marqueurs sur les cinquante-cinq atteignent un taux de réalisation ambulatoire de 80%. Cette part doit s'accroitre particulièrement en chirurgie digestive. Ce développement, comme celui des gestes innovants, par définition hors gestes marqueurs, exige des conditions qui garantissent au patient le même degré de sécurité et de qualité des soins que si l'intervention était intervenue lors d'un séjour hospitalier plus long. Il repose notamment sur des échanges de bonnes pratiques entre professionnels. Le déploiement du dispositif ISIPAD et sa réorientation vers le soutien à la prise en charge en chirurgie ambulatoire des seuls actes « innovants » contribuent à le favoriser.

A titre d'illustration, il convient de relever que certains établissements participent, dans le cadre d'un appel à projets national, à l'expérimentation visant à procéder à certains traitements chirurgicaux du cancer en ambulatoire ; d'autres expérimentent la pose de prothèses totales (hanche, genou, cheville,…).

Le taux global de chirurgie ambulatoire s'en trouve ainsi amélioré, de même que par les progrès réalisés par les établissements les plus en retard en la matière.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Information/Communication, Contractualisation, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

Etablissements de santé, URPS IDEL, infirmiers libéraux

POPULATION CONCERNÉE

Toute la population régionale

ETAPES DU PARCOURS

Hospitalisation

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

Programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020 ; Plan triennal pour l'efficience et la performance du système de santé (2015-2017) ; Stratégie nationale de santé

OBJECTIF GÉNÉRAL 19 : DÉVELOPPER LA CULTURE ET LE SOUCI PERMANENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS

PROBLÉMATIQUES PRIORITAIRES

Certification des établissements de santé

La certification HAS des établissements de santé a pour objet l'évaluation de la qualité et la sécurité des soins dispensés et de l'ensemble des prestations délivrées. L'ARS doit garantir à tous les usagers un accès à des soins de qualité. De plus, la qualité des soins au niveau des établissements de santé présente de nombreux enjeux de santé publique, organisationnels au sein des établissements, financiers et de positionnement des structures. Le bilan régional de la certification V2010 et V2014 est comparable au bilan national. Cependant, des pistes d'amélioration peuvent être identifiées et certains établissements n'atteignent pas un niveau de certification satisfaisant (A et B).

Culture qualité

L'amélioration de la qualité et la sécurité des soins repose sur deux principaux leviers : la mise en place de démarches continues d'amélioration de la qualité, telles que la certification des établissements de santé et le développement d'une culture de sécurité des soins, ce dernier champ ayant été peu investi dans sa dimension régionale.

Douleur

La prise en charge de la douleur chronique repose sur les structures de prise en charge de la douleur chronique (SDC), organisées en deux niveaux : consultations et centres. La mission principale de celles-ci est d'appréhender la douleur chronique selon un modèle bio-psycho-social, avec une prise en charge reposant d'abord sur une démarche évaluative puis sur un traitement, souvent multimodal, dont l'objectif est réadaptatif.

Ne relevant pas du processus d'autorisation d'activité de soins, les SDC sont identifiées au niveau régional par chaque agence régionale de santé sous la coordination de la direction générale de l'offre de soins (DGOS). Suite à l'instruction ministérielle n° DGOS/pf2/2016/160 du 23 mai 2016, l'ARS Hauts-de-France a procédé au renouvellement de la labellisation des SDC, effective au 1er janvier 2017 pour une durée de 5 ans.

Ont ainsi été labellisés : 15 consultations polyvalentes, 6 centres polyvalents, 2 centres spécialisés (1 en pédiatrie et 1 en cancérologie).

Transfusion

La disponibilité des produits sanguins labiles doit être assurée au travers d'un maillage régional optimal assuré par une implantation des sites EFS et des dépôts de sang en établissements de santé adaptée aux activités de soins qui y sont réalisées

Biologie

Outre la qualité de l'échantillon biologique prélevé en dehors du laboratoire de biologie médicale (LBM) ou de l'établissement de santé, la fiabilité du résultat d'examen de biologie médicale dépend notamment du respect des conditions pré-analytiques s'exprimant généralement en termes de délai d'acheminement des prélèvements vers le site d'analyse, de conditions de température de transport, de conditions de température de stockage, d'exposition à la lumière, de risque d'hémolyse…

L'article D.6211-1 du code de la santé publique prévoit, ainsi, que le manuel unique des procédures pré-analytiques du LBM comporte pour les prélèvements effectués en dehors du LBM ou de l'établissement de santé les choix de transport, de rupture de charge et de stockage éventuel et leurs justifications, compte tenu des spécificités géographiques prises en compte par le schéma régional de santé.

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

1 - Poursuivre l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en établissements de santé en lien avec la procédure de certification HAS

2 - Promouvoir une culture de la qualité et la sécurité des soins des usagers auprès des professionnels de santé

3 - Améliorer l'organisation des Structures d'étude et de traitement de la Douleur Chronique (SDC) labellisées

4 - Adapter les implantations des sites transfusionnels EFS, des dépôts de sang en établissements et de leur type en fonction de l'évolution des activités des établissements et/ou éventuels regroupements

5 - Contribuer à la garantie de la qualité d'une partie de la phase pré-analytique des prélèvements effectués en dehors d'un laboratoire de biologie médicale (LBM) ou d'un établissement de santé

LIENS AVEC LES AUTRES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Objectif général 20 "Assurer la veille et la sécurité sanitaire"

OBJECTIF 1 : POURSUIVRE L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ EN LIEN AVEC LA PROCÉDURE DE CERTIFICATION HAS.

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Pour poursuivre l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en établissements de santé, la place de la procédure de certification HAS, au-delà de son obligation règlementaire, doit être renforcée et pérennisée en tant qu'outil de pilotage des démarches institutionnelles et outil de régulation des établissements par la qualité. Cet objectif requiert la mise en œuvre d'un suivi régional des décisions qui se traduit par l'instauration d'un comité de suivi au sein de l'ARS chargé d'une analyse individualisée et contextualisée des décisions. Les modalités de suivi seront déterminées et pourront donner lieu à un accompagnement efficient des établissements de santé le nécessitant. L'analyse globale des données de certification conduit également à définir les thématiques prioritaires qui pourraient nécessiter un plan d'action régional.
Par ailleurs, il convient de renforcer la collaboration entre l'ARS et la HAS pour promouvoir conjointement la politique qualité et sécurité des soins.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Le résultat attendu est l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements de santé de la région se traduisant par l'augmentation du taux d'établissements certifiées par la HAS en A ou en B

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Amélioration qualité des soins et sécurité des usagers, Contractualisation

ACTEURS CONCERNÉS

Professionnels des établissements de santé

POPULATION CONCERNÉE

Usagers des établissements de santé

ETAPES DU PARCOURS

Hospitalisation

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

Procédure de certification des établissements de santé et des structures visées aux articles L.6133-7, L.6321-1, L. 6147-7 et L.6322-1 du code de la santé publique

OBJECTIF 2 : PROMOUVOIR UNE CULTURE DE LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ DES SOINS DES USAGERS AUPRÈS DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

L'amélioration de la qualité et la sécurité des soins des usagers du système de santé nécessite l'appropriation et la mise en œuvre par les professionnels de santé de connaissances spécifiques.

La culture de qualité et la sécurité désigne un ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels, fondé sur des croyances et des valeurs partagées, qui cherchent continuellement à réduire les dommages liés aux soins. Cette culture est composée de plusieurs dimensions, dont la réponse non punitive à l'erreur, la fréquence de signalement des évènements indésirables, le travail d'équipe entre les différents professionnels et une organisation apprenante visant l'amélioration continue *(Sources HAS)*. Il convient de mettre en œuvre des actions ciblées sur des thématiques identifiées comme prioritaires dans la région au travers d'évènements nationaux ou régionaux et de capitaliser sur l'expérience acquise des professionnels de santé au travers d'échanges pluri professionnels.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Amélioration de l'appropriation par les professionnels de santé de la culture de la qualité et de la sécurité des soins des usagers

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Amélioration qualité des soins et sécurité des usagers, Formation, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

Ensemble des professionnels de santé quel que soit le lieu d'exercice (établissement de santé, établissement médico-social, ambulatoire)

POPULATION CONCERNÉE

Usagers du système de santé

ETAPES DU PARCOURS

Accompagnement et soins de ville, Hospitalisation, Institutionnalisation

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

Programme national pour la sécurité des patients (Instruction DGOS du 12 juillet 2013)

OBJECTIF 3 : AMÉLIORER L'ORGANISATION DES STRUCTURES D'ÉTUDE ET DE TRAITEMENT DE LA DOULEUR CHRONIQUE (SDC) LABELLISÉES

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

L'objectif poursuivi consiste à rendre lisible l'offre régionale de prise en charge de la douleur chronique en SDC de type consultations polyvalentes et centres polyvalents ou spécialisés en pédiatrie et cancérologie.
Il s'agit d'organiser la gradation de la prise en charge de la douleur chronique dans une logique de parcours de soins et en particulier de renforcer l'articulation des missions des SDC avec les professionnels de santé de ville. Il convient ainsi de faciliter l'adressage des patients vers les SDC et d'améliorer le repérage de la douleur chez les personnes peu ou non communicantes.
La mise en œuvre s'appuie sur l'harmonisation des modalités de fonctionnement des SDC sur la base du cahier des charges national de labellisation de 2016.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Les filières graduées de prise en charge de la douleur chronique sont mises en place en région.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Amélioration qualité des soins et sécurité des usagers, Formation, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

Structures d'étude et de traitement de la Douleur Chronique, Acteurs impliqués dans la prise en charge de la douleur chronique dans les 3 secteurs de soins : ville, médico-social et hospitalier, Usager, comme acteur de sa santé

POPULATION CONCERNÉE

Usagers du système de santé

ETAPES DU PARCOURS

Accompagnement et soins de ville, Hospitalisation

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

Instruction ministérielle n° DGOS/PF2/2016/160 du 23 mai 2016

OBJECTIF 4 : ADAPTER LES IMPLANTATIONS DES SITES TRANSFUSIONNELS EFS, DES DÉPÔTS DE SANG EN ÉTABLISSEMENTS ET DE LEUR TYPE EN FONCTION DE L'ÉVOLUTION DES ACTIVITÉS DES ÉTABLISSEMENTS ET/OU ÉVENTUELS REGROUPEMENTS

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Un maillage régional des sites EFS et des dépôts de sang implantés en établissements de santé est indispensable afin d'assurer la disponibilité des produits sanguins et la sécurité transfusionnelle des patients ; il se doit d'être évolutif et de s'adapter aux modifications d'activité des structures de soins.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Adéquation entre implantations des sites EFS, des dépôts de sang en établissements de santé et la disponibilité des produits sanguins labiles selon les besoins des patients

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Amélioration qualité des soins et sécurité des usagers, Formation, Contractualisation

ACTEURS CONCERNÉS

Cellule régionale d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle Hauts de France (CRHST HDF)
EFS Nord de France
Etablissements de santé transfuseurs
Etablissements de santé disposant de dépôts de sang (dépôts de délivrance, dépôts d'urgence, dépôts relais, dépôts d'urgence-relais)

POPULATION CONCERNÉE

Patients transfusés

ETAPES DU PARCOURS

Hospitalisation

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

L'organisation de l'EFS est nationale. Les implantations des sites EFS et des dépôts sont identifiées dans les SOTS (shéma d'organisation de la transfusion sanguine) de chaque EFS régional ; le dernier concernant notre région date du 20 décembre 2017 (cf arrêté du 20 décembre 2017 relatif au schéma d'organisation de la transfusion sanguinede Hauts-de-France-Normandie (code de santé publique, articles R 1224-1, R 1224-2, R 1224-3, R 1224-4)

OBJECTIF 5 : CONTRIBUER À LA GARANTIE DE LA QUALITÉ D'UNE PARTIE DE LA PHASE PRÉ-ANALYTIQUE DES PRÉLÈVEMENTS EFFECTUÉS EN DEHORS D'UN LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE (LBM) OU D'UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Pour des motifs tenant à la qualité d'une partie de la phase pré-analytique des examens de biologie médicale, les lieux de rupture de charge et de stockage des prélèvements de biologie médicale effectués en dehors d'un LBM ou d'un établissement de santé ne sont pas autorisés dans les communes disposant d'au moins un site de laboratoire de biologie médicale.

Dans les zones géographiques autorisées, la rupture de charge et le stockage des prélèvements réalisés en dehors d'un LBM ou d'un établissement de santé doivent être effectués dans des conditions garantissant :

- le maintien de la qualité des prélèvements par l'utilisation d'équipements adaptés, la fixation des heures et des lieux de dépôt des prélèvements,
- la sécurisation des prélèvements dans les lieux de rupture de charge et de stockage à des fins de prévention des risques d'exposition du personnel et du public,
- la prise en charge des prélèvements par du personnel formé aux bonnes conditions de réception et de stockage des prélèvements.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Respect des zones géographiques où les lieux de rupture de charge et de stockage des prélèvements effectués en dehors d'un LBM ou d'un établissement de santé sont autorisés

Respect des conditions de rupture de charge et de stockage garantissant la préservation de la qualité des prélèvements effectués en dehors d'un LBM ou d'un établissement de santé et leur sécurisation

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Amélioration qualité des soins et sécurité des usagers, Formation, Contractualisation, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

Laboratoires de biologie médicale, Officines de pharmacie, Cabinets médicaux, Cabinets infirmiers

POPULATION CONCERNÉE

Usagers du système de santé

ETAPES DU PARCOURS

Accompagnement et soins de ville, Hospitalisation

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

Article D.6211-1 du code de la santé publique

ORIENTATION STRATÉGIQUE 5 : ASSURER LA VEILLE ET LA GESTION DES RISQUES SANITAIRES

OBJECTIF GÉNÉRAL 20 : ASSURER LA VEILLE ET LA SÉCURITÉ SANITAIRE

PROBLÉMATIQUES PRIORITAIRES

L'épidémiologie des BMR/BHRe en région Hauts-de-France est défavorable. D'une part, les données du réseau de surveillance BMR Raisin 2013, objectivent une incidence très élevée de la résistance bactérienne à l'hôpital (SARM et EBLSE), supérieure à l'incidence nationale en Nord-Pas de Calais et en Picardie. D'autre part, dans le cadre du signalement des infections associées aux soins, nous observons une situation inquiétante avec la montée en puissance des signaux liés aux bactéries hautement résistantes émergentes (BHRe), tant en nombre de signalements liés aux BHRe qu'en terme d'ampleur de ces signalements (épidémies). Par ailleurs, la surveillance des doses définies journalières (DDJ) objective un volume des prescriptions antibiotiques supérieur à la moyenne nationale en 2015, tant pour l'ex Nord-Pas de Calais que pour l'ex Picardie. Antibiorésistance et émergence des BMR-BHRe sont intimement liés et méritent notre attention.

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a confié aux agences régionales de santé de nouvelles responsabilités en matière de vigilances sanitaires. L'agence régionale de santé Hauts-de-France est ainsi responsable, en lien avec les agences sanitaires nationales (ANSES, ANSP, ABM et ANSM), de l'organisation et de la couverture territoriale des vigilances sanitaires. A cet effet, elle est chargée de constituer et d'animer un réseau régional de vigilances et d'appui et de coordonner l'activité des structures régionales impliquées dans les vigilances sanitaires qui la composent, en vue d'améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge en santé dans la région.

La prise en charge médicamenteuse du patient dans le parcours de soins a pour objectif, d'assurer au « bon patient » l'apport du « bon médicament », à la « bonne posologie », selon la « bonne voie », dans les conditions de sécurité d'emploi. Il s'agit d'un processus systémique complexe, pluriprofessionnel, présentant de nombreuses interfaces tant au niveau de la prescription, de la dispensation que de l'administration et de la surveillance. Les risques de rupture de la continuité du traitement médicamenteux existent et se situent aux points de transition du parcours de soins.

Les urgences de santé publique sont caractérisées par leur caractère inhabituel – que ce soit en termes de nature du danger ou d'ampleur de l'impact. Pour répondre à ces signaux, les plateformes régionales de veille et urgence sanitaires se doivent d'être vigilantes, réactives, et transversales. Récemment, le paysage sanitaire national et régional s'est modifié : réforme territoriale, création de l'ANSP... D'autres mouvements sont en cours : mise en œuvre de la réforme des vigilances, travail sur le signalement dématérialisé (eDO), etc. Dans ce contexte mouvant, il est important de consolider les structures et réseaux existants, afin de garantir la veille, et la gestion des alertes de santé publique.

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

1 - Prévenir l'émergence et la diffusion des BMR/BHRe dans les trois secteurs de soins (communautaire, médicosocial, et hospitalier)

2 - Mettre en place de de la Coordination régionale des vigilances sanitaires au service de la sécurité sanitaire

3 - Améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse

4 - Détecter et répondre aux urgences de santé publique (hors champs des situations exceptionnelles)

LIENS AVEC LES AUTRES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Objectif général 19 "Développer la culture et le souci permanent de la qualité et de la sécurité des soins"

OBJECTIF 1 : PRÉVENIR L'ÉMERGENCE ET LA DIFFUSION DES BMR/BHRE DANS LES TROIS SECTEURS DE SOINS (COMMUNAUTAIRE, MÉDICO-SOCIAL ET HOSPITALIER).

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

L'objectif consiste à favoriser tout au long du parcours de soins la mise en œuvre des bonnes pratiques d'hygiène (précautions standard, précautions complémentaires contact, recommandations BHRe) en prévention de la transmission croisée des BMR/BHRe, ainsi que du bon usage des antibiotiques, en prévention de l'émergence des résistances et de leur expression, dans les trois secteurs.

Références : Instruction DGS/RI1/DGOS/PF2/DGCS no 2015212 du 19 juin 2015, Instruction DGCS/SPA/2016/195 du 15 juin 2016, Instruction DGOS/PF2/DGS/RI1/DGCS/2015/202 du 15 juin 2015

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Le déploiement du PROPIAS et l'application de l'instruction du 19 juin 2015 - relative à la mise en œuvre de la lutte contre l'antibiorésistance, permettant d'accroître la connaissance et donc la mise en œuvre des bonnes pratiques d'hygiène et du bon usage des antibiotiques dans l'objectif de maîtriser l'écologie régionale, notamment de contenir l'émergence des BMR-BHRe - sera poursuivi en région.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Amélioration qualité des soins et sécurité des usagers, Formation, Surveillance et observation de la santé, Systèmes d'information, télémédecine et e-santé, Contractualisation, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

Assurance maladie ; CPIAS; CIRE ; OMEDIT ; Réseau des infectiologues ; Réseau des hygiénistes ; Réseau des laboratoires de biologie ; Les professionnels de santé en milieux hospitalier, médicosocial et communautaire, ainsi que les fédérations les représentant ; L'usager, propre acteur de sa santé, en collaboration avec les professionnels

POPULATION CONCERNÉE

Toute personne susceptible d'entrer dans un parcours de soins dans les secteurs libéral, médico-social, et hospitalier des Hauts-de-France.

ETAPES DU PARCOURS

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

- Programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS)
- Plan national d'Alerte sur les antibiotiques 2011-2016

OBJECTIF 2 : METTRE EN PLACE UNE COORDINATION RÉGIONALE DES VIGILANCES SANITAIRES

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a confié aux agences régionales de santé de nouvelles responsabilités en matière de vigilances sanitaires. L'agence régionale de santé Hauts-de-France est ainsi responsable, en lien avec les agences sanitaires nationales (ANSES, ANSP, ABM et ANSM), de l'organisation et de la couverture territoriale des vigilances sanitaires. A cet effet, elle est chargée de constituer et d'animer un réseau régional de vigilances et d'appui et de coordonner l'activité des structures régionales impliquées dans les vigilances sanitaires qui la composent, en vue d'améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge en santé dans la région.

L'objectif consiste à organiser le recueil des signalements à l'échelle régionale, d'assurer la promotion du portail des signalements des évènements sanitaires indésirables.

Il convient de mettre en place un réseau régional de vigilances et d'appui (RRéVA), de piloter les structures régionales de vigilance et d'appui (SRVA) en lien avec les agences nationales concernées, ainsi que de mettre en œuvre la politique de développement de la qualité et de la sécurité des prises en charge en santé.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

La déclaration des évènements sanitaires indésirables est devenue un réflexe pour les professionnels de santé et les particuliers y compris le fait de développer la culture positive de la déclaration et de la protection du déclarant.

Sont attendus une meilleure efficience du traitement des signalements ainsi que des plans d'actions correctrices par la mise en place du RRéVA.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Amélioration qualité des soins et sécurité des usagers, Information/Communication, Formation, Systèmes d'information, télémédecine et e-santé, Contractualisation, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

Les SRVA membres du RRéVA ; Les professionnels de santé en milieux hospitalier, médicosocial et communautaire ; Les fédérations, URPS, Ordres professionnels,facultés de médecine et pharmacie et IFSI ; Les associations de patients ou les commissions des usagers.

POPULATION CONCERNÉE

L'ensemble des usagers des systèmes de soins habitant la région des Hauts de France.

ETAPES DU PARCOURS

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

Programme national pour la sécurité des patients (PNSP) ;Programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS) ; Plan national de prévention des risques pour la santé liés à l'environnement ; Programme national relatif à la nutrition et à la santé ; Programmes de travail des agences et autorités sanitaires nationales (ANSM, ANSES, ANSP, HAS et MASS)

OBJECTIF 3 : POURSUIVRE LA DÉMARCHE « QUALITÉ-SÉCURITÉ » DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT DANS SON PARCOURS DE SOINS

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

L'objectif poursuivi consiste à développer la culture positive du signalement des erreurs médicamenteuses, des événements indésirables et effets indésirables médicamenteux, y compris en l'absence de conséquences, ainsi que la culture de gestion des risques associés « au médicament » avec les méthodes d'analyse des risques et les retours d'expérience. Il s'agit d'améliorer le repérage des risques liés à la prise en charge médicamenteuse. La mise en œuvre de cet objectif s'appuie sur la diffusion des bonnes pratiques de sécurisation du circuit du médicament en établissements de santé et médico-sociaux et de dispensation des médicaments dans les pharmacies de ville. Il convient aussi de favoriser la transmission d'informations complètes et exactes sur les médicaments du patient, entre professionnels de santé aux points de transition du parcours de soins. Enfin, dans le cadre du bon usage des médicaments et de la lutte contre la iatrogénie, il est nécessaire de diffuser les recommandations de pharmacovigilance et d'addictovigilance et de poursuivre la lutte contre l'antibiorésistance.

Références : Arrêté du 28 décembre 2016, Arrêté du 28 novembre 2016, Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016, Décret n°2016-1151 du 24 août 2016 ; Guides ANAP d'évaluation du circuit du médicament en EHPAD ; Guide ARS Auvergne-Rhône-Alpes mai 2016 – Sécurisation du circuit du médicament dans les structures médicalisées pour adultes handicapés sans pharmacie à usage intérieur ; Le circuit du médicament et des dispositifs médicaux en HAD – U.N.E.M.H. avec la Mutualité française - version juillet 2009 ; Mette en œuvre la conciliation médicamenteuse des traitements médicamenteux en établissement de santé – Sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient lors de son parcours de soins – HAS décembre 2016 ; Etude ENEIS I et II.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Il s'agit de mettre en œuvre le programme d'actions pour la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient dans son parcours de soins défini par le RRéVA dans le cadre de la politique de prise en charge en santé. Le dispositif de suivi des établissements de santé et médico-sociaux permet de répondre aux exigences de la certification, de leur CPOM, du CAQES,… (en lien avec l'objectif stratégique « Qualité et sécurité des soins »).

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Amélioration qualité des soins et sécurité des usagers, Formation, Surveillance et observation de la santé, Systèmes d'information, télémédecine et e-santé, Contractualisation, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

La (les) structure(s) régionale(s) d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients dans le cadre du RRéVA ; L'OMEDIT ; Les établissements sanitaires et médico-sociaux, professionnels libéraux visés par l'objectif opérationnel ; Les usagers, acteurs de leur santé

POPULATION CONCERNÉE

L'ensemble des usagers des systèmes de soins habitant la région Hauts-de-France

ETAPES DU PARCOURS

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

Programme national pour la sécurité des patients

OBJECTIF 4 : DÉTECTER ET RÉPONDRE AUX URGENCES DE SANTÉ PUBLIQUE (HORS CHAMPS DES SITUATIONS EXCEPTIONNELLES)

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

L'objectif poursuivi consiste à assurer la détection précoce des signaux constituants de possibles urgences de santé publique, en favorisant le signalement au PFR et la remontée des données issues des systèmes de surveillance à visée d'alerte. A déclencher la plateforme régionale de veille et d'urgence sanitaires (PRVUS), celle-ci devant bénéficier des compétences adaptées à la nature de la situation sanitaire gérée, en s'appuyant sur la transversalité en interne et l'animation de ses partenaires en externe.La plateforme assure le suivi spécifique d'un évènement sanitaire qualifié d'urgence de santé publique, d'une part par l'analyse du risque sanitaire, et d'autre part par la mise en œuvre opérationnelle d'actions proportionnées pour le maîtriser et le prévenir. Enfin de capitaliser sur l'expérience acquise, notamment par la mise en œuvre de Retex, et l'organisation régulière de formations et échanges de pratiques.

Références : Instruction DGS/DUS/SGMAS/SHFDS n° 2016-40 du 22 janvier 2016, Instruction DGS/DUS/CORRUSS no 2013-274 du 27 juin 2013

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Sont attendues la consolidation de la plateforme de veille et urgence sanitaires, et l'animation de son réseau de partenaires régionaux, dans un contexte récent de réforme territoriale, et dans la perspective d'évolution du signalement au PFR, en quantité et en qualité, avec le déploiement du portail des vigilances et e-DO.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Amélioration qualité des soins et sécurité des usagers, Formation, Surveillance et observation de la santé, Systèmes d'information, télémédecine et e-santé, Contractualisation, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

Le RRéVA, SZDS, Partenaires institutionnels (ex. : préfecture, DDPP, DREAL, DIRECCTE, services médicaux de l'éducation nationale, services médicaux des conseils départementaux, etc.),

POPULATION CONCERNÉE

La population de la region des Hauts de France

ETAPES DU PARCOURS

OBJECTIF GÉNÉRAL 21 : SE PRÉPARER À LA GESTION DES SITUATIONS EXCEPTIONNELLES

PROBLÉMATIQUES PRIORITAIRES

La sphère « santé » compte un nombre important d'acteurs (secteurs sanitaire, libéral, médico-social) aux vulnérabilités et aux cultures de crise différentes. De plus, la fusion récente des ARS du Nord-Pas-de-Calais et de la Picardie démontre également l'importance de disposer d'une réponse cohérente sur l'ensemble du territoire régional. Enfin, le caractère transfrontalier de notre territoire nécessite de renforcer la coopération et la coordination avec les acteurs et autorités belges, britanniques et de la préfecture maritime.

La réglementation relative aux obligations des établissements en matière de défense et de sécurité est abondante, mais dispersée au sein du Code de la Santé Publique, du Code de l'Action Sociale et des Familles, circulaires et instructions diverses… La prise en compte et l'application de ces dispositions par les opérateurs sont parfois hétérogènes et il convient de mettre en place une politique déterminée de suivi, d'accompagnement et de contrôle.

Au regard des analyses des risques réalisées, et conformément aux instructions ministérielles et plans NRBC, on estime à plus de 10000 le nombre de soignants formés nécessaire pour assurer l'opérationnalité des chaînes de décontamination dans les établissements de santé de la Zone nord. A cette exigence s'ajoute la nécessaire formation aux spécificités du Damage Control, innovation de doctrine issue des retours d'expérience des attentats récents. Ce mode d'action, adapté aux exigences opérationnelles d'une situation d'attentat, permet aux hôpitaux d'absorber un grand nombre de victimes grâce à une évacuation rapide des victimes et à un geste chirurgical se limitant à stopper l'hémorragie.

La gestion de la pandémie grippale en 2009 a montré que l'intégration du secteur libéral pouvait être améliorée. Au-delà des seules situations d'épidémie, les professionnels de santé libéraux contribuent à limiter les hospitalisations évitables, et peuvent également constituer un renfort appréciable en cas de SSE.

La réponse aux risques NRBC et à la menace terroriste impliquent l'utilisation de matériel et d'équipements spécifiques, dont les établissements de santé de la région sont insuffisamment dotés.

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

1 - Accroître l'efficience et la coordination de la réponse sanitaire aux SSE

2 - Accompagner l'application des dispositions réglementaires relatives à la défense et à la sécurité

3 - Intensifier la formation des professionnels de santé aux risques majeurs Formaliser l'implication du secteur libéral dans la réponse aux SSE

4 - Formaliser l'implication du secteur libéral dans la réponse aux SSE

5 - Adapter le dimensionnement et le positionnement des moyens opérationnels de réponse aux SSE

LIENS AVEC LES AUTRES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

OBJECTIF 1 : ACCROÎTRE L'EFFICIENCE ET LA COORDINATION DE LA RÉPONSE SANITAIRE AUX SSE

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

L'une des conditions sine qua non d'une réponse efficace et coordonnée réside dans l'harmonisation de l'organisation sanitaire au sein des 5 départements de la zone de défense Nord. Le dispositif ORSAN constitue l'un des moyens d'élaborer une organisation connue de tous les partenaires, et répondant aux particularités du territoire régional.

De plus, par son positionnement géographique, l'ARS Hauts de France veillera également à la protection des populations de part et d'autre de la frontière en développant les interfaces avec les autorités sanitaires Belges. Cette coopération, qui s'exprime déjà au quotidien dans le cadre de l'Aide Médicale Urgente, pourrait être élargie et formalisée afin d'aboutir à une assistance mutuelle lors de situations sanitaires exceptionnelles.

La frontière maritime avec le Royaume-Uni, ainsi que la présence du lien fixe transmanche, sont également porteurs de problématiques sanitaires diverses : demandeurs d'asile et réfugiés, exercices de gestion de crise binationaux. A cela s'ajoute la présence sur le territoire de 2 points d'entrée internationaux (Grand Port Maritime de Dunkerque et aéroport de Beauvais-Tillé) qu'il convient d'accompagner dans l'application du Règlement Sanitaire International.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

L'harmonisation de la réponse sanitaire aux SSE devrait avoir pour effet de clarifier le rôle et les actions de l'ARS en SSE, sur l'ensemble du territoire régional, et d'améliorer les interfaces et les relations entre les établissements. Ces synergies pourraient s'avérer déterminantes, notamment dans l'éventualité de situations à nombreuses victimes ou d'évènements climatiques.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Formation, Surveillance et observation de la santé, Systèmes d'information, télémédecine et e-santé, Contractualisation, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

Fédérations hospitalières, établissements de santé, Etablissements et Services Médico-sociaux, SAMU, préfectures de département et de zone, préfecture maritime, conseils de l'ordre, autorités belges et britanniques.

ETAPES DU PARCOURS

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

Cf : INSTRUCTION N° DGS/DUS/SGMAS/2014/153 du 15 mai 2014 relative à la préparation du système de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles

OBJECTIF 2 : ACCOMPAGNER L'APPLICATION DES DISPOSITIONS RÉGLEMENTAIRES RELATIVES À LA DÉFENSE ET À LA SÉCURITÉ

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

De nombreux retours d'expérience, ainsi que les enquêtes sur site et contrôles réalisés ces dernières années ont montré que les établissements disposaient de réels axes d'amélioration dans le domaine de la préparation à la gestion de crise.

L'ARS inclura dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, conclus avec les établissements de santé, les objectifs qui leur sont fixés dans le cadre du dispositif ORSAN.

Il conviendra en outre pour l'ARS de s'assurer que les orientations retenues dans ORSAN soient appliquées au niveau des opérateurs, par la poursuite d'un programme volontariste de suivi, d'inspection et de contrôle.

Positionnée comme pilote de l'objectif général relatif à la sécurisation des établissements, l'ARS les accompagnera dans la prise en compte effective des questions de sûreté.

La gestion des situations exceptionnelles s'organisera par ailleurs à l'échelle des groupements hospitaliers de territoire pour les établissements qui les composent.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Une relance du suivi et du contrôle auprès des opérateurs santé devrait inciter les établissements à se doter de procédures fiables et opérationnelles. La problématique sûreté, parfois méconnue des établissements, sera désormais prise en compte, y compris dans le secteur médico-social. Il conviendra dès lors de s'attacher à faciliter la tâche des opérateurs, par la création d'aides méthodologiques, la publication de guides pratiques…

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Surveillance et observation de la santé, Systèmes d'information, télémédecine et e-santé, Contractualisation, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

Fédérations hospitalières, établissements de santé, établissements médico-sociaux, SAMU, Forces de sécurité intérieure, préfectures

ETAPES DU PARCOURS

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

Cf . Code de la santé Publique- l.3131-7, R.3131-4 ; Instruction du 4 novembre 2016 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé

OBJECTIF 3 : INTENSIFIER LA FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ AUX RISQUES MAJEURS

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

La capacité du système de santé à prendre en charge, et à orienter rapidement des victimes d'évènements occasionnant de nombreuses victimes représente une priorité absolue. Or, la mise en place d'une filière de soins « damage control » repose sur la formation des professionnels et l'acquisition de matériels spécifiques. Il en va de même pour la prise en charge de patients contaminés par des agents chimiques, nucléaires ou biologiques. Dès lors, l'opérationnalité des dispositifs de crise ORSAN / ORSEC est en grande partie corrélée au nombre de personnels effectivement formés, et à l'organisation d'exercices consacrés à l'application de ces protocoles spécifiques

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Il s'agira de disposer d'un nombre conséquent de professionnels de santé formés, afin d'être en mesure de répondre à l'ensemble des risques identifiés par la planification ORSEC et ORSAN.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Formation, Systèmes d'information, télémédecine et e-santé, Contractualisation, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

ESR, fédérations hospitalières, établissements de santé, SAMU.

POPULATION CONCERNÉE

Professionnels de santé

ETAPES DU PARCOURS

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

OBJECTIF 4 : FORMALISER L'IMPLICATION DU SECTEUR LIBÉRAL DANS LA RÉPONSE AUX SSE

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Le dispositif ORSAN attribue à chaque acteur de la réponse sanitaire un rôle dans la gestion d'une situation sanitaire exceptionnelle. Dans ce cadre, une meilleure intégration du secteur libéral, par l'élaboration de schémas d'alerte consolidés ou la rédaction de documents standardisés, permettrait de réduire les recours aux urgences et la part d'hospitalisations évitables dans un contexte de situation sanitaire exceptionnelle.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

La création de documents opérationnels (fiches diagnostics, schéma et annuaire d'alerte, etc.) à destination des professionnels de santé devrait largement accélérer, faciliter et sécuriser l'intervention de ces professionnels en SSE. Une meilleure intégration du secteur libéral permettrait par exemple de limiter les tensions hospitalières en période hivernale, et limiter les sorties SMUR aux seuls cas d'urgence. Par ailleurs, les synergies entre acteurs traditionnels de secours (SAMU/SMUR, etc.) et secteur libéral pourraient être améliorées par la participation à des exercices communs.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Systèmes d'information, télémédecine et e-santé, Contractualisation, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

ARS / URPS / Professionnels de santé

POPULATION CONCERNÉE

Professionnels de santé

ETAPES DU PARCOURS

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

OBJECTIF 5 : ADAPTER LE DIMENSIONNEMENT ET LE POSITIONNEMENT DES MOYENS OPÉRATIONNELS DE RÉPONSE AUX SSE

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

La qualité de la réponse apportée aux situations sanitaires exceptionnelles repose en grande partie sur la disponibilité du matériel nécessaire. Or, les moyens et consommables utilisés lors d'évènements de type terroriste ou NRBC sont rares et donc inégalement répartis sur le territoire. Il conviendrait que chaque point du territoire régional dispose des moyens opérationnels proportionnés en vue de répondre à toute situation occasionnant de nombreuses victimes, dans le respect des effets à obtenir définis au sein d'ORSAN. A titre d'exemple, la zone Nord doit notamment être en mesure d'accueillir simultanément 4 à 5 patients hautement infectieux.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Disposer de matériel Damage Control est une condition sine qua non pour être en mesure de répondre de manière adaptée aux particularités d'un attentat occasionnant des traumatisés de masse. De la même façon, la région doit s'appuyer sur des moyens spécifiques liés aux risques infectieux et biologiques, pour faire face efficacement à des situations telles que l'apparition de patients atteints de Fièvre Hémorragique Virale (FHV) ou de Corona Virus (Mers-Cov), avec un risque amoindri de propagation.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Investissements immobiliers et équipements, Contractualisation

ACTEURS CONCERNÉS

Etablissements de santé, SAMU, ANSP

POPULATION CONCERNÉE

ETAPES DU PARCOURS

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

ORIENTATION STRATÉGIQUE 6 : RENFORCER LES SYNERGIES TERRITORIALES ET PRIORISER LES ACTIONS EN FONCTION DES SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES

OBJECTIF GÉNÉRAL 22 : PROMOUVOIR LES SYNERGIES TERRITORIALES

PROBLÉMATIQUES PRIORITAIRES

La territorialisation est une des priorités de la loi de modernisation. On constate notamment l'arrivée de nouveaux dispositifs territorialisées (groupement hospitalier de territoire (GHT), plateforme territoriale d'appui (PTA), projet territorial de santé mentale (PTSM), …) et la continuité de dispositifs existants. Si une nouvelle complexité territoriale (TDS, zonages ...) se met en place, le besoin d'une cohérence dans la proximité apparait nécessaire.

La nouvelle démocratie sanitaire territoriale et l'évolution de la posture des acteurs de la santé dans la mise en œuvre de la politique est de nature aussi à faire évoluer la territorialisation du PRS 2. L'article R 1434-29 (créé par le décret n° 2016-1024 du 26 juillet 2016) précise que le directeur général de l'agence régionale de santé délimite, au sein de la région, des territoires de démocratie sanitaire afin de permettre, dans chaque territoire :

- la mise en cohérence des projets de l'agence régionale de santé, des professionnels et des collectivités territoriales ;
- la prise en compte de l'expression des acteurs du système de santé et notamment celle des usagers.

Les conseils territoriaux de santé ont un rôle renforcé dans les territoires et une participation à l'élaboration du PRS 2 ainsi que lors de sa mise en œuvre. Par ailleurs, plusieurs des nouveaux dispositifs promeuvent l'initiative des acteurs.

Les évaluations des PRS 1, le diagnostic des Hauts-de-France et les concertations ont montré un certains nombres de difficultés dans la territorialisation du PRS de première génération.

- On constate un besoin de coordination majeur dans les territoires. Dans un contexte de tension de la démographie des professionnels de santé dans les territoires, plus que la création de nouvelles structures qui rendrait encore plus complexe l'orientation du patient dans son parcours de soins et de santé, l'objectif est de s'appuyer sur les nouveaux dispositifs pour d'améliorer la lisibilité et la coordination des acteurs existants (équipes de soins primaires, communautés professionnelles territoriales de santé, plateformes territoriales d'appui)
- La région des hauts de France dispose d'une offre hospitalière publique et privée de proximité qui reste fragile et qui nécessite de s'appuyer sur des coopérations pour être pérennisée.
- L'hétérogénéité des CLS questionne les évolutions à envisager, dans le cadre des CLS2. Les 26 CLS existants couvrent 40% de la population régionale et sont fortement orientés prévention avec la dimension 1 recours dans les territoires à dominante rurale. Certains rencontrent de réels problèmes de dynamiques.
- Concernant la politique de la ville et ses différents dispositifs (ARMS, ASV), il existe un déséquilibre entre départements et des pratiques différentes. Pour les contrats de ruralité, ils sont en cours d'élaboration.

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Décliner le PRS dans les territoires selon 5 priorités élaborés en collaboration avec les représentants des territoires (CTS)

Mettre en œuvre les dispositifs « territorialisés » de la loi avec la participation des acteurs des territoires et les partenaires :

- Soutenir une organisation des soins de ville adaptée à chaque territoire et à chaque patient en accompagnant le déploiement des nouvelles formes de coordination des professionnels de santé
- Garantir un panier de soins hospitaliers public et privé de proximité en s'appuyant sur des coopérations
- Développer une politique locale de santé urbaine et rurale en assurant une cohérence entre les dispositifs existants et en favorisant les partenariats

LIENS AVEC LES AUTRES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Tous les objectifs généraux

OBJECTIF 1 : DÉCLINER LE PRS DANS LES TERRITOIRES SELON 5 PRIORITÉS ÉLABORÉES EN COLLABORATION AVEC LES REPRÉSENTANTS DES TERRITOIRES

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

La définition des priorités territoriales du SRS se construit à partir d'un croisement de plusieurs démarches.

Tout d'abord la démarche régionale définit des orientations à partir de la loi de modernisation du système de santé, du diagnostic territorialisé des Hauts-de-France, de l'évaluation des PRS1.

Ensuite, pour chaque orientation, des objectifs opérationnels sont définis à partir de diagnostics complémentaires et des concertations qui ont mobilisé plus de 500 professionnels de santé, partenaires institutionnels et usagers.

Enfin, les conseils territoriaux, à partir de diagnostics partagés des territoires de démocratie sanitaire définissent leurs spécificités.

Ces démarches conduisent à 5 priorités par territoire de démocratie sanitaire. Ces priorités signifient que des actions seront mises en place sur ces objectifs et dans ces territoires sur la période du PRS 2. A l'inverse ce qui n'est pas une priorité ne signifie pas qu'il n'y aura pas d'actions.

Ces priorités constituent le socle du projet de chaque territoire de démocratie sanitaire. C'est un levier pour mobiliser les acteurs du territoire et les conseils territoriaux de santé.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

A court terme sont conçus 6 projets de territoires, avec une partie "diagnostic partagé" et 5 priorités par territoires de démocratie sanitaire.

Pendant la durée du PRS 2, un suivi est réalisé et partagé avec les conseils territoriaux de santé sur la mise en oeuvre des actions concernant ces priorités.

Le cas échéant, les priorités sont revues si certaines ne sont plus pertinentes.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Amélioration qualité des soins et sécurité des usagers, Information/Communication, Mobilisation de la démocratie sanitaire, Contractualisation, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

Tous les acteurs

POPULATION CONCERNÉE

Toute la population

ETAPES DU PARCOURS

Accompagnement et soins de ville, Hospitalisation, Institutionnalisation, Prévention primaire, comportements, Répérage, Dépistage

OBJECTIF 2 "DISPOSITIF TERRITORIAL": SOUTENIR UNE ORGANISATION DES SOINS DE VILLE ADAPTÉE À CHAQUE TERRITOIRE ET À CHAQUE PATIENT EN ACCOMPAGNANT LE DÉPLOIEMENT DES NOUVELLES FORMES DE COORDINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Dans un contexte de tension de la démographie des professionnels de santé, plus que la création de nouvelles structures qui rendrait encore plus complexe l'orientation du patient dans son parcours de soins et de santé, l'objectif sera d'améliorer la lisibilité et la coordination des acteurs existants afin d'optimiser les ressources et diminuer les ruptures de parcours des patients par l'accompagnement de nouvelles formes de coordination : équipes de soins primaires, communautés professionnelles territoriales de santé, plateformes territoriales d'appui.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

L'adaptation de l'offre de soins est effective pour répondre aux besoins sur chacun des territoires grâce à l'accompagnement des équipes de soins primaires, communautés professionnelles de territoire, plateformes territoriales d'appui, en cohérence avec l'ensemble des structures d'offre déjà existantes et des dispositifs de coordination de l'ensemble des champs de l'offre (ambulatoire et hospitalier). Un impératif sera donc d'adapter ces dispositifs aux particularités des territoires d'initiatives professionnelles.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Mesures d'aide à l'installation des professionnels de santé, Amélioration qualité des soins et sécurité des usagers, Formation, Systèmes d'information, télémédecine et e-santé, Contractualisation, Outils d'appui des acteurs du soin, médico-sociaux et de la prévention

ACTEURS CONCERNÉS

L'ensemble des professionnels de santé, les URPS, les structures d'appui à la coordination existantes par type de population (ex : personnes âgées, soins palliatifs, personnes handicapées etc)

POPULATION CONCERNÉE

Toute la population est concernée

ETAPES DU PARCOURS

Accompagnement et soins de ville, Répérage, Dépistage

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

le Pacte Territoire Santé

OBJECTIF 3 : GARANTIR UN PANIER DE SOINS HOSPITALIERS PUBLICS ET PRIVÉS DE PROXIMITÉ ET UNE ORIENTATION ADÉQUATE, DÈS QUE NÉCESSAIRE, VERS UN PLATEAU TECHNIQUE DE RECOURS, EN S'APPUYANT SUR DES COOPÉRATIONS HOSPITALIÈRES DANS UNE OPTIQUE DE GRADATION

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

L'évolution des techniques et pratiques médicales, les exigences en termes de qualité et de sécurité des soins, les tensions sur la démographie médicale, la recherche d'efficience constituent autant de facteurs qui rendent nécessaires le développement et le renforcement des coopérations entre les établissements de santé.

Ces coopérations permettent de préciser le rôle et les missions de chaque établissement de santé au sein de la zone d'activités de soins à laquelle il appartient, de rendre lisible l'offre de soins et sa gradation, de mutualiser les compétences, d'assurer au patient qu'il sera orienté vers l'équipe ou le service le plus à même de le prendre en charge, tenant compte de ses besoins et de son lieu d'habitation. In fine, l'objectif consiste donc à garantir à la population, grâce à ces coopérations, un accès à un panier de soins de proximité répondant aux besoins urgents et les plus fréquents et, si nécessaire, une orientation adéquate vers un service proposant une prise en charge plus spécialisée.

C'est dans cette optique que plusieurs projets hospitaliers de territoire ont été élaborés et mis en œuvre dans la région ; impliquant des établissements publics et privés d'intérêt collectif, ils contribuent à la redéfinition de l'offre de soins sur des zones d'activités de soins, à l'adaptation de celle-ci aux besoins de la population et à la création de filières de prise en charge, participant ainsi à la viabilité des établissements.

La loi de modernisation de notre système de santé (Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016) a substitué, pour sa part, les groupements hospitaliers de territoire (GHT) aux communautés hospitalières de territoire (CHT). Chaque établissement public de santé, sauf dérogation tenant à sa spécificité dans l'offre de soins territoriale, est partie à une convention de GHT. Le GHT a pour objet « de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions (Politique des achats, systèmes d'information, organisation de l'information médicale, activités médico-techniques (biologie, pharmacie, …), pilotage des écoles de formation paramédicales) ou par des transferts d'activités entre établissements. Dans chaque groupement, les établissements parties élaborent un projet médical partagé garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours» (Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016). Chaque GHT intègre les structures d'HAD dans l'élaboration de son projet médical partagé et s'associe par ailleurs à un centre hospitalier universitaire au titre des activités hospitalo-universitaires. Au 1er juillet 2016, les périmètres de 14 GHT ont été arrêtés dans les Hauts de France.

Enfin, des coopérations entre établissements publics et privés ont, de longue date, vu le jour, sous forme notamment de groupements de coopération sanitaires (GCS) ; ces coopérations persistent et ont vocation à persister. Les établissements de santé privés peuvent être partenaires d'un GHT.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Les projets médicaux et soignants partagés ont été approfondis et mis en œuvre. Des filières graduées de soins se sont organisées et permettent de garantir une égalité d'accès de la population à une offre de soins de proximité et à une offre de recours.

Les coopérations public/privé se sont consolidées et structurées garantissant les bons parcours patients et le maintien des activités spécialisées.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Amélioration qualité des soins et sécurité des usagers, Systèmes d'information, télémédecine et e-santé

ACTEURS CONCERNÉS

Etablissements de santé

POPULATION CONCERNÉE

Toute la population régionale

ETAPES DU PARCOURS

Hospitalisation

OBJECTIF 4 "DISPOSITIF TERRITORIAL" : DÉVELOPPER UNE POLITIQUE LOCALE DE SANTÉ URBAINE ET RURALE EN ASSURANT UNE COHÉRENCE ENTRE LES DISPOSITIFS EXISTANTS ET EN FAVORISANT LES PARTENARIATS

DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

D'une part, l'objectif propose de poursuivre les coopérations pour favoriser une politique des collectivités dynamique dans le domaine de la santé via notamment les Contrats Locaux de santé. Les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) y sont des acteurs essentiels de la diffusion de messages de santé et d'aménagement du territoire au service de la population, sachant que la dynamique des CLS s'appuie ou peut s'appuyer également sur d'autres partenaires tels que l'Etat, assurance maladie sans être exhaustif,.

D'ailleurs, sur les CLS, en termes de méthode l'objectif vise à promouvoir un socle commun constitutif des CLS des Hauts de France n'excluant la prise en compte le cas échéant de certaines spécificités locales. Il s'agit ainsi de renforcer le rôle des CLS comme levier au service des politiques locales de santé..Il s'agit de proposer un cadrage et un appui méthodologique qui facilitera la programmation, le pilotage et l'évaluation régional en veillant au portage politique local. Les Contrats locaux de santé de deuxième génération se veulent plus transversaux et participent à l'attractivité des territoires.

La territorialisation de la politique de santé doit également largement s'appuyer sur des outils opérationnels pertinents comme les adultes relais médiateurs santé, les ambassadeurs santé, les ateliers Santé Ville : il s'agit donc de les promouvoir.

Une attention est aussi portée à la cohérence avec des dispositifs tels que les contrats de ruralité, les contrats de ville, pour lesquels l'ARS a souvent un rôle de contributeur dans le champ de la santé.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Un socle commun des contrats locaux de santé est mis en place. La montée en charge de contrats locaux de santé de deuxième génération est effective en favorisant une forte dynamique des collectivités territoriales, et un meilleur ciblage des objectifs au regard des besoins en santé des populations dont les plus fragiles.

LEVIERS DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Formation, Surveillance et observation de la santé, Mobilisation de la démocratie sanitaire, Contractualisation

ACTEURS CONCERNÉS

Les collectivités, l'Etat, les professionnels de santé

POPULATION CONCERNÉE

Toutes populations, plus prioritairement les populations fragiles

ETAPES DU PARCOURS

Accompagnement et soins de ville, Prévention primaire, comportements, Répérage, Dépistage

ANNEXES

OBJECTIFS QUANTITATIFS ET QUALITATIFS DE L'OFFRE DE SOINS

Introduction

Le schéma régional de santé doit fixer les objectifs quantitatifs et qualitatifs pour les activités de soins et équipements matériels lourds (EML) soumis à autorisation, énumérés aux articles R.6122-25 et R.6122-26 du code de la santé publique.

La présente annexe vient compléter les orientations générales inscrites dans les approches thématiques du schéma, et expliciter les évolutions attendues à cinq ans pour chacune des activités de soins et catégories d'EML soumis à autorisation.

A titre de rappel, les objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS) prévus aux articles D6121-6 et suivants du code de la santé publique doivent être:

- formalisés de façon chiffrée et non littéraire. Pour les EML, cela concerne non seulement le nombre d'implantation mais également le nombre d'appareils.
- comptabilisés au niveau de l'entité géographique qui correspond au lieu de réalisation de l'activité de soins ou de détention de l'EML et non, de l'entité juridique, cette dernière pouvant couvrir plusieurs lieux géographiques.
- fixés au niveau du ou des différents zonages donnant lieu à la répartition des activités de soins et EML soumis à autorisation.

Le site géographique d'une implantation s'entend comme un ensemble parcellaire relevant d'une même entité juridique et composé de bâtiments contigus pouvant ou non être séparés par une ou plusieurs voies publiques.

A l'exception de la psychiatrie, les objectifs en termes d'implantation sont exprimés à la fois pour l'hospitalisation complète et pour les alternatives à l'hospitalisation.

L'élaboration des objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre de soins s'est déroulée en deux temps :

Tout d'abord, la délimitation des zones du schéma régional de santé donnant lieu à la répartition des activités de soins et des équipements matériels lourds, a été fixée par décision de la directrice générale de l'agence régionale de santé Hauts-de-France en date du 15 juin 2017.

Cette décision intègre deux niveaux de zones :

- 23 zones (A) pour les activités et EML suivants : médecine dont l'hospitalisation à domicile (HAD), chirurgie, périnatalité (gynécologieobstétrique, néonatologie, réanimation néonatale), soins de suite et de réadaptation (SSR), soins de longue durée, médecine d'urgence, réanimation, traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale, traitement du cancer, scanner et IRM.
- 6 zones (B) identiques aux territoires de démocratie sanitaire arrêtés par décision du directeur général de l'agence régionale de santé en date du 28 octobre 2016, pour les activités et EML suivants : psychiatrie, cardiologie interventionnelle, assistance médicale à la procréation et diagnostic prénatal, examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales, gammacaméra, TEP, caissons hyperbare et cyclotron à utilisation médicale.

Cette délimitation à deux niveaux prenait en compte, conformément aux termes de l'article R.1434-30 du code la santé publique :

- les besoins de la population ;

- l'offre existante et ses adaptations nécessaires ainsi que les évolutions techniques et scientifiques;

- la démographie des professionnels de santé et leur répartition ;

- la cohérence entre les différentes activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation ;

- les coopérations entre acteurs de santé.

Par ailleurs, il est précisé que pour les activités de soins relevant du schéma inter régional d'organisation sanitaire (SIOS), le découpage territorial du SIOS de l'inter région Nord-Ouest (Nord-Pas de Calais, Picardie, Haute et Basse-Normandie) 2014-2019, arrêté le 16 janvier 2015 demeure applicable, conformément à l'article 196 de la loi 2016-41, jusqu'à la publication du schéma interrégional de santé prévu au 2° de l'article L.1434-6 du code de la santé publique, pour les activités de soins suivantes :

- greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques ;

- traitement des grands brûlés ;
- chirurgie cardiaque ;
- neurochirurgie ;
- activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie.

Dans un second temps, la fixation des évolutions des implantations s'est appuyée sur :

- une analyse quantitative de l'activité des autorisations mises en service dans la région, afin d'identifier le cas échéant, des implantations insuffisamment déployées sur les zones, ou a contrario des fonctionnements appelant une diminution des implantations, ou des modifications dans les modalités autorisées.
- un recueil des besoins exprimés auprès d'un groupe restreint composé des principales fédérations du secteur sanitaire, des unions régionales des professionnels de santé, de représentants des usagers en santé, de représentants de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et de ses commissions spécialisées (offre de soins et offre médicosociale).
- le cas échéant, une analyse spécifique à certaines activités de soins et aux EML, conduite avec les comités régionaux ad hoc regroupant des représentants de professionnels et les fédérations d'établissements de santé.

L'objectif était de disposer de cibles, en termes d'implantations, établies en cohérence avec les dispositions de l'article R.1434-5 du code de la santé publique, qui indique que le schéma régional de santé tient compte, notamment, des exigences d'accessibilité, de qualité, de sécurité, de permanence, de continuité des prises en charge et des exigences d'efficience du service rendu et d'optimisation de la ressource publique.

Les orientations se sont donc appuyées, pour chaque activité de soins et chaque catégorie d'équipements matériels lourds, sur des critères de maillage territorial et de qualité et de sécurité des soins:

- pour les activités relevant des 23 zones, un maillage minimal attendu pour des activités de soins conduites en proximité, sans que toutes les modalités de chacune de ces activités ne soit nécessairement présente dans la zone ;
- pour les activités relevant des zones identiques aux territoires de démocratie sanitaire, des implantations qui doivent répondre à des logiques spécifiques (recours et haute technicité pour la plupart d'entre elles et enjeux propres à la psychiatrie) explicitées, le cas échéant, plus loin dans le présent document ;
- pour les équipements matériels lourds, quel que soit le zonage applicable à chaque catégorie d'EML, l'analyse a été conduite sur des bases explicitées dans la partie qui les concernent, en fin de document ;
- pour les activités de périnatalité et de traitement du cancer, les orientations se sont principalement appuyées sur des critères de qualité et de sécurité des soins.

MÉDECINE

La région comptabilise 105 implantations de médecine.

Chaque zone d'activité de soins dispose d'au moins une implantation et la répartition des implantations répond à l'exigence de prise en compte de l'accessibilité stipulée à l'article R.1434-5 du code de la santé publique. Il n'y a donc pas d'évolution du nombre d'implantation dans la région.

En ce qui concerne l'HAD, chaque zone est couverte par une structure d'hospitalisation à domicile : la zone Audomarois par la structure implantée sur la zone Calaisis, la zone Boulonnais par la structure implantée sur la zone Montreuillois.

Quatre zones disposent de plusieurs implantations, en raison notamment de la densité de population (les zones Lille, Roubaix-Tourcoing et Amiens étant les plus peuplées de la région).

Néanmoins, la zone Péronne – Saint-Quentin – Hirson, moins peuplée que les trois autres zones se distinguant par plusieurs implantations d'hospitalisation à domicile, présente une dispersion des structures d'HAD sur cinq implantations. Pour quatre d'entre elles, la population couverte par le périmètre d'intervention de la structure d'HAD est inférieure ou proche de 45 000 habitants, parmi les plus faibles de la région. Et trois d'entre elles ont effectué, en 2016, une activité inférieure à 4 000 journées alors que la moyenne régionale s'élève à 16 334 journées par structure d'HAD en Hauts-de-France.

A ces divers titres, la diminution du nombre d'implantation sur cette zone, tout en garantissant la couverture de l'activité d'hospitalisation à domicile de toutes ses communes, est un objectif de structuration efficiente de l'offre.

Une révision de plusieurs périmètres d'intervention sera également conduite, afin d'ajuster lesdits périmètres avec les zones d'activités de soins de médecine, sans que cela n'apporte de modification majeure en termes d'activité projeté sur les nouveaux périmètres, afin notamment de supprimer les interventions croisées de plusieurs structures d'HAD sur une même aire géographique telle que définie à l'article R.6121-4-1 du code de la santé publique.

Les zones d'activités de soins et d'équipements matériels lourds concernées par ces révisions de périmètre d'intervention, pour les structures d'HAD qui y interviennent, sont :

- zone Abbeville ;
- zone Amiens ;
- zone Beauvais ;
- zone Compiègne - Noyon ;
- zone Creil - Senlis ;
- zone Péronne – Saint-Quentin – Hirson ;
- zone Laon ;
- zone Soissons – Château-Thierry.

La carte ci-dessous présente la situation actuelle : les parties hachurées correspondent à des interventions croisées de plusieurs structures d'HAD sur les mêmes communes.

Territoires d'interventions selon les autorisations actuelles des HAD - janvier 2018

Sources : ARS/DOS/DST/Observations&Etudes/LP

Tableau 01 : MEDECINE			
ZONES		Objectifs quantifiés	
	Implantations actuelles	Implantations Cibles	Ecart
1A - Dunkerquois - Flandre maritime	3	3	0
2A - Flandre intérieure	3	3	0
3A - Lille	12	12	0
4A - Roubaix - Tourcoing	6	6	0
5A - Douaisis	4	4	0
6A - Valenciennois	7	7	0
7A - Cambraisis	3	3	0

8A - Sambre - Avesnois	7	7	0
9A - Calaisis	2	2	0
10A - Audomarois	1	1	0
11A - Boulonnais	2	2	0
12A - Montreuillois	3	3	0
13A - Béthunois	5	5	0
14A - Lens - Hénin-Beaumont	5	5	0
15A - Arrageois	3	3	0
16A - Abbeville	2	2	0
17A - Amiens	11	11	0
18A - Beauvais	5	5	0
19A - Compiègne - Noyon	3	3	0
20A - Creil - Senlis	5	5	0
21A - Péronne - St Quentin - Hirson	8	8	0
22A - Laon	3	3	0
23A - Soissons - Château-Thierry	2	2	0

HOSPITALISATION À DOMICILE

Tableau 02 : HAD

ZONES	Objectifs quantifiés		
	Implantations actuelles	Implantations Cibles	Ecart
1A - Dunkerquois - Flandre maritime	1	1	0
2A - Flandre intérieure	1	1	0
3A - Lille	2	2	0
4A - Roubaix - Tourcoing	2	2	0
5A - Douaisis	1	1	0
6A - Valenciennois	1	1	0
7A - Cambraisis	1	1	0
8A - Sambre - Avesnois	1	1	0
9A - Calaisis	1	1	0
10A - Audomarois	0	0	0
11A - Boulonnais	0	0	0
12A - Montreuillois	1	1	0
13A - Béthunois	1	1	0
14A - Lens - Hénin-Beaumont	1	1	0
15A - Arrageois	1	1	0
16A - Abbeville	1	1	0
17A - Amiens	5	5	0
18A - Beauvais	1	1	0
19A - Compiègne - Noyon	1	1	0
20A - Creil - Senlis	1	1	0
21A - Péronne - St Quentin - Hirson	5	3	-2
22A - Laon	1	1	0
23A - Soissons - Château-Thierry	1	1	0

CHIRURGIE

La région dispose de 85 implantations de chirurgie.

Chaque zone d'activité de soins comptabilise a minima 2 implantations ; la répartition des implantations répond à l'exigence de prise en compte de l'accessibilité stipulée à l'article R.1434-5 du code de la santé publique. Il n'y a donc pas d'évolution du nombre d'implantation.

Tableau 03 : CHIRURGIE

ZONES		Objectifs quantifiés	
	Implantations actuelles	Implantations Cibles	Ecart
1A - Dunkerquois - Flandre maritime	3	3	0
2A - Flandre intérieure	2	2	0
3A - Lille	12	12	0
4A - Roubaix - Tourcoing	4	4	0
5A - Douaisis	3	3	0
6A - Valenciennois	4	4	0
7A - Cambraisis	4	4	0
8A - Sambre - Avesnois	5	5	0
9A - Calaisis	2	2	0
10A - Audomarois	2	2	0
11A - Boulonnais	2	2	0
12A - Montreuillois	4	4	0
13A - Béthunois	5	5	0
14A - Lens - Hénin-Beaumont	3	3	0
15A - Arrageois	3	3	0
16A - Abbeville	2	2	0
17A - Amiens	6	6	0
18A - Beauvais	3	3	0
19A - Compiègne - Noyon	3	3	0
20A - Creil - Senlis	5	5	0
21A - Péronne - St Quentin - Hirson	3	3	0
22A - Laon	2	2	0
23A - Soissons - Château-Thierry	3	3	0

PÉRINATALITÉ

L'évolution de l'offre sur la période du schéma régional de santé a été appréhendée au regard de l'activité des 49 implantations de la région : nombre d'accouchements, taux de fuite, taux d'occupation ; en tenant compte, pour les évolutions proposées, de l'offre environnante permettant à la population de disposer d'une structure de recours en cas notamment de besoin de soins de néonatologie voire de réanimation néonatale.

Au regard des données disponibles, trois établissements présentent des situations marquées par une inadéquation entre le niveau de maternité et l'activité observée, expliquant les évolutions indiquées dans les tableaux relatifs à cette activité de soins :

- Zone Beauvais : une implantation de gynécologie-obstétrique :

- enregistrant 330 accouchements en 2016 ;
- située à 29 kilomètres d'un établissement disposant d'une autorisation de néonatologie avec soins intensifs et à 22 kilomètres d'un établissement disposant d'une autorisation de réanimation néonatale ;
- dont le taux de fuite des parturientes domiciliées dans la commune et les communes avoisinantes (sur le périmètre de l'ancien canton) est de 68% ;
- connaissant historiquement des difficultés de ressources humaines médicales pour cette activité de soins, mettant en péril les obligations de permanence des soins liées à cette activité.

- Zone Laon : une implantation de néonatologie avec soins intensifs :

- dans un établissement enregistrant 904 accouchements en 2016 (soit une diminution de 57 accouchements par rapport à 2015) dont 5,6% de prématurés (soit 45 nourrissons) ;
- dont le taux d'occupation des lits de soins intensifs en néonatologie était de 17% en 2016 ;
- dont le taux de fuite des parturientes domiciliées dans la commune et les communes avoisinantes (sur le périmètre de l'ancien canton) est de 29% ;
- située à moins de 30 minutes d'une implantation de même niveau.

- Zone Soissons – Château-Thierry : une implantation de néonatologie sans soins intensifs :

- dans un établissement enregistrant 610 accouchements en 2016 pour 710 en 2015 (soit une diminution de 14% entre les deux exercices) ;
- dont le taux d'occupation des lits de néonatologie s'élève à 37% en 2016 ;
- située dans un environnement marqué par un taux de fuite important des parturientes (28% pour la zone d'activité de soins Soissons – Château-Thierry) ;
- située à 40 minutes d'une implantation de niveau 2B, à moins de 40 minutes de deux implantations de niveau 3.

Tableau 04-1 : GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE (niveau I)

Tableau 04-2 : NEONATOLOGIE SANS SOINS INTENSIFS (niveau II A)

Tableau 04-3 : NEONATOLOGIE AVEC SOINS INTENSIFS (niveau II B)

Tableau 04-4 : REANIMATION NEONATALE

Tableau 04-1 : GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE (niveau I)

ZONES		Objectifs quantifiés	
	Implantations actuelles	Implantations Cibles	Ecart
1A - Dunkerquois - Flandre maritime	1	1	0
2A - Flandre intérieure	1	1	0
3A - Lille	1	1	0
4A - Roubaix - Tourcoing	0	0	0
5A - Douaisis	1	1	0
6A - Valenciennois	2	2	0
7A - Cambraisis	2	2	0
8A - Sambre - Avesnois	2	2	0

9A - Calaisis	0	0	0
10A - Audomarois	0	0	0
11A - Boulonnais	1	1	0
12A - Montreuillois	0	0	0
13A - Béthunois	2	2	0
14A - Lens - Hénin-Beaumont	0	0	0
15A - Arrageois	1	1	0
16A - Abbeville	0	0	0
17A - Amiens	0	0	0
18A - Beauvais	1	0	-1
19A - Compiègne - Noyon	1	1	0
20A - Creil - Senlis	0	0	0
21A - Péronne - St Quentin - Hirson	2	2	0
22A - Laon	1	1	0
23A - Soissons - Château-Thierry	0	1	+1

Tableau 04-2 : NEONATOLOGIE SANS SOINS INTENSIFS (niveau II A)

ZONES		Objectifs quantifiés	
	Implantations actuelles	Implantations Cibles	Ecart
1A - Dunkerquois - Flandre maritime	1	1	0
2A - Flandre intérieure	1	1	0
3A - Lille	2	2	0
4A - Roubaix - Tourcoing	1	1	0
5A - Douaisis	1	1	0
6A - Valenciennois	0	0	0
7A - Cambraisis	1	1	0
8A - Sambre - Avesnois	0	0	0
9A - Calaisis	0	0	0
10A - Audomarois	1	1	0
11A - Boulonnais	0	0	0
12A - Montreuillois	1	1	0
13A - Béthunois	1	1	0
14A - Lens - Hénin-Beaumont	0	0	0
15A - Arrageois	0	0	0
16A - Abbeville	1	1	0
17A - Amiens	1	1	0
18A - Beauvais	0	0	0
19A - Compiègne - Noyon	0	0	0
20A - Creil - Senlis	1	1	0
21A - Péronne - St Quentin - Hirson	0	0	0
22A - Laon	0	1	+1
23A - Soissons - Château-Thierry	1	0	-1

Tableau 04-3 : NEONATOLOGIE AVEC SOINS INTENSIFS (niveau II B)

ZONES		Objectifs quantifiés	
	Implantations actuelles	Implantations Cibles	Ecart
1A - Dunkerquois - Flandre maritime	0	0	0

2A - Flandre intérieure	0	0	0
3A - Lille	1	1	0
4A - Roubaix - Tourcoing	1	1	0
5A - Douaisis	0	0	0
6A - Valenciennois	0	0	0
7A - Cambraisis	0	0	0
8A - Sambre - Avesnois	1	1	0
9A - Calaisis	0	0	0
10A - Audomarois	0	0	0
11A - Boulonnais	1	1	0
12A - Montreuillois	0	0	0
13A - Béthunois	0	0	0
14A - Lens - Hénin-Beaumont	0	0	0
15A - Arrageois	0	0	0
16A - Abbeville	0	0	0
17A - Amiens	0	0	0
18A - Beauvais	1	1	0
19A - Compiègne - Noyon	1	1	0
20A - Creil - Senlis	0	0	0
21A - Péronne - St Quentin - Hirson	1	1	0
22A - Laon	1	0	-1
23A - Soissons - Château-Thierry	1	1	0

Tableau 04-4 : REANIMATION NEONATALE

ZONES		Objectifs quantifiés	
	Implantations actuelles	Implantations Cibles	Ecart
1A - Dunkerquois - Flandre maritime	0	0	0
2A - Flandre intérieure	0	0	0
3A - Lille	1	1	0
4A - Roubaix - Tourcoing	0	0	0
5A - Douaisis	0	0	0
6A - Valenciennois	1	1	0
7A - Cambraisis	0	0	0
8A - Sambre - Avesnois	0	0	0
9A - Calaisis	1	1	0
10A - Audomarois	0	0	0
11A - Boulonnais	0	0	0
12A - Montreuillois	0	0	0
13A - Béthunois	0	0	0
14A - Lens - Hénin-Beaumont	1	1	0
15A - Arrageois	1	1	0
16A - Abbeville	0	0	0
17A - Amiens	1	1	0
18A - Beauvais	0	0	0
19A - Compiègne - Noyon	0	0	0
20A - Creil - Senlis	1	1	0
21A - Péronne - St Quentin - Hirson	0	0	0

22A - Laon	0	0	0
23A - Soissons - Château-Thierry	0	0	0

PSYCHIATRIE

Psychiatrie générale :

L'objectif prioritaire est de maintenir le développement des alternatives à l'hospitalisation complète, dans un contexte marqué par une reconfiguration de l'offre globale en santé mentale, des difficultés parfois aiguës de ressources humaines, et des futurs projets territoriaux de santé mentale (PTSM) qui doivent être élaborés avant le 29 juillet 2020 et pourront, le cas échéant, éclairer l'analyse des besoins de santé en la matière et des perspectives d'évolution des implantations.

Les implantations d'hospitalisation complète n'évoluent pas, à l'exception de la zone Aisne, qui comptabilise aujourd'hui autant de sites autorisés que les zones Somme et Oise confondues : la recomposition de l'offre sur cette zone, en cohérence avec les exigences d'efficience du service rendu et d'optimisation de la ressource publique stipulées à l'article R.1434-5 du code de la santé publique engage, sur le plan quantitatif, une diminution à hauteur d'une implantation.

Sur la totalité des lits d'hospitalisation complète installés dans la région, en 2016 (données SAE), les taux d'occupation s'élèvent à : 94% pour la zone Somme, 91% pour la zone Aisne, 84% pour la zone Pas de Calais, 81% pour la zone Hainaut, 75% pour la zone Oise, 74% pour la zone Métropole-Flandre (moyenne globale régionale : 81,4%). Même si ces données recouvrent nécessairement des situations hétérogènes au sein des zones, y compris sur les durées moyennes de séjour et les profils des patients, elles n'indiquent pas de besoins nouveaux en hospitalisation complète pour la région, en particulier pour les zones Pas de Calais, Hainaut, Oise et Métropole-Flandre et permettent d'envisager et d'encourager le développement de modes de prise en charge alternatives à l'hospitalisation complète.

Le nombre d'implantation supplémentaire en hospitalisation à temps partiel de jour en psychiatrie générale a été fixé au regard du nombre de secteurs psychiatriques comptabilisés dans chaque zone d'activité de soins. Les nouvelles implantations en hospitalisation de nuit ont été identifiées à partir du recueil des besoins exprimés par un groupe restreint composé des principales fédérations du secteur sanitaire, des unions régionales des professionnels de santé, de représentants des usagers en santé, de représentants de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et de ses commissions spécialisées (offre de soins et offre médico-sociale).

Psychiatrie infanto-juvénile :

Les évolutions en psychiatrie infanto-juvénile tendent à répondre à des constats récurrents de problématiques d'accueil et de prise en charge d'enfants et d'adolescents sur les zones du Pas de Calais et du Hainaut, sans que les implantations actuelles puissent y répondre de manière pérenne.

Tableau 05-1 : PSYCHIATRIE GENERALE

Tableau 05-2 : PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE

Tableau 05-1 : PSYCHIATRIE GENERALE

ZONES	Modalités	Objectifs quantifiés		
		Implantations actuelles	Implantations Cibles	Ecart
Zone n°1 B - Métropole Flandres	HC	21	21	0
Zone n°1 B - Métropole Flandres	HdJ	21	23	+2
Zone n°1 B - Métropole Flandres	HdN	6	7	+1
Zone n°1 B - Métropole Flandres	PFT	8	8	0
Zone n°1 B - Métropole Flandres	AT	15	15	0
Zone n°1 B - Métropole Flandres	Post cure	1	1	0
Zone n°1 B - Métropole Flandres	CdC	6	6	0
Zone n°2 B - Hainaut	HC	12	12	0

Zone n°2 B - Hainaut	HdJ	16	16	0
Zone n°2 B - Hainaut	HdN	3	4	+1
Zone n°2 B - Hainaut	PFT	5	5	0
Zone n°2 B - Hainaut	AT	7	7	0
Zone n°2 B - Hainaut	Post cure	2	2	0
Zone n°2 B - Hainaut	CdC	2	2	0
Zone n°3 B - Pas de Calais	HC	15	15	0
Zone n°3 B - Pas de Calais	HdJ	20	20	0
Zone n°3 B - Pas de Calais	HdN	7	8	+1
Zone n°3 B - Pas de Calais	PFT	10	10	0
Zone n°3 B - Pas de Calais	AT	8	8	0
Zone n°3 B - Pas de Calais	Post cure	4	4	0
Zone n°3 B - Pas de Calais	CdC	2	2	0
Zone n°4 B - Somme	HC	4	4	0
Zone n°4 B - Somme	HdJ	7	8	+1
Zone n°4 B - Somme	HdN	3	3	0
Zone n°4 B - Somme	PFT	2	2	0
Zone n°4 B - Somme	AT	1	1	0
Zone n°4 B - Somme	Post cure	1	1	0
Zone n°4 B - Somme	CdC	0	0	0
Zone n°5 B - Oise	HC	4	4	0
Zone n°5 B - Oise	HdJ	6	10	+4
Zone n°5 B - Oise	HdN	3	3	0
Zone n°5 B - Oise	PFT	1	1	0
Zone n°5 B - Oise	AT	0	0	0
Zone n°5 B - Oise	Post cure	3	3	0
Zone n°5 B - Oise	CdC	0	0	0
Zone n°6 B - Aisne	HC	10	9	-1
Zone n°6 B - Aisne	HdJ	6	7	+1
Zone n°6 B - Aisne	HdN	2	2	0
Zone n°6 B - Aisne	PFT	2	2	0
Zone n°6 B - Aisne	AT	0	0	0
Zone n°6 B - Aisne	Post cure	0	0	0
Zone n°6 B - Aisne	CdC	0	0	0

Tableau 05-2 : PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE

ZONES	Modalités	Objectifs quantifiés		
		Implantations actuelles	Implantations Cibles	Ecart
Zone n°1 B - Métropole Flandres	HC	5	5	0
Zone n°1 B - Métropole Flandres	HdJ	12	12	0
Zone n°1 B - Métropole Flandres	HdN	0	0	0
Zone n°1 B - Métropole Flandres	PFT	3	3	0
Zone n°1 B - Métropole Flandres	AT	0	0	0

Zone n°1 B - Métropole Flandres	CdC	0	0	0
Zone n°2 B - Hainaut	HC	2	3	+1
Zone n°2 B - Hainaut	HdJ	7	8	+1
Zone n°2 B - Hainaut	HdN	0	0	0
Zone n°2 B - Hainaut	PFT	2	2	0
Zone n°2 B - Hainaut	AT	0	0	0
Zone n°2 B - Hainaut	CdC	1	1	0
Zone n°3 B - Pas de Calais	HC	5	5	0
Zone n°3 B - Pas de Calais	HdJ	10	10	0
Zone n°3 B - Pas de Calais	HdN	2	2	0
Zone n°3 B - Pas de Calais	PFT	2	2	0
Zone n°3 B - Pas de Calais	AT	1	1	0
Zone n°3 B - Pas de Calais	CdC	1	2	+1
Zone n°4 B - Somme	HC	1	1	0
Zone n°4 B - Somme	HdJ	4	4	0
Zone n°4 B - Somme	HdN	0	0	0
Zone n°4 B - Somme	PFT	2	2	0
Zone n°4 B - Somme	AT	0	0	0
Zone n°4 B - Somme	CdC	0	0	0
Zone n°5 B - Oise	HC	2	2	0
Zone n°5 B - Oise	HdJ	7	7	0
Zone n°5 B - Oise	HdN	1	1	0
Zone n°5 B - Oise	PFT	3	3	0
Zone n°5 B - Oise	AT	0	0	0
Zone n°5 B - Oise	CdC	0	0	0
Zone n°6 B - Aisne	HC	1	1	0
Zone n°6 B - Aisne	HdJ	7	7	0
Zone n°6 B - Aisne	HdN	0	0	0
Zone n°6 B - Aisne	PFT	1	1	0
Zone n°6 B - Aisne	AT	0	0	0
Zone n°6 B - Aisne	CdC	0	0	0

SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION (SSR)

Le maillage territorial des implantations de soins de suite et de réadaptation est dense en région Hauts-de-France, avec près de 150 implantations distinctes.

L'évolution des nouveaux sites sur la durée du schéma régional de santé est volontairement mesurée, notamment dans un contexte marqué par les impacts potentiels – mais non encore mesurables – d'une réforme tarifaire de grande ampleur pouvant amener à favoriser des restructurations de l'offre.

Les évolutions portent sur :

- une implantation de SSR non spécialisés dans la zone Douaisis, privilégiant une activité de soins de suite et de réadaptation en basse vision, orientée vers l'accueil de personnes atteintes de déficience visuelle pour évaluer leurs capacités fonctionnelles et leur proposer des séances de réadaptation et de rééducation. Cette prise en charge de recours régional devra être située au plus près d'un plateau technique spécialisé.
- les soins de suite spécialisés pour la prise en charge des affections de l'appareil locomoteur, pour enfants et adolescents, sur la zone de Lille.
- les soins de suite et de réadaptation spécialisés dans la prise en charge des affections cardiovasculaires : deux implantations supplémentaires sont identifiées, parmi les zones aujourd'hui non pourvues sur cette modalité particulière, au bénéfice des zones enregistrant le plus faible taux de patients ayant présenté un syndrome coronarien aigu en 2016, orientés en SSR dans les 3 mois de la sortie du séjour : zone Cambraisis (taux de 9%) et zone Péronne – Saint-Quentin – Hirson (taux de 11%).
- les soins de suite et de réadaptation spécialisés dans la prise en charge des affections respiratoires : deux implantations supplémentaires (zones Beauvais et Péronne – SaintQuentin – Hirson) au regard d'un équilibrage d'une offre actuellement plus dense dans les zones des départements du Nord et du Pas de Calais, que dans les zones situées au sud de la région. Il s'agit donc de favoriser l'accès à ces soins spécialisés dans des zones dépourvues de cette offre.
- les soins de suite et de réadaptation spécialisés dans la prise en charge des affections oncohématologiques présentent une configuration particulière : il s'agit d'unités devant s'insérer dans des filières de soins (oncologiques notamment) spécialisées. Le besoin identifié porte sur le renforcement de l'accessibilité et la consolidation du maillage territorial. Une nouvelle implantation sur la zone Compiègne-Noyon permettra de répondre à l'absence de site autorisé dans les zones couvrant les départements de la Somme, de l'Aisne et de l'Oise. L'implantation sur la zone Valenciennois permet d'équilibrer le maillage de cette offre dans la partie nord de la région.
- les soins de suite et de réadaptation spécialisés dans la prise en charge des conduites addictives : la région ne comptabilise aujourd'hui que 14 implantations sur cette activité de soins et 11 zones sont dépourvues de cette offre spécialisée. Or un des objectifs du schéma régional de santé, dans son volet « addictions », est de soutenir la structuration des filières addictologiques dans l'ensemble des territoires. La cartographie des zones non dotées fait apparaître un équipement particulièrement faible dans le quart nord-ouest de la région. Le diagnostic territorialisé des Hauts-de-France indique, dans son chapitre « Etat de santé – alcool » : « les territoires de proximité qui détiennent les plus forts taux de mortalité de la région sont également ceux qui ont les taux d'admission en affection de longue durée (ALD) les plus élevés. Ils sont situés dans une zone contiguë, composée des trois territoires les plus au nord (au niveau du Littoral), de ceux du Pas-de-Calais situés à la limite avec le département du Nord et de ceux du Hainaut. Ainsi, au regard de ces différents éléments et des données populationnelles, socioéconomiques et épidémiologiques de ces zones, les nouvelles implantations de soins de suite et de réadaptation spécialisés dans la prise en charge des conduites addictives sont situées dans les zones Béthunois, Calaisis et Lens – Hénin-Beaumont.

Pour les activités spécialisées dans la prise en charge des affections :

- neurologiques,
- des systèmes digestif, métabolique et endocrinien,
- des brûlés,
- de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance,

aucune évolution n'est prévue :

- au regard de l'absence de besoin identifié sur une prise en charge spécialisée dont la couverture territoriale est aujourd'hui satisfaite (brûlés) ;

- pour garantir une offre au plus près des centres spécialisés de l'obésité (systèmes digestif, métabolique et endocrinien), ce qui est le cas depuis 2017, sans développer de nouvelles structures qui ne soient pas intégrées à une filière de soins globale et coordonnée ;

- au regard d'un constat, pour certaines modalités spécialisées comme les affections neurologiques, d'un maillage territorial suffisant en nombre d'implantation, mais parfois insuffisant en capacité d'accueil et de prise en charge, ce qui relève d'autres leviers d'intervention que la création de nouvelles implantations.

- au regard de l'existence d'une offre particulièrement dense (affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance) qui interroge plutôt sur des besoins de restructuration de l'offre afin de moins la disperser, la rendre cohérente avec les sites principaux des filières gériatriques et avec la démographie médicale des médecins gériatres.

En ce qui concerne les implantations de soins de suite et de réadaptation non spécialisés, pour adultes et pour enfants, leur évolution est strictement liée à celle des implantations de sites spécialisés, à l'exception :

- de l'activité sur la basse vision ;
- d'une opération de transfert géographique sur la zone Creil – Senlis, autorisée en 2017 et dont l'effectivité – après mise en œuvre – permettra de comptabiliser une suppression d'implantation.

Tableau 06-1 : SSR NON SPECIALISES

Tableau 06-2 : SSR NON SPECIALISES - ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS

Tableau 06-3 : SSR NON SPECIALISES - ENFANTS DE PLUS DE 6 ANS ET ADOLESCENTS

Tableau 06-4 : SSR - AFFECTIONS DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR

Tableau 06-5 : SSR - AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX

Tableau 06-6 : SSR - AFFECTIONS CARDiO-VASCULAIRES

Tableau 06-7 : SSR - AFFECTIONS RESPIRATOIRES

Tableau 06-8 : SSR - AFFECTIONS DES SYSTEMES DIGESTIF, METABOLIQUE ET ENDOCRIEN

Tableau 06-9 : SSR - AFFECTIONS ONCO-HEMATOLOGIQUES

Tableau 06-10 : SSR - AFFECTIONS DES BRÛLES

Tableau 06-11 : SSR - AFFECTIONS LIEES AUX CONDUITES ADDICTIVES

Tableau 06-12 : SSR - AFFECTIONS DE LA PERSONNE ÂGEE POLYPATHOLOGIQUE, DEPENDANTE OU A RISQUE DE DEPENDANCE

Tableau 06-1 : SSR NON SPECIALISES

ZONES	Objectifs quantifiés		
	Implantations actuelles	Implantations Cibles	Ecart
1A - Dunkerquois - Flandre maritime	4	4	0
2A - Flandre intérieure	6	6	0
3A - Lille	14	14	0
4A - Roubaix - Tourcoing	9	9	0
5A - Douaisis	6	7	+1
6A - Valenciennois	11	11	0
7A - Cambraisis	4	4	0
8A - Sambre - Avesnois	7	7	0
9A - Calaisis	2	3	+1
10A - Audomarois	3	3	0
11A - Boulonnais	2	2	0
12A - Montreuillois	7	7	0
13A - Béthunois	7	7	0
14A - Lens - Hénin-Beaumont	6	7	+1
15A - Arrageois	6	6	0

16A - Abbeville	3	3	0
17A - Amiens	14	14	0
18A - Beauvais	11	11	0
19A - Compiègne - Noyon	5	5	0
20A - Creil - Senlis	7	6	-1
21A - Péronne - St Quentin - Hirson	7	7	0
22A - Laon	4	4	0
23A - Soissons - Château-Thierry	3	3	0

Tableau 06-2 : SSR NON SPECIALISES - ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS

ZONES		Objectifs quantifiés	
	Implantations actuelles	Implantations Cibles	Ecart
1A - Dunkerquois - Flandre maritime	1	1	0
2A - Flandre intérieure	0	0	0
3A - Lille	1	2	+1
4A - Roubaix - Tourcoing	0	0	0
5A - Douaisis	0	0	0
6A - Valenciennois	0	0	0
7A - Cambraisis	1	1	0
8A - Sambre - Avesnois	0	0	0
9A - Calaisis	1	1	0
10A - Audomarois	0	0	0
11A - Boulonnais	0	0	0
12A - Montreuillois	1	1	0
13A - Béthunois	0	0	0
14A - Lens - Hénin-Beaumont	1	1	0
15A - Arrageois	0	0	0
16A - Abbeville	0	0	0
17A - Amiens	2	2	0
18A - Beauvais	0	0	0
19A - Compiègne - Noyon	0	0	0
20A - Creil - Senlis	1	1	0
21A - Péronne - St Quentin - Hirson	0	0	0
22A - Laon	0	0	0
23A - Soissons - Château-Thierry	0	0	0

Tableau 06-3 : SSR NON SPECIALISES - ENFANTS DE PLUS DE 6 ANS ET ADOLESCENTS

ZONES		Objectifs quantifiés	
	Implantations actuelles	Implantations Cibles	Ecart
1A - Dunkerquois - Flandre maritime	1	1	0
2A - Flandre intérieure	0	0	0
3A - Lille	1	2	+1
4A - Roubaix - Tourcoing	0	0	0
5A - Douaisis	0	0	0
6A - Valenciennois	0	0	0
7A - Cambraisis	1	1	0
8A - Sambre - Avesnois	0	0	0

9A - Calaisis	1	1	0
10A - Audomarois	0	0	0
11A - Boulonnais	0	0	0
12A - Montreuillois	1	1	0
13A - Béthunois	0	0	0
14A - Lens - Hénin-Beaumont	1	1	0
15A - Arrageois	0	0	0
16A - Abbeville	0	0	0
17A - Amiens	2	2	0
18A - Beauvais	0	0	0
19A - Compiègne - Noyon	0	0	0
20A - Creil - Senlis	1	1	0
21A - Péronne - St Quentin - Hirson	0	0	0
22A - Laon	0	0	0
23A - Soissons - Château-Thierry	0	0	0

Tableau 06-4 : SSR - AFFECTIONS DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR

ZONES		Objectifs quantifiés	
	Implantations actuelles	Implantations Cibles	Ecart
1A - Dunkerquois - Flandre maritime	1	1	0
2A - Flandre intérieure	1	1	0
3A - Lille	5	6	+1
4A - Roubaix - Tourcoing	2	2	0
5A - Douaisis	1	1	0
6A - Valenciennois	4	4	0
7A - Cambraisis	2	2	0
8A - Sambre - Avesnois	3	3	0
9A - Calaisis	1	1	0
10A - Audomarois	1	1	0
11A - Boulonnais	1	1	0
12A - Montreuillois	2	2	0
13A - Béthunois	1	1	0
14A - Lens - Hénin-Beaumont	2	2	0
15A - Arrageois	2	2	0
16A - Abbeville	0	0	0
17A - Amiens	4	4	0
18A - Beauvais	3	3	0
19A - Compiègne - Noyon	1	1	0
20A - Creil - Senlis	2	2	0
21A - Péronne - St Quentin - Hirson	1	1	0
22A - Laon	1	1	0
23A - Soissons - Château-Thierry	2	2	0

Tableau 06-5 : SSR - AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX

ZONES		Objectifs quantifiés	
	Implantations actuelles	Implantations Cibles	Ecart
1A - Dunkerquois - Flandre maritime	1	1	0

2A - Flandre intérieure	1	1	0
3A - Lille	3	3	0
4A - Roubaix - Tourcoing	3	3	0
5A - Douaisis	1	1	0
6A - Valenciennois	2	2	0
7A - Cambraisis	2	2	0
8A - Sambre - Avesnois	1	1	0
9A - Calaisis	0	0	0
10A - Audomarois	1	1	0
11A - Boulonnais	1	1	0
12A - Montreuillois	3	3	0
13A - Béthunois	1	1	0
14A - Lens - Hénin-Beaumont	3	3	0
15A - Arrageois	1	1	0
16A - Abbeville	0	0	0
17A - Amiens	3	3	0
18A - Beauvais	4	4	0
19A - Compiègne - Noyon	1	1	0
20A - Creil - Senlis	2	2	0
21A - Péronne - St Quentin - Hirson	1	1	0
22A - Laon	1	1	0
23A - Soissons - Château-Thierry	2	2	0

Tableau 06-6 : SSR - AFFECTIONS CARDiO-VASCULAIRES

ZONES		Objectifs quantifiés	
	Implantations actuelles	Implantations Cibles	Ecart
1A - Dunkerquois - Flandre maritime	1	1	0
2A - Flandre intérieure	0	0	0
3A - Lille	3	3	0
4A - Roubaix - Tourcoing	1	1	0
5A - Douaisis	0	0	0
6A - Valenciennois	2	2	0
7A - Cambraisis	0	1	+1
8A - Sambre - Avesnois	1	1	0
9A - Calaisis	1	1	0
10A - Audomarois	1	1	0
11A - Boulonnais	1	1	0
12A - Montreuillois	1	1	0
13A - Béthunois	1	1	0
14A - Lens - Hénin-Beaumont	1	1	0
15A - Arrageois	1	1	0
16A - Abbeville	1	1	0
17A - Amiens	1	1	0
18A - Beauvais	1	1	0
19A - Compiègne - Noyon	1	1	0
20A - Creil - Senlis	0	0	0
21A - Péronne - St Quentin - Hirson	0	1	+1

22A - Laon	1	1	0
23A - Soissons - Château-Thierry	1	1	0

Tableau 06-7 : SSR - AFFECTIONS RESPIRATOIRES

ZONES	Objectifs quantifiés		
	Implantations actuelles	Implantations Cibles	Ecart
1A - Dunkerquois - Flandre maritime	1	1	0
2A - Flandre intérieure	0	0	0
3A - Lille	4	4	0
4A - Roubaix - Tourcoing	1	1	0
5A - Douaisis	1	1	0
6A - Valenciennois	1	1	0
7A - Cambraisis	1	1	0
8A - Sambre - Avesnois	1	1	0
9A - Calaisis	1	1	0
10A - Audomarois	0	0	0
11A - Boulonnais	0	0	0
12A - Montreuillois	1	1	0
13A - Béthunois	1	1	0
14A - Lens - Hénin-Beaumont	2	2	0
15A - Arrageois	1	1	0
16A - Abbeville	1	1	0
17A - Amiens	1	1	0
18A - Beauvais	0	1	+1
19A - Compiègne - Noyon	0	0	0
20A - Creil - Senlis	1	1	0
21A - Péronne - St Quentin - Hirson	0	1	+1
22A - Laon	0	0	0
23A - Soissons - Château-Thierry	2	2	0

Tableau 06-8 : SSR - AFFECTIONS DES SYSTEMES DIGESTIF, METABOLIQUE ET ENDOCRIEN

ZONES	Objectifs quantifiés		
	Implantations actuelles	Implantations Cibles	Ecart
1A - Dunkerquois - Flandre maritime	1	1	0
2A - Flandre intérieure	0	0	0
3A - Lille	3	3	0
4A - Roubaix - Tourcoing	0	0	0
5A - Douaisis	1	1	0
6A - Valenciennois	1	1	0
7A - Cambraisis	1	1	0
8A - Sambre - Avesnois	1	1	0
9A - Calaisis	1	1	0
10A - Audomarois	0	0	0
11A - Boulonnais	1	1	0
12A - Montreuillois	1	1	0
13A - Béthunois	1	1	0
14A - Lens - Hénin-Beaumont	0	0	0

15A - Arrageois	1	1	0
16A - Abbeville	0	0	0
17A - Amiens	1	1	0
18A - Beauvais	1	1	0
19A - Compiègne - Noyon	1	1	0
20A - Creil - Senlis	0	0	0
21A - Péronne - St Quentin - Hirson	0	0	0
22A - Laon	1	1	0
23A - Soissons - Château-Thierry	1	1	0

Tableau 06-9 : SSR - AFFECTIONS ONCO-HEMATOLOGIQUES

ZONES		Objectifs quantifiés	
	Implantations actuelles	Implantations Cibles	Ecart
1A - Dunkerquois - Flandre maritime	1	1	0
2A - Flandre intérieure	0	0	0
3A - Lille	2	2	0
4A - Roubaix - Tourcoing	0	0	0
5A - Douaisis	0	0	0
6A - Valenciennois	0	1	+1
7A - Cambraisis	1	1	0
8A - Sambre - Avesnois	0	0	0
9A - Calaisis	0	0	0
10A - Audomarois	0	0	0
11A - Boulonnais	1	1	0
12A - Montreuillois	0	0	0
13A - Béthunois	0	0	0
14A - Lens - Hénin-Beaumont	1	1	0
15A - Arrageois	0	0	0
16A - Abbeville	0	0	0
17A - Amiens	0	0	0
18A - Beauvais	0	0	0
19A - Compiègne - Noyon	0	1	+1
20A - Creil - Senlis	0	0	0
21A - Péronne - St Quentin - Hirson	0	0	0
22A - Laon	0	0	0
23A - Soissons - Château-Thierry	0	0	0

Tableau 06-10 : SSR - AFFECTIONS DES BRÛLES

ZONES		Objectifs quantifiés	
	Implantations actuelles	Implantations Cibles	Ecart
1A - Dunkerquois - Flandre maritime	1	1	0
2A - Flandre intérieure	0	0	0
3A - Lille	1	1	0
4A - Roubaix - Tourcoing	0	0	0
5A - Douaisis	0	0	0
6A - Valenciennois	0	0	0
7A - Cambraisis	1	1	0

8A - Sambre - Avesnois	0	0	0
9A - Calaisis	0	0	0
10A - Audomarois	0	0	0
11A - Boulonnais	0	0	0
12A - Montreuillois	0	0	0
13A - Béthunois	0	0	0
14A - Lens - Hénin-Beaumont	0	0	0
15A - Arrageois	0	0	0
16A - Abbeville	0	0	0
17A - Amiens	2	2	0
18A - Beauvais	0	0	0
19A - Compiègne - Noyon	0	0	0
20A - Creil - Senlis	0	0	0
21A - Péronne - St Quentin - Hirson	0	0	0
22A - Laon	0	0	0
23A - Soissons - Château-Thierry	0	0	0

Tableau 06-11 : SSR - AFFECTIONS LIEES AUX CONDUITES ADDICTIVES

ZONES		Objectifs quantifiés	
	Implantations actuelles	Implantations Cibles	Ecart
1A - Dunkerquois - Flandre maritime	1	1	0
2A - Flandre intérieure	0	0	0
3A - Lille	2	2	0
4A - Roubaix - Tourcoing	1	1	0
5A - Douaisis	1	1	0
6A - Valenciennois	0	0	0
7A - Cambraisis	1	1	0
8A - Sambre - Avesnois	2	2	0
9A - Calaisis	0	1	+1
10A - Audomarois	1	1	0
11A - Boulonnais	0	0	0
12A - Montreuillois	1	1	0
13A - Béthunois	0	1	+1
14A - Lens - Hénin-Beaumont	0	1	+1
15A - Arrageois	1	1	0
16A - Abbeville	0	0	0
17A - Amiens	1	1	0
18A - Beauvais	0	0	0
19A - Compiègne - Noyon	0	0	0
20A - Creil - Senlis	1	1	0
21A - Péronne - St Quentin - Hirson	0	0	0
22A - Laon	0	0	0
23A - Soissons - Château-Thierry	1	1	0

Tableau 06-12 : SSR - AFFECTIONS DE LA PERSONNE ÂGEE POLYPATHOLOGIQUE, DEPENDANTE OU A RISQUE DE DEPENDANCE

ZONES		Objectifs quantifiés	
	Implantations actuelles	Implantations Cibles	Ecart

1A - Dunkerquois - Flandre maritime	2	2	0
2A - Flandre intérieure	3	3	0
3A - Lille	8	8	0
4A - Roubaix - Tourcoing	6	6	0
5A - Douaisis	4	4	0
6A - Valenciennois	4	4	0
7A - Cambraisis	2	2	0
8A - Sambre - Avesnois	5	5	0
9A - Calaisis	1	1	0
10A - Audomarois	1	1	0
11A - Boulonnais	1	1	0
12A - Montreuillois	3	3	0
13A - Béthunois	3	3	0
14A - Lens - Hénin-Beaumont	2	2	0
15A - Arrageois	3	3	0
16A - Abbeville	2	2	0
17A - Amiens	6	6	0
18A - Beauvais	5	5	0
19A - Compiègne - Noyon	2	2	0
20A - Creil - Senlis	5	5	0
21A - Péronne - St Quentin - Hirson	2	2	0
22A - Laon	3	3	0
23A - Soissons - Château-Thierry	2	2	0

UNITÉS DE SOINS LONGUE DURÉE (USLD)

Les suppressions prévues pour cette activité de soins sont liées, pour les zones Roubaix-Tourcoing, Montreuillois et Amiens, à des regroupements de sites permettant une adaptation architecturale, une mutualisation des ressources ou une réorganisation impliquant également des structures médico-sociales.

Pour la zone Péronne – Saint-Quentin - Hirson, pour laquelle le nombre d'implantation actuelle est parmi les plus élevés de la région, la suppression d'une implantation est destinée à finaliser le processus de rééquilibrage de l'offre entre le nord et le sud du département, entamé avec la délivrance d'une nouvelle autorisation, en septembre 2017, au profit du centre hospitalier de Château-Thierry.

Tableau 07 : SOINS DE LONGUE DUREE

ZONES		Objectifs quantifiés	
	Implantations actuelles	Implantations Cibles	Ecart
1A - Dunkerquois - Flandre maritime	1	1	0
2A - Flandre intérieure	1	1	0
3A - Lille	2	2	0
4A - Roubaix - Tourcoing	5	4	-1
5A - Douaisis	2	2	0
6A - Valenciennois	2	2	0
7A - Cambraisis	1	1	0
8A - Sambre - Avesnois	4	4	0
9A - Calaisis	1	1	0
10A - Audomarois	1	1	0
11A - Boulonnais	1	1	0
12A - Montreuillois	2	1	-1
13A - Béthunois	2	2	0
14A - Lens - Hénin-Beaumont	2	2	0
15A - Arrageois	2	2	0
16A - Abbeville	1	1	0
17A - Amiens	5	4	-1
18A - Beauvais	5	5	0
19A - Compiègne - Noyon	3	3	0
20A - Creil - Senlis	3	3	0
21A - Péronne - St Quentin - Hirson	5	4	-1
22A - Laon	2	2	0
23A - Soissons - Château-Thierry	2	2	0

CARDIO-INTERVENTIONNELLE

Pour cette activité de recours, avec des exigences techniques élevées et soumise à seuil pour chacun des trois types d'actes définis à l'article R.6123-128 du code de la santé publique, chaque zone d'activité de soins dispose, depuis septembre 2017, d'au moins une implantation pour l'activité de type 1 (« actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme »). L'activité de type 3 (« actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte ») est présente dans chaque zone (a minima deux implantations par zone lors de l'élaboration du PRS 2), l'activité 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 ») ne comptabilise qu'une implantation, elle constitue une activité de recours très spécifique.

A ces divers titres, l'ensemble du territoire régional est aujourd'hui couvert et ne nécessite pas de nouvelle implantation.

Tableau 08-1 : Activités de type 1
actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme

Tableau 08-2 : Activités de type 2 :
actes portant sur les cardiopathies de lenfant y compris les éventuelles réinterventions à lâge adulte sur les cardiopathies congénitales, à lexclusion des actes réalisés en urgence

Tableau 08-3 : Activités de type 3 :
actes portant sur les autres cardiopathies de ladulte

Tableau 08-1 : Activités de type 1
actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme

ZONES	Objectifs quantifiés		
	Implantations actuelles	Implantations Cibles	Ecart
Zone n°1 B - Métropole Flandres	4	4	0
Zone n°2 B - Hainaut	2	2	0
Zone n°3 B - Pas de Calais	3	3	0
Zone n°4 B - Somme	2	2	0
Zone n°5 B - Oise	2	2	0
Zone n°6 B - Aisne	1	1	0

Tableau 08-2 : Activités de type 2 :
actes portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles réinterventions à lâge adulte sur les cardiopathies congénitales, à lexclusion des actes réalisés en urgence

ZONES	Objectifs quantifiés		
	Implantations actuelles	Implantations Cibles	Ecart
Zone n°1 B - Métropole Flandres	1	1	0
Zone n°2 B - Hainaut	0	0	0
Zone n°3 B - Pas de Calais	0	0	0
Zone n°4 B - Somme	0	0	0
Zone n°5 B - Oise	0	0	0
Zone n°6 B - Aisne	0	0	0

Tableau 08-3 : Activités de type 3 :
actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte

ZONES	Objectifs quantifiés		
	Implantations actuelles	Implantations Cibles	Ecart

Zone n°1 B - Métropole Flandres	7	7	0
Zone n°2 B - Hainaut	2	2	0
Zone n°3 B - Pas de Calais	4	4	0
Zone n°4 B - Somme	2	2	0
Zone n°5 B - Oise	3	3	0
Zone n°6 B - Aisne	2	2	0

URGENCE

La région comptabilise 51 sites de structures d'accueil des urgences au moment de l'élaboration du schéma régional de santé. Chaque zone d'activité de soins accueille de une à cinq implantations. L'analyse territoriale montre donc que cette activité de soins est répartie de manière suffisamment dense sur le territoire régional, sans besoin d'implantation supplémentaire.

La carte ci-dessous montre que les temps d'accès à une structure d'accueil des urgences sont très majoritairement inférieurs à 30 minutes en région Hauts-de-France Les seuls territoires réellement éloignés d'un site d'accueil des urgences (soit un temps d'accès supérieur à 45 minutes) sont peu nombreux, principalement situés à l'ouest de l'Oise.

La couverture territoriale des SMUR garantit également l'accessibilité de cette modalité aux patients de la région ; chaque zone dispose en effet de une à quatre implantations.

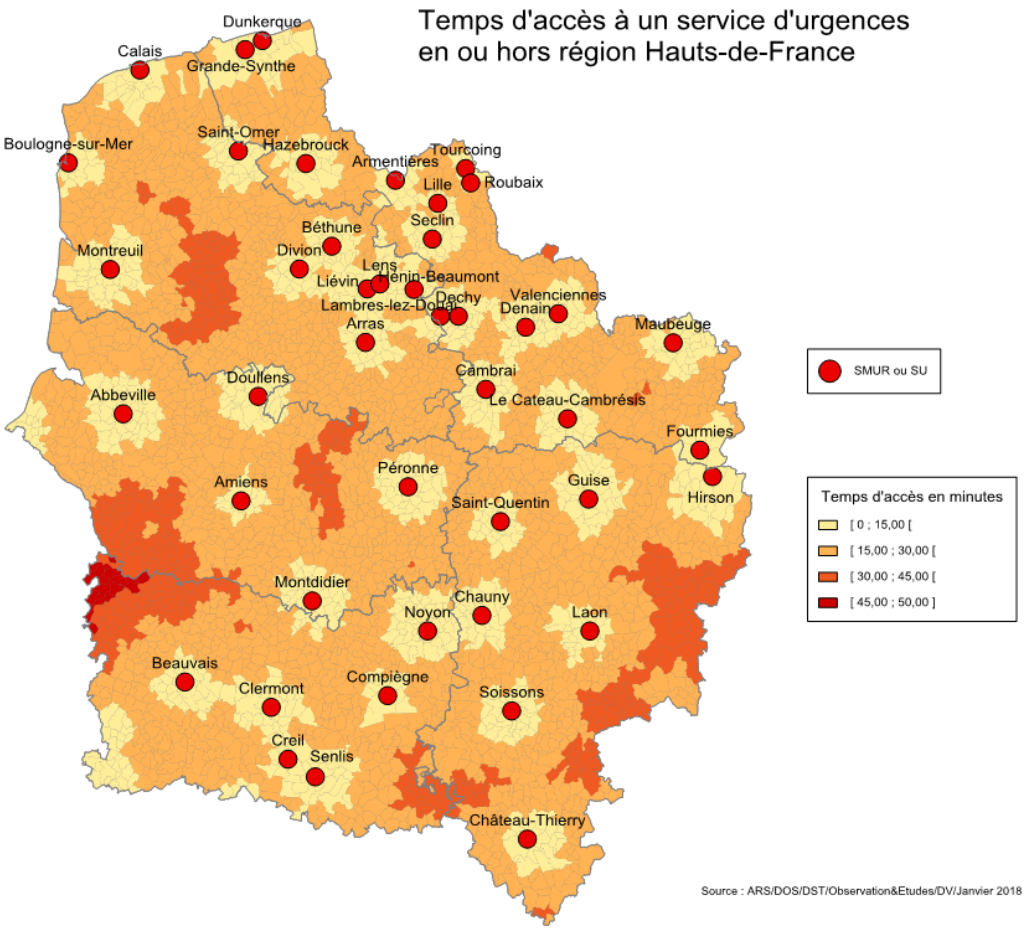


Tableau 09-1 : SAMU

Tableau 09-2 : Structure des urgences

Tableau 09-3 : SMUR

Tableau 09-4 : Structure d'urgences pédiatriques

Tableau 09-5 : SMUR pédiatrique

Tableau 09-1 : SAMU

ZONES	Objectifs quantifiés		
	Implantations actuelles	Implantations Cibles	Ecart

1A - Dunkerquois - Flandre maritime	0	0	0
2A - Flandre intérieure	0	0	0
3A - Lille	1	1	0
4A - Roubaix - Tourcoing	0	0	0
5A - Douaisis	0	0	0
6A - Valenciennois	0	0	0
7A - Cambraisis	0	0	0
8A - Sambre - Avesnois	0	0	0
9A - Calaisis	0	0	0
10A - Audomarois	0	0	0
11A - Boulonnais	0	0	0
12A - Montreuillois	0	0	0
13A - Béthunois	0	0	0
14A - Lens - Hénin-Beaumont	0	0	0
15A - Arrageois	1	1	0
16A - Abbeville	0	0	0
17A - Amiens	1	1	0
18A - Beauvais	1	1	0
19A - Compiègne - Noyon	0	0	0
20A - Creil - Senlis	0	0	0
21A - Péronne - St Quentin - Hirson	0	0	0
22A - Laon	1	1	0
23A - Soissons - Château-Thierry	0	0	0

Tableau 09-2 : Structure des urgences

ZONES		Objectifs quantifiés	
	Implantations actuelles	Implantations Cibles	Ecart
	2	2	0
1A - Dunkerquois - Flandre maritime	2	2	0
2A - Flandre intérieure	4	4	0
3A - Lille	2	2	0
4A - Roubaix - Tourcoing	2	2	0
5A - Douaisis	3	3	0
6A - Valenciennois	2	2	0
7A - Cambraisis	2	2	0
8A - Sambre - Avesnois	1	1	0
9A - Calaisis	1	1	0
10A - Audomarois	1	1	0
11A - Boulonnais	1	1	0
12A - Montreuillois	3	3	0
13A - Béthunois	3	3	0
14A - Lens - Hénin-Beaumont	1	1	0
15A - Arrageois	1	1	0
16A - Abbeville	4	4	0
17A - Amiens	2	2	0
18A - Beauvais	3	3	0
19A - Compiègne - Noyon	2	2	0

20A - Creil - Senlis	5	5	0
21A - Péronne - St Quentin - Hirson	2	2	0
22A - Laon	2	2	0

Tableau 09-3 : SMUR

ZONES	Objectifs quantifiés		
	Implantations actuelles	Implantations Cibles	Ecart
	1	1	0
1A - Dunkerquois - Flandre maritime	1	1	0
2A - Flandre intérieure	1	1	0
3A - Lille	2	2	0
4A - Roubaix - Tourcoing	1	1	0
5A - Douaisis	1	1	0
6A - Valenciennois	1	1	0
7A - Cambraisis	2	2	0
8A - Sambre - Avesnois	1	1	0
9A - Calaisis	1	1	0
10A - Audomarois	1	1	0
11A - Boulonnais	1	1	0
12A - Montreuillois	1	1	0
13A - Béthunois	1	1	0
14A - Lens - Hénin-Beaumont	1	1	0
15A - Arrageois	1	1	0
16A - Abbeville	3	3	0
17A - Amiens	2	2	0
18A - Beauvais	2	2	0
19A - Compiègne - Noyon	2	2	0
20A - Creil - Senlis	4*	4*	0
21A - Péronne - St Quentin - Hirson	2	2	0
22A - Laon	2	2	0

Tableau 09-4 : Structure d'urgences pédiatriques

ZONES	Objectifs quantifiés		
	Implantations actuelles	Implantations Cibles	Ecart
1A - Dunkerquois - Flandre maritime	1	1	0
2A - Flandre intérieure	0	0	0
3A - Lille	3	3	0
4A - Roubaix - Tourcoing	1	1	0
5A - Douaisis	1	1	0
6A - Valenciennois	1	1	0
7A - Cambraisis	0	0	0
8A - Sambre - Avesnois	1	1	0
9A - Calaisis	1	1	0
10A - Audomarois	0	0	0
11A - Boulonnais	1	1	0
12A - Montreuillois	0	0	0
13A - Béthunois	0	0	0

14A - Lens - Hénin-Beaumont	1	1	0
15A - Arrageois	1	1	0
16A - Abbeville	0	0	0
17A - Amiens	1	1	0
18A - Beauvais	1	1	0
19A - Compiègne - Noyon	1	1	0
20A - Creil - Senlis	1	1	0
21A - Péronne - St Quentin - Hirson	1	1	0
22A - Laon	1	1	0
23A - Soissons - Château-Thierry	1	1	0

Tableau 09-5 : SMUR pédiatrique

ZONES	Objectifs quantifiés		
	Implantations actuelles	Implantations Cibles	Ecart
	0	0	0
1A - Dunkerquois - Flandre maritime	0	0	0
2A - Flandre intérieure	1	1	0
3A - Lille	0	0	0
4A - Roubaix - Tourcoing	0	0	0
5A - Douaisis	0	0	0
6A - Valenciennois	0	0	0
7A - Cambraisis	0	0	0
8A - Sambre - Avesnois	0	0	0
9A - Calaisis	0	0	0
10A - Audomarois	0	0	0
11A - Boulonnais	0	0	0
12A - Montreuillois	0	0	0
13A - Béthunois	0	0	0
14A - Lens - Hénin-Beaumont	0	0	0
15A - Arrageois	0	0	0
16A - Abbeville	1	1	0
17A - Amiens	0	0	0
18A - Beauvais	0	0	0
19A - Compiègne - Noyon	0	0	0
20A - Creil - Senlis	0	0	0
21A - Péronne - St Quentin - Hirson	0	0	0
22A - Laon	0	0	0

RÉANIMATION

La région Hauts-de-France comptabilise 31 implantations de réanimation polyvalente pour adultes, avec de une à cinq implantations dans chaque zone d'activité de soins ; la répartition des implantations répond à l'exigence de prise en compte de l'accessibilité stipulée à l'article R.1434-5 du code de la santé publique.

Les concertations avec les professionnels ont néanmoins abouti au constat partagé d'une insuffisance d'offre de réanimation en direction d'un public très spécifique : les patients cérébro-lésés et traumatisés médullaires, susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance.

Actuellement, les patients sont pris en charge dans plusieurs établissements de la région (dont ceux disposant d'une offre particulière de réanimation neuro-chirurgicale) et fréquemment orientés vers la seule unité de soins intensifs à orientation neurologique et neurochirurgicale, située sur la zone Montreuillois.

Cette offre a vocation à évoluer vers une activité de soins de réanimation pour adultes, au regard des techniques spécifiques et des dispositifs médicaux spécialisés à mettre en œuvre pour assurer cette prise en charge, en particulier le sevrage ventilatoire des patients.

En matière de réanimation pédiatrique, les conditions d'implantation de cette activité de soins, notamment celles décrites à l'article R.6123-38-3 du code de la santé publique, indiquent une nature de prise en charge hautement spécialisée, actuellement mise en œuvre dans les deux centres hospitaliers universitaires de la région. Ces implantations ne font l'objet d'aucune modification, au regard de la nature très particulière de cette activité de soins.

Tableau 10-1 : Réanimation polyvalente adultes

Tableau 10-2 : Réanimation pédiatrique

Tableau 10-1 : Réanimation polyvalente adultes

ZONES	Objectifs quantifiés		
	Implantations actuelles	Implantations Cibles	Ecart
1A - Dunkerquois - Flandre maritime	1	1	0
2A - Flandre intérieure	1	1	0
3A - Lille	5	5	0
4A - Roubaix - Tourcoing	2	2	0
5A - Douaisis	1	1	0
6A - Valenciennois	2	2	0
7A - Cambraisis	1	1	0
8A - Sambre - Avesnois	1	1	0
9A - Calaisis	1	1	0
10A - Audomarois	1	1	0
11A - Boulonnais	1	1	0
12A - Montreuillois	1	2	+1
13A - Béthunois	1	1	0
14A - Lens - Hénin-Beaumont	2	2	0
15A - Arrageois	1	1	0
16A - Abbeville	1	1	0
17A - Amiens	1	1	0
18A - Beauvais	1	1	0
19A - Compiègne - Noyon	1	1	0
20A - Creil - Senlis	1	1	0
21A - Péronne - St Quentin - Hirson	1	1	0
22A - Laon	1	1	0
23A - Soissons - Château-Thierry	2	2	0

Tableau 10-2 : Réanimation pédiatrique

ZONES	Objectifs quantifiés		
	Implantations actuelles	Implantations Cibles	Ecart
1A - Dunkerquois - Flandre maritime	0	0	0
2A - Flandre intérieure	0	0	0
3A - Lille	1	1	0
4A - Roubaix - Tourcoing	0	0	0
5A - Douaisis	0	0	0
6A - Valenciennois	0	0	0
7A - Cambraisis	0	0	0
8A - Sambre - Avesnois	0	0	0
9A - Calaisis	0	0	0
10A - Audomarois	0	0	0
11A - Boulonnais	0	0	0
12A - Montreuillois	0	0	0
13A - Béthunois	0	0	0
14A - Lens - Hénin-Beaumont	0	0	0
15A - Arrageois	0	0	0
16A - Abbeville	0	0	0
17A - Amiens	1	1	0
18A - Beauvais	0	0	0
19A - Compiègne - Noyon	0	0	0
20A - Creil - Senlis	0	0	0
21A - Péronne - St Quentin - Hirson	0	0	0
22A - Laon	0	0	0
23A - Soissons - Château-Thierry	0	0	0

INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE (IRC)

La région se caractérise par un taux élevé de patients en hémodialyse par rapport au total de patients en insuffisance rénale chronique terminale : 60,4% contre un ratio de 52,1% France entière.

En revanche, pour ces patients traités en hémodialyse, le taux de prise en charge « hors centre » est important (50,4% contre 45,3% France entière). Ce taux est dû à une forte implantation historique des unités d'autodialyse (UAA) avec pour corollaire une relative saturation des centres lourds. En 2015, le ratio UAA/UDM est ainsi de 1,43 en région et 0,86 France entière.

Depuis 2013, le déploiement des dispositifs de télémédecine ont permis de porter principalement les efforts sur la médicalisation des unités hors centre lourd, en favorisant leur évolution vers des unités mixtes UAA/UDM ou en créant des UDM à distance des centres lourds.

L'enjeu principal pour le PRS 2 est territorial, en poursuivant le maillage de la région et l'accessibilité géographique des patients aux UDM. Si chaque zone d'activité de soins dispose d'au moins une implantation d'UDM, de nombreux patients dialysés demeurent éloignés de cette modalité de prise en charge. A ce titre, les nouvelles implantations devront présenter une situation géographique éloignée des unités de dialyse médicalisées d'ores et déjà autorisées. Les modalités de coopération avec les établissements de santé et les professionnels de santé pour le fonctionnement optimal de ces unités, y compris dans le cadre du recours à la télémédecine, feront l'objet d'une attention particulière pour la délivrance des nouvelles autorisations.

Une implantation supplémentaire d'unité d'auto-dialyse est également prévue sur la zone Valenciennois, au regard de la cartographie actuelle des sites autorisés, relativement concentrés, rendant difficile l'accès des patients sur une partie importante de cette zone. Cette implantation sera privilégiée dans un cadre d'une unité mixte UAA/UDM, afin de rationaliser les moyens dédiés et de répondre ainsi au critère d'efficience du service rendu et d'optimisation de la ressource publique évoqué à l'article R.1434-5 du code de la santé publique.

Tableau 11-1 : CENTRE D'HEMODIALYSE

Tableau 11-2 : UNITE DE DIALYSE MEDICALISEE

Tableau 11-3 : UNITE D'AUTO DIALYSE

Tableau 11-1 : CENTRE D'HEMODIALYSE

ZONES		Objectifs quantifiés	
	Implantations actuelles	Implantations Cibles	Ecart
1A - Dunkerquois - Flandre maritime	1	1	0
2A - Flandre intérieure	0	0	0
3A - Lille	4	4	0
4A - Roubaix - Tourcoing	1	1	0
5A - Douaisis	1	1	0
6A - Valenciennois	2	2	0
7A - Cambraisis	1	1	0
8A - Sambre - Avesnois	3	3	0
9A - Calaisis	1	1	0
10A - Audomarois	1	1	0
11A - Boulonnais	1	1	0
12A - Montreuillois	1	1	0
13A - Béthunois	1	1	0
14A - Lens - Hénin-Beaumont	2	2	0
15A - Arrageois	1	1	0
16A - Abbeville	1	1	0
17A - Amiens	1	1	0
18A - Beauvais	1	1	0

19A - Compiègne - Noyon	1	1	0
20A - Creil - Senlis	1	1	0
21A - Péronne - St Quentin - Hirson	1	1	0
22A - Laon	1	1	0
23A - Soissons - Château-Thierry	1	1	0

Tableau 11-2 : UNITE DE DIALYSE MEDICALISEE

ZONES		Objectifs quantifiés	
	Implantations actuelles	Implantations Cibles	Ecart
1A - Dunkerquois - Flandre maritime	1	1	0
2A - Flandre intérieure	1	1	0
3A - Lille	4	4	0
4A - Roubaix - Tourcoing	2	2	0
5A - Douaisis	1	1	0
6A - Valenciennois	3	4	+1
7A - Cambraisis	1	1	0
8A - Sambre - Avesnois	2	2	0
9A - Calaisis	1	1	0
10A - Audomarois	1	1	0
11A - Boulonnais	1	1	0
12A - Montreuillois	1	1	0
13A - Béthunois	2	2	0
14A - Lens - Hénin-Beaumont	3	3	0
15A - Arrageois	1	2	+1
16A - Abbeville	1	1	0
17A - Amiens	2	3	+1
18A - Beauvais	1	2	+1
19A - Compiègne - Noyon	2	3	+1
20A - Creil - Senlis	1	1	0
21A - Péronne - St Quentin - Hirson	2	4	+2
22A - Laon	2	2	0
23A - Soissons - Château-Thierry	2	2	0

Tableau 11-3 : UNITE D'AUTO DIALYSE

ZONES		Objectifs quantifiés	
	Implantations actuelles	Implantations Cibles	Ecart
1A - Dunkerquois - Flandre maritime	2	2	0
2A - Flandre intérieure	3	3	0
3A - Lille	7	7	0
4A - Roubaix - Tourcoing	4	4	0
5A - Douaisis	3	3	0
6A - Valenciennois	4	5	+1
7A - Cambraisis	3	3	0
8A - Sambre - Avesnois	4	4	0
9A - Calaisis	1	1	0
10A - Audomarois	2	2	0
11A - Boulonnais	1	1	0

12A - Montreuillois	1	1	0
13A - Béthunois	4	4	0
14A - Lens - Hénin-Beaumont	4	4	0
15A - Arrageois	2	2	0
16A - Abbeville	1	1	0
17A - Amiens	2	2	0
18A - Beauvais	1	1	0
19A - Compiègne - Noyon	2	2	0
20A - Creil - Senlis	2	2	0
21A - Péronne - St Quentin - Hirson	1	1	0
22A - Laon	2	2	0
23A - Soissons - Château-Thierry	2	2	0

ACTIVITÉS D'ASSISTANCE À LA PROCRÉATION (AMP) ET DE DIAGNOSTIC PRÉNATAL (DPN)

Assistance médicale à la procréation (AMP):

Les activités biologiques d'assistance médicale à la procréation sont implantées dans chaque zone d'activité de soins, et l'activité des sites ne permet pas de distinguer de besoin d'implantation supplémentaire.

Les activités cliniques d'assistance médicale à la procréation, en revanche, sont réparties de manière plus hétérogène ; la zone Aisne ne dispose d'aucune autorisation, et si deux modalités (« prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP » et « transfert des embryons en vue de leur implantation ») comptabilisent de 1 à 3 implantations sur les cinq autres zones d'activités de soins, l'absence d'implantation pour la modalité « prélèvement de spermatozoïdes » dans la zone Pas-de-Calais génère un manque d'accessibilité à cette activité de soins, sur la deuxième zone la plus peuplée de la région. Une implantation supplémentaire est donc prévue sur cette zone.

Diagnostic prénatal (DPN) :

Les implantations de diagnostic prénatal évoluent ainsi :

La modalité « examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels », qui constitue la modalité la plus répandue au sein de l'activité de diagnostic prénatal, n'enregistre aucune implantation dans la zone Oise ; ce qui signifie que les prélèvements effectués par des laboratoires situés dans cette zone, pour un volume estimé à 1 300 prélèvements en 2016, sont transmis à des sites autorisés pour cette modalité, dans la Somme ou, le plus fréquemment, en région francilienne.

Une nouvelle modalité réglementaire de diagnostic prénatal (« examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel », dit « diagnostic prénatal non invasif » ou « DPNI ») a été intégrée au code de la santé publique, suite à la publication du décret n° 2017-808 du 5 mai 2017. A la date d'élaboration du schéma régional de santé, deux laboratoires de biologie médicale sont identifiés comme étant en mesure de réaliser cette activité, avec un volume d'activité annuel projeté se situant entre 650 et 800 examens pour chaque site. A ce titre, deux implantations sont identifiées : une dans la zone MétropoleFlandres, une dans la zone Somme.

Activités d'AMP biologiques

- Tableau 12-1 : Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle
- Tableau 12-2 : Fécondation in vitro avec ou sans micromanipulation
- Tableau 12-3 : Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue de don
- Tableau 12-4 : Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue de don
- Tableau 12-5 : Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux
- Tableau 12-6 : Conservation des embryons en vue d'un projet parental
- Tableau 12-7 : Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en uvre de celui-ci

---

Activités d'AMP cliniques

- Tableau 12-8 : Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP
- Tableau 12-9 : Prélèvement de spermatozoïdes
- Tableau 12-10 : Transfert des embryons en vue de leur implantation
- Tableau 12-11 : Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don
- Tableau 12-12 : Mise en uvre de l'accueil d'embryons

DPN

- Tableau 12-13 : Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels
- Tableau 12-14 : Examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique
- Tableau 12-15 : Examens de génétique moléculaire
- Tableau 12-16 : Examens de biochimie ftale à visée diagnostique
- Tableau 12-17 : Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses
- Tableau 12-18 : Examens de génétique portant sur l'ADN ftal libre circulant dans le sang maternel

---

ACTIVITÉS D'AMP BIOLOGIQUES

Tableau 12-1 : Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle

ZONES	Objectifs quantifiés		
	Implantations actuelles	Implantations Cibles	Ecart
Zone n°1 B - Métropole Flandres	2	2	0
Zone n°2 B - Hainaut	1	1	0
Zone n°3 B - Pas de Calais	4	4	0
Zone n°4 B - Somme	2	2	0
Zone n°5 B - Oise	2	2	0
Zone n°6 B - Aisne	1	1	0

Tableau 12-2 : Fécondation in vitro avec ou sans micromanipulation

ZONES	Objectifs quantifiés		
	Implantations actuelles	Implantations Cibles	Ecart
Zone n°1 B - Métropole Flandres	2	2	0
Zone n°2 B - Hainaut	1	1	0
Zone n°3 B - Pas de Calais	3	3	0
Zone n°4 B - Somme	2	2	0
Zone n°5 B - Oise	2	2	0
Zone n°6 B - Aisne	0	0	0

Tableau 12-3 : Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue de don

ZONES	Objectifs quantifiés		
	Implantations actuelles	Implantations Cibles	Ecart
Zone n°1 B - Métropole Flandres	1	1	0
Zone n°2 B - Hainaut	0	0	0
Zone n°3 B - Pas de Calais	1	1	0
Zone n°4 B - Somme	1	1	0
Zone n°5 B - Oise	0	0	0
Zone n°6 B - Aisne	0	0	0

Tableau 12-4 : Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue de don

ZONES	Objectifs quantifiés		
	Implantations actuelles	Implantations Cibles	Ecart
Zone n°1 B - Métropole Flandres	1	1	0
Zone n°2 B - Hainaut	0	0	0
Zone n°3 B - Pas de Calais	0	0	0
Zone n°4 B - Somme	1	1	0
Zone n°5 B - Oise	0	0	0
Zone n°6 B - Aisne	0	0	0

Tableau 12-5 : Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux

ZONES	Objectifs quantifiés		
	Implantations actuelles	Implantations Cibles	Ecart
Zone n°1 B - Métropole Flandres	1	1	0
Zone n°2 B - Hainaut	0	0	0

Zone n°3 B - Pas de Calais	0	0	0
Zone n°4 B - Somme	1	1	0
Zone n°5 B - Oise	0	0	0
Zone n°6 B - Aisne	0	0	0

Tableau 12-6 : Conservation des embryons en vue d'un projet parental

ZONES	Objectifs quantifiés		
	Implantations actuelles	Implantations Cibles	Ecart
Zone n°1 B - Métropole Flandres	2	2	0
Zone n°2 B - Hainaut	1	1	0
Zone n°3 B - Pas de Calais	3	3	0
Zone n°4 B - Somme	2	2	0
Zone n°5 B - Oise	2	2	0
Zone n°6 B - Aisne	0	0	0

Tableau 12-7 : Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en uvre de celui-ci

ZONES	Objectifs quantifiés		
	Implantations actuelles	Implantations Cibles	Ecart
Zone n°1 B - Métropole Flandres	1	1	0
Zone n°2 B - Hainaut	0	0	0
Zone n°3 B - Pas de Calais	0	0	0
Zone n°4 B - Somme	1	1	0
Zone n°5 B - Oise	0	0	0
Zone n°6 B - Aisne	0	0	0

ACTIVITÉS D'AMP CLINIQUES

Tableau 12-8 : Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP

ZONES	Objectifs quantifiés		
	Implantations actuelles	Implantations Cibles	Ecart
Zone n°1 B - Métropole Flandres	2	2	0
Zone n°2 B - Hainaut	1	1	0
Zone n°3 B - Pas de Calais	3	3	0
Zone n°4 B - Somme	2	2	0
Zone n°5 B - Oise	2	2	0
Zone n°6 B - Aisne	0	0	0

Tableau 12-9 : Prélèvement de spermatozoïdes

ZONES	Objectifs quantifiés		
	Implantations actuelles	Implantations Cibles	Ecart
Zone n°1 B - Métropole Flandres	1	1	0
Zone n°2 B - Hainaut	0	0	0
Zone n°3 B - Pas de Calais	0	1	+1
Zone n°4 B - Somme	2	2	0
Zone n°5 B - Oise	0	0	0
Zone n°6 B - Aisne	0	0	0

Tableau 12-10 : Transfert des embryons en vue de leur implantation

ZONES	Objectifs quantifiés		
	Implantations actuelles	Implantations Cibles	Ecart
Zone n°1 B - Métropole Flandres	2	2	0
Zone n°2 B - Hainaut	1	1	0
Zone n°3 B - Pas de Calais	3	3	0
Zone n°4 B - Somme	2	2	0
Zone n°5 B - Oise	2	2	0
Zone n°6 B - Aisne	0	0	0

Tableau 12-11 : Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don

ZONES	Objectifs quantifiés		
	Implantations actuelles	Implantations Cibles	Ecart
Zone n°1 B - Métropole Flandres	1	1	0
Zone n°2 B - Hainaut	0	0	0
Zone n°3 B - Pas de Calais	0	0	0
Zone n°4 B - Somme	1	1	0
Zone n°5 B - Oise	0	0	0
Zone n°6 B - Aisne	0	0	0

Tableau 12-12 : Mise en uvre de l'accueil d'embryons

ZONES	Objectifs quantifiés		
	Implantations actuelles	Implantations Cibles	Ecart
Zone n°1 B - Métropole Flandres	1	1	0
Zone n°2 B - Hainaut	0	0	0
Zone n°3 B - Pas de Calais	0	0	0
Zone n°4 B - Somme	1	1	0
Zone n°5 B - Oise	0	0	0
Zone n°6 B - Aisne	0	0	0

DPN

Tableau 12-13 : Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels

ZONES	Objectifs quantifiés		
	Implantations actuelles	Implantations Cibles	Ecart
Zone n°1 B - Métropole Flandres	3	3	0
Zone n°2 B - Hainaut	1	1	0
Zone n°3 B - Pas de Calais	2	2	0
Zone n°4 B - Somme	2	2	0
Zone n°5 B - Oise	0	1	+1
Zone n°6 B - Aisne	0	0	0

Tableau 12-14 : Examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique

ZONES	Objectifs quantifiés		
	Implantations actuelles	Implantations Cibles	Ecart
Zone n°1 B - Métropole Flandres	2	2	0
Zone n°2 B - Hainaut	0	0	0

Zone n°3 B - Pas de Calais	0	0	0
Zone n°4 B - Somme	1	1	0
Zone n°5 B - Oise	0	0	0
Zone n°6 B - Aisne	0	0	0

Tableau 12-15 : Examens de génétique moléculaire

ZONES	Objectifs quantifiés		
	Implantations actuelles	Implantations Cibles	Ecart
Zone n°1 B - Métropole Flandres	2	2	0
Zone n°2 B - Hainaut	0	0	0
Zone n°3 B - Pas de Calais	0	0	0
Zone n°4 B - Somme	0	0	0
Zone n°5 B - Oise	0	0	0
Zone n°6 B - Aisne	0	0	0

Tableau 12-16 : Examens de biochimie ftale à visée diagnostique

ZONES	Objectifs quantifiés		
	Implantations actuelles	Implantations Cibles	Ecart
Zone n°1 B - Métropole Flandres	0	0	0
Zone n°2 B - Hainaut	0	0	0
Zone n°3 B - Pas de Calais	0	0	0
Zone n°4 B - Somme	0	0	0
Zone n°5 B - Oise	0	0	0
Zone n°6 B - Aisne	0	0	0

Tableau 12-17 : Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses

ZONES	Objectifs quantifiés		
	Implantations actuelles	Implantations Cibles	Ecart
Zone n°1 B - Métropole Flandres	1	1	0
Zone n°2 B - Hainaut	0	0	0
Zone n°3 B - Pas de Calais	0	0	0
Zone n°4 B - Somme	1	1	0
Zone n°5 B - Oise	0	0	0
Zone n°6 B - Aisne	0	0	0

Tableau 12-18 : Examens de génétique portant sur l'ADN ftal libre circulant dans le sang maternel

ZONES	Objectifs quantifiés		
	Implantations actuelles	Implantations Cibles	Ecart
Zone n°1 B - Métropole Flandres	0	1	+1
Zone n°2 B - Hainaut	0	0	0
Zone n°3 B - Pas de Calais	0	0	0
Zone n°4 B - Somme	0	1	+1
Zone n°5 B - Oise	0	0	0
Zone n°6 B - Aisne	0	0	0

CANCER

L'article R.6123-87 du code de la santé publique liste quatre pratiques thérapeutiques donnant lieu à autorisation pour exercer l'activité de soins du cancer : la chirurgie carcinologique, la radiothérapie externe et la curiethérapie, l'utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées et la chimiothétrapie.

Pour toutes ces pratiques thérapeutiques, en matière d'implantations les enjeux opérationnels se situent dans :

- la consolidation de l'organisation des soins autour des établissements autorisés aux activités de traitement du cancer ;
- une raréfaction des professionnels compétents qui conduit à ne pas disperser les interventions sur de nouveaux sites ;
- la vigilance quant au respect de l'obligation réglementaire de l'atteinte des seuils minimum d'activité, qui constitue un critère majeur pour la qualité et la sécurité des soins.

1° - La chirurgie des cancers :

En matière de chirurgie, l'examen de l'activité des sites autorisés et ayant mis en œuvre leur autorisation, sur les trois derniers exercices connus au moment de l'élaboration du PRS 2 engage la suppression des implantations suivantes, pour lesquelles ont été constatées des activités en deçà des seuils mentionnés à l'article R.6123-89 du code de la santé publique et précisés par l'arrêté du 29 mars 2007 fixant les seuils d'activité minimale annuelle applicables à l'activité de soins de traitement du cancer, sur la moyenne des trois derniers exercices connus. Il s'agit de :

- chirurgie mammaire : une implantation supprimée sur chacune des zones suivantes : Lille, Montreuillois, CreilSenlis ;
- chirurgie urologique : une implantation supprimée sur chacune des zones suivantes : Beauvais et SoissonsChâteau-Thierry ;
- chirurgie gynécologique : une implantation supprimée sur chacune des zones suivantes : DunkerquoisFlandre Maritime et Cambraisis ;
- chirurgie ORL et maxillofaciale : une implantation supprimée sur chacune des zones suivantes : Dunkerquois-Flandre Maritime et Béthunois.

En revanche, la cartographie des implantations laisse apparaître deux zones à la fois dépourvues d'autorisation et sans implantation dans l'environnement immédiat. Les impératifs d'accès aux soins engagent donc la nécessité de créer les deux implantations suivantes :

- chirurgie carcinologique thoracique : une implantation dans la zone Péronne – SaintQuentin – Hirson ;
- chirurgie carcinologique ORL et maxillofaciale : une implantation dans la zone Audomarois.

Les implantations de chirurgie carcinologique non soumise à seuil ne sont pas modifiées, au regard de l'activité constatée en région n'indiquant aucun besoin de nouvelle autorisation.

2° - La radiothérapie externe et la curiethérapie :

La région comptabilise 19 implantations en radiothérapie. Les principaux objectifs qualitatifs pour ces modalités sont :

- de veiller à la qualité des soins en radiothérapie,
- d'améliorer l'organisation des soins en radiothérapie afin d'assurer une égalité d'accès aux soins et éviter les fuites extra régionales.

Les implantations actuelles garantissent un temps d'accès moyen à une implantation de radiothérapie de 17 minutes pour les habitants des Hauts-de-France, (source : diagnostic territorialisé des Hauts-de-France, OR2S, 2017), seuls trois territoires (le diagnostic territorialisé ne présentant pas une territorialisation recoupant exactement les zones d'activités de soins arrêtées en juin 2017) sont marqués par un temps d'accès supérieur à 40 minutes : le nord-ouest de la Somme, le nord-est de l'Aisne et le sud de l'Aisne.

Si les deux premiers territoires disposent néanmoins de plusieurs offres de soins dans un périmètre relativement proche (deux implantations à Amiens pour le nord-ouest de la Somme ; une implantation à Maubeuge et une à Saint-Quentin pour le nord-est de l'Aisne), la mise en œuvre de l'autorisation délivrée en 2016 sur le site du centre hospitalier de Soissons permettra de réduire les distances importantes pour la prise en charge des patients du sud de l'Aisne.

Pour les autres zones d'activités de soins, l'activité des sites autorisés ne laisse pas apparaître une saturation de l'activité.

Pour la curiethérapie, pratique thérapeutique comptabilisant trois implantations en Hauts-de-France, la technicité de la prise en charge ne permet pas d'envisager de nouvelles implantations.

3° - L'utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées :

Cette pratique thérapeutique, autorisée sur quatre sites dans les Hauts-de-France, requiert l'autorisation de manipulation des radioéléments dans un but diagnostic et thérapeutique accordée par l'Autorité de Sûreté Nucléaire (ASN) à un médecin de médecine nucléaire. Les contraintes importantes en matière de radioprotection, l'efficience et les voies de recherche en font un traitement spécialisé, pour lequel le nombre d'implantationn'est pas appelé à évoluer.

4° - La chimiothérapie :

Pour cette pratique thérapeutique, dont la nature et la fréquence de délivrance des soins intègre nécessairement une dimension de proximité, chaque zone d'activité de soins dispose d'au moins une implantation, et l'accessibilité à cette modalité de soins est donc assurée sur l'ensemble de la région.

Traitement des cancers :

- Tableau 13-1 : RADIOTHERAPIE
- Tableau 13-2 : CHIMIOTHERAPIE
- Tableau 13-3 : CURIETHERAPIE
- Tableau 13-4 : UTILISATION THERAPEUTIQUE DE RADIOELEMENTS EN SOURCES NON SCELLEES

Chirurgie des cancers :

- Tableau 13-5 : CHIRURGIE MAMMAIRE
- Tableau 13-6 : CHIRURGIE DIGESTIVE
- Tableau 13-7 : CHIRURGIE UROLOGIQUE
- Tableau 13-8 : CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE
- Tableau 13-9 : CHIRURGIE THORACIQUE
- Tableau 13-10 : CHIRURGIE ORL et MAXILLO-FACIALE
- Tableau 13-11 : CHIRURGIE des CANCERS NON SOUMISE A SEUIL

TRAITEMENT DU CANCER

Tableau 13-1 : RADIOTHERAPIE

ZONES	Objectifs quantifiés		
	Implantations actuelles	Implantations Cibles	Ecart
1A - Dunkerquois - Flandre maritime	1	1	0
2A - Flandre intérieure	0	0	0
3A - Lille	4	4	0
4A - Roubaix - Tourcoing	0	0	0
5A - Douaisis	1	1	0
6A - Valenciennois	1	1	0
7A - Cambraisis	0	0	0
8A - Sambre - Avesnois	1	1	0
9A - Calaisis	0	0	0
10A - Audomarois	0	0	0
11A - Boulonnais	1	1	0
12A - Montreuillois	0	0	0
13A - Béthunois	1	1	0
14A - Lens - Hénin-Beaumont	1	1	0
15A - Arrageois	1	1	0
16A - Abbeville	0	0	0
17A - Amiens	2	2	0
18A - Beauvais	1	1	0
19A - Compiègne - Noyon	1	1	0
20A - Creil - Senlis	1	1	0

21A - Péronne - St Quentin - Hirson	1	1	0
22A - Laon	0	0	0
23A - Soissons - Château-Thierry	1	1	0

Tableau 13-2 : CHIMIOTHERAPIE

ZONES		Objectifs quantifiés	
	Implantations actuelles	Implantations Cibles	Ecart
1A - Dunkerquois - Flandre maritime	2	2	0
2A - Flandre intérieure	1	1	0
3A - Lille	6	6	0
4A - Roubaix - Tourcoing	3	3	0
5A - Douaisis	2	2	0
6A - Valenciennois	4	4	0
7A - Cambraisis	1	1	0
8A - Sambre - Avesnois	1	1	0
9A - Calaisis	2	2	0
10A - Audomarois	1	1	0
11A - Boulonnais	2	2	0
12A - Montreuillois	1	1	0
13A - Béthunois	3	3	0
14A - Lens - Hénin-Beaumont	1	1	0
15A - Arrageois	2	2	0
16A - Abbeville	1	1	0
17A - Amiens	2	2	0
18A - Beauvais	1	1	0
19A - Compiègne - Noyon	2	2	0
20A - Creil - Senlis	3	3	0
21A - Péronne - St Quentin - Hirson	2	2	0
22A - Laon	2	2	0
23A - Soissons - Château-Thierry	1	1	0

Tableau 13-3 : CURIETHERAPIE

ZONES		Objectifs quantifiés	
	Implantations actuelles	Implantations Cibles	Ecart
1A - Dunkerquois - Flandre maritime	0	0	0
2A - Flandre intérieure	0	0	0
3A - Lille	2	2	0
4A - Roubaix - Tourcoing	0	0	0
5A - Douaisis	0	0	0
6A - Valenciennois	0	0	0
7A - Cambraisis	0	0	0
8A - Sambre - Avesnois	0	0	0
9A - Calaisis	0	0	0
10A - Audomarois	0	0	0
11A - Boulonnais	0	0	0
12A - Montreuillois	0	0	0
13A - Béthunois	0	0	0

14A - Lens - Hénin-Beaumont	0	0	0
15A - Arrageois	0	0	0
16A - Abbeville	0	0	0
17A - Amiens	1	1	0
18A - Beauvais	0	0	0
19A - Compiègne - Noyon	0	0	0
20A - Creil - Senlis	0	0	0
21A - Péronne - St Quentin - Hirson	0	0	0
22A - Laon	0	0	0
23A - Soissons - Château-Thierry	0	0	0

Tableau 13-4 : UTILISATION THERAPEUTIQUE DE RADIOELEMENTS EN SOURCES NON SCELLEES

ZONES		Objectifs quantifiés	
	Implantations actuelles	Implantations Cibles	Ecart
1A - Dunkerquois - Flandre maritime	0	0	0
2A - Flandre intérieure	0	0	0
3A - Lille	3	3	0
4A - Roubaix - Tourcoing	0	0	0
5A - Douaisis	0	0	0
6A - Valenciennois	0	0	0
7A - Cambraisis	0	0	0
8A - Sambre - Avesnois	0	0	0
9A - Calaisis	0	0	0
10A - Audomarois	0	0	0
11A - Boulonnais	0	0	0
12A - Montreuillois	0	0	0
13A - Béthunois	0	0	0
14A - Lens - Hénin-Beaumont	0	0	0
15A - Arrageois	0	0	0
16A - Abbeville	0	0	0
17A - Amiens	1	1	0
18A - Beauvais	0	0	0
19A - Compiègne - Noyon	0	0	0
20A - Creil - Senlis	0	0	0
21A - Péronne - St Quentin - Hirson	0	0	0
22A - Laon	0	0	0
23A - Soissons - Château-Thierry	0	0	0

CHIRURGIE DES CANCERS :

Tableau 13-5 : CHIRURGIE MAMMAIRE

ZONES		Objectifs quantifiés	
	Implantations actuelles	Implantations Cibles	Ecart
1A - Dunkerquois - Flandre maritime	2	2	0
2A - Flandre intérieure	1	1	0
3A - Lille	6	5	-1
4A - Roubaix - Tourcoing	3	3	0

5A - Douaisis	1	1	0
6A - Valenciennois	3	3	0
7A - Cambraisis	1	1	0
8A - Sambre - Avesnois	2	2	0
9A - Calaisis	2	2	0
10A - Audomarois	1	1	0
11A - Boulonnais	2	2	0
12A - Montreuillois	2	1	-1
13A - Béthunois	3	3	0
14A - Lens - Hénin-Beaumont	1	1	0
15A - Arrageois	2	2	0
16A - Abbeville	1	1	0
17A - Amiens	2	2	0
18A - Beauvais	1	1	0
19A - Compiègne - Noyon	2	2	0
20A - Creil - Senlis	2	1	-1
21A - Péronne - St Quentin - Hirson	2	2	0
22A - Laon	0	0	0
23A - Soissons - Château-Thierry	1	1	0

Tableau 13-6 : CHIRURGIE DIGESTIVE

ZONES		Objectifs quantifiés	
	Implantations actuelles	Implantations Cibles	Ecart
1A - Dunkerquois - Flandre maritime	2	2	0
2A - Flandre intérieure	1	1	0
3A - Lille	8	8	0
4A - Roubaix - Tourcoing	3	3	0
5A - Douaisis	2	2	0
6A - Valenciennois	4	4	0
7A - Cambraisis	2	2	0
8A - Sambre - Avesnois	3	3	0
9A - Calaisis	2	2	0
10A - Audomarois	2	2	0
11A - Boulonnais	2	2	0
12A - Montreuillois	2	2	0
13A - Béthunois	4	4	0
14A - Lens - Hénin-Beaumont	3	3	0
15A - Arrageois	2	2	0
16A - Abbeville	2	2	0
17A - Amiens	3	3	0
18A - Beauvais	2	2	0
19A - Compiègne - Noyon	2	2	0
20A - Creil - Senlis	2	2	0
21A - Péronne - St Quentin - Hirson	2	2	0
22A - Laon	1	1	0
23A - Soissons - Château-Thierry	1	1	0

Tableau 13-7 : CHIRURGIE UROLOGIQUE

ZONES	Objectifs quantifiés		
	Implantations actuelles	Implantations Cibles	Ecart
1A - Dunkerquois - Flandre maritime	2	2	0
2A - Flandre intérieure	0	0	0
3A - Lille	7	7	0
4A - Roubaix - Tourcoing	2	2	0
5A - Douaisis	1	1	0
6A - Valenciennois	2	2	0
7A - Cambraisis	1	1	0
8A - Sambre - Avesnois	2	2	0
9A - Calaisis	2	2	0
10A - Audomarois	1	1	0
11A - Boulonnais	2	2	0
12A - Montreuillois	1	1	0
13A - Béthunois	1	1	0
14A - Lens - Hénin-Beaumont	3	3	0
15A - Arrageois	2	2	0
16A - Abbeville	2	2	0
17A - Amiens	3	3	0
18A - Beauvais	2	1	-1
19A - Compiègne - Noyon	2	2	0
20A - Creil - Senlis	2	2	0
21A - Péronne - St Quentin - Hirson	2	2	0
22A - Laon	1	1	0
23A - Soissons - Château-Thierry	2	1	-1

Tableau 13-8 : CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE

ZONES	Objectifs quantifiés		
	Implantations actuelles	Implantations Cibles	Ecart
1A - Dunkerquois - Flandre maritime	2	1	-1
2A - Flandre intérieure	1	1	0
3A - Lille	5	5	0
4A - Roubaix - Tourcoing	1	1	0
5A - Douaisis	1	1	0
6A - Valenciennois	2	2	0
7A - Cambraisis	1	0	-1
8A - Sambre - Avesnois	1	1	0
9A - Calaisis	1	1	0
10A - Audomarois	0	0	0
11A - Boulonnais	1	1	0
12A - Montreuillois	1	1	0
13A - Béthunois	2	2	0
14A - Lens - Hénin-Beaumont	1	1	0
15A - Arrageois	2	2	0
16A - Abbeville	0	0	0
17A - Amiens	2	2	0

18A - Beauvais	1	1	0
19A - Compiègne - Noyon	2	2	0
20A - Creil - Senlis	1	1	0
21A - Péronne - St Quentin - Hirson	1	1	0
22A - Laon	0	0	0
23A - Soissons - Château-Thierry	1	1	0

Tableau 13-9 : CHIRURGIE THORACIQUE

ZONES		Objectifs quantifiés	
	Implantations actuelles	Implantations Cibles	Ecart
1A - Dunkerquois - Flandre maritime	1	1	0
2A - Flandre intérieure	0	0	0
3A - Lille	3	3	0
4A - Roubaix - Tourcoing	0	0	0
5A - Douaisis	0	0	0
6A - Valenciennois	1	1	0
7A - Cambraisis	0	0	0
8A - Sambre - Avesnois	0	0	0
9A - Calaisis	0	0	0
10A - Audomarois	0	0	0
11A - Boulonnais	1	1	0
12A - Montreuillois	0	0	0
13A - Béthunois	1	1	0
14A - Lens - Hénin-Beaumont	0	0	0
15A - Arrageois	1	1	0
16A - Abbeville	0	0	0
17A - Amiens	2	2	0
18A - Beauvais	0	0	0
19A - Compiègne - Noyon	0	0	0
20A - Creil - Senlis	0	0	0
21A - Péronne - St Quentin - Hirson	0	1	+1
22A - Laon	0	0	0
23A - Soissons - Château-Thierry	0	0	0

Tableau 13-10 : CHIRURGIE ORL et MAXILLO-FACIALE

ZONES		Objectifs quantifiés	
	Implantations actuelles	Implantations Cibles	Ecart
1A - Dunkerquois - Flandre maritime	2	1	-1
2A - Flandre intérieure	0	0	0
3A - Lille	4	4	0
4A - Roubaix - Tourcoing	1	1	0
5A - Douaisis	0	0	0
6A - Valenciennois	2	2	0
7A - Cambraisis	1	1	0
8A - Sambre - Avesnois	0	0	0
9A - Calaisis	0	0	0
10A - Audomarois	0	1	+1

11A - Boulonnais	2	2	0
12A - Montreuillois	0	0	0
13A - Béthunois	2	1	-1
14A - Lens - Hénin-Beaumont	1	1	0
15A - Arrageois	1	1	0
16A - Abbeville	1	1	0
17A - Amiens	2	2	0
18A - Beauvais	1	1	0
19A - Compiègne - Noyon	1	1	0
20A - Creil - Senlis	0	0	0
21A - Péronne - St Quentin - Hirson	2	2	0
22A - Laon	0	0	0
23A - Soissons - Château-Thierry	0	0	0

Tableau 13-11 : CHIRURGIE des CANCERS NON SOUMISE A SEUIL

ZONES		Objectifs quantifiés	
	Implantations actuelles	Implantations Cibles	Ecart
1A - Dunkerquois - Flandre maritime	0	0	0
2A - Flandre intérieure	0	0	0
3A - Lille	0	0	0
4A - Roubaix - Tourcoing	0	0	0
5A - Douaisis	1	1	0
6A - Valenciennois	0	0	0
7A - Cambraisis	0	0	0
8A - Sambre - Avesnois	0	0	0
9A - Calaisis	0	0	0
10A - Audomarois	0	0	0
11A - Boulonnais	0	0	0
12A - Montreuillois	0	0	0
13A - Béthunois	0	0	0
14A - Lens - Hénin-Beaumont	0	0	0
15A - Arrageois	0	0	0
16A - Abbeville	0	0	0
17A - Amiens	0	0	0
18A - Beauvais	0	0	0
19A - Compiègne - Noyon	0	0	0
20A - Creil - Senlis	0	0	0
21A - Péronne - St Quentin - Hirson	0	0	0
22A - Laon	0	0	0
23A - Soissons - Château-Thierry	0	0	0

EXAMENS GÉNÉTIQUES

L'examen des caractéristiques génétiques d'une personne consiste à analyser ses caractéristiques génétiques héritées ou acquises à un stade précoce du développement prénatal.

Cette activité de soins a pour objet :

- soit de poser, de confirmer ou d'infirmer le diagnostic d'une maladie à caractère génétique chez une personne ;
- soit de rechercher les caractéristiques d'un ou plusieurs gènes susceptibles d'être à l'origine du développement d'une maladie chez une personne ou les membres de sa famille potentiellement concernés ;
- soit de personnaliser la prise en charge médicale d'une personne selon ses caractéristiques génétiques.

Dans la région, cette activité de soins, qui comptabilise deux modalités (analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire et analyses de génétique moléculaire) repose sur sept établissements (CHRU de Lille, CHU Amiens-Picardie, CH de Lens, l'établissement français du sang, le CH de Valenciennes, le Centre Oscar Lambret et le site Saint-Vincent du GHICL).

En cohérence avec les orientations nationales, en particulier celles issues des plans nationaux maladies rares, la structuration des réseaux de sites autorisés pour cette activité de soins s'appuie sur la mutualisation des compétences, la nécessité de maintenir un volume d'activité important dans l'ensemble des laboratoires, le développement de systèmes d'informations partagés et le déploiement des approches à haut débit pour l'identification des bases moléculaires des maladies rares.

Ainsi, le schéma régional de santé ne prévoit pas de nouvelle implantation pour cette activité de soins.

Tableau 14-1 : Analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire

Tableau 14-2 : Analyses de génétique moléculaire

Tableau 14-1 : Analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire

ZONES	Objectifs quantifiés		
	Implantations actuelles	Implantations Cibles	Ecart
Zone n°1 B - Métropole Flandre	3	3	0
Zone n°2 B - Hainaut	0	0	0
Zone n°3 B - Pas de Calais	0	0	0
Zone n°4 B - Somme	1	1	0
Zone n°5 B - Oise	0	0	0
Zone n°6 B - Aisne	0	0	0

Tableau 14-2 : Analyses de génétique moléculaire

ZONES	Objectifs quantifiés		
	Implantations actuelles	Implantations Cibles	Ecart
Zone n°1 B - Métropole Flandre	3	3	0
Zone n°2 B - Hainaut	1*	1*	0
Zone n°3 B - Pas de Calais	1*	1*	0
Zone n°4 B - Somme	1	1	0
Zone n°5 B - Oise	0	0	0
Zone n°6 B - Aisne	0	0	0

(*) limitée à l'étude de thrombophilie et de l'hématochromatose

EQUIPEMENTS MATÉRIELS LOURDS

L'évolution des implantations des équipements matériels lourds (EML) s'est principalement appuyée sur les résultats d'une enquête conduite au 1er semestre 2017, portant sur le descriptif des EML mis en service en région Hauts-de-France, leur activité et les délais moyens annuels constatés pour chaque appareil.

La région comptabilise, au moment de l'élaboration du schéma régional de santé, les autorisations suivantes :

- EML d'imagerie en coupe :

- 123 scanographes à utilisation médicale (scanners) ;
- 100 appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) ;

- EML utilisés en médecine nucléaire :

- 50 caméras à scintillation munies ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence (gammacaméras) ;
- 21 tomographes à émissions (TEP).

La région affiche des taux d'équipement plus élevés que la moyenne nationale, sur les quatre catégories d'EML.

A ce titre, l'objectif du développement quantitatif des EML est avant tout de réduire les délais d'attente constatés et d'homogénéiser l'activité moyenne constatée sur les appareils en service. Les nouveaux appareils présentant des caractéristiques propres à assurer le développement de techniques thérapeutiques innovantes, de l'imagerie interventionnelle, ou permettant l'appui à des programmes de recherche, seront favorisés.

Plus spécifiquement, il est attendu :

Pour l'imagerie en coupe :

- la progression du nombre de scanners à utilisation médicale (cf. tableau 15) doit permettre :

- pour deux d'entre eux, sur les zones Cambraisis et Valenciennois, de permettre à des établissements avec activité MCO, de disposer d'un scanner ; à ce titre, les appareils supplémentaires s'accompagnent de l'identification d'une implantation supplémentaire sur ces zones ;
- de répondre à des constats de très forte activité et/ou délais très élevés ;
- de soutenir le développement d'activités interventionnelles sur des plateaux qu'il convient donc de renforcer.

- La progression du nombre d'appareils d'imagerie ou de spectométrie par résonnance magnétique nucléaire (IRM) (cf. tableau 16) et l'évolution d'autorisations limitées à des examens ostéoarticulaires vers des autorisations non spécialisées doivent permettre :

- de faire face au développement des indications (cancérologie, neurologie, cardiologie) ;
- de soutenir la progression du nombre d'appareils à 3 Tesla (14 sont actuellement comptabilisés en région) ;
- d'assurer la réduction des délais constatés sur certaines zones avec forte tension ;
- de permettre de substituer les examens IRM aux scanners chez les enfants ;
- de favoriser le développement de l'activité interventionnelle, en particulier sur les tunnels larges.

A ces divers titres, l'orientation donnée aux nouveaux appareils est bien d'étoffer des plateaux d'ores et déjà équipés, ce qui explique l'absence de nouvelle implantation, afin de répondre aux objectifs cités ci-dessus.

Pour les équipements relevant de plateaux de médecine nucléaire :

- Pour les caméras à scintillation munies ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence (gammacaméras) (cf. tableau 17) :

- compléter un plateau comptabilisant actuellement une seule gamma-caméra dans la zone Oise ;
- compléter, sur la zone Métropole-Flandres, un plateau de médecine nucléaire pourvu de TEP/TDM mais ne disposant pas d'appareils de scintigraphie.

- Pour les tomographes à émissions (TEP) (cf. tableau 18), l'augmentation du nombre d'appareil sur les quatre zones d'activités de soins, répond a minima à un des critères suivants:

- une activité moyenne par appareil supérieure à la donnée régionale estimée à 11 jours en 2016 (Métropole-Flandres : activité moyenne par appareil supérieure de 2% à la moyenne régionale, avec une progression d'activité de 14% entre 2014 et 2016 ;

Pas de Calais : activité moyenne par appareil supérieure de 19% à la moyenne régionale, avec une progression d'activité de 12% entre 2014 et 2016 ; Somme : activité moyenne par appareil supérieure de près de 20% à la moyenne régionale, avec une progression d'activité de 24% entre 2014 et 2016) ;

- des délais plus marqués que la moyenne (Somme : délai moyen par appareil constaté en 2016 : 20 jours, pour une moyenne régionale à 11 jours) ;
- une concentration géographique de l'offre qui justifie le déploiement de nouveaux sites afin d'améliorer l'accessibilité des patients aux appareils (en particulier pour la zone Hainaut, qui ne comptabilise aujourd'hui qu'une seule implantation, contrairement aux cinq autres zones qui en disposent a minima de deux).

Les catégories suivantes d'équipements matériels lourds, tels que listés à l'article R.6122-26 du code de la santé publique : caisson hyperbare et cyclotron à utilisation médicale (cf. tableau 19), n'évoluent pas en nombre d'appareil et en nombre d'implantation, les séquences de concertation sur les objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre de soins en matière d'imagerie médicale n'ayant pas abouti au constat de besoins spécifiques sur ces catégories d'EML.

SCANNER

Tableau 15 : SCANOGRAPHES A UTILISATION MEDICALE

ZONES	Objectifs quantifiés					
	Implantations actuelles	Appareils actuels	Implantations Cibles	Appareils Cibles	Ecart Implantations	Ecart Appareils
1A - Dunkerquois - Flandre maritime	4	5	4	5	0	0
2A - Flandre intérieure	2	2	2	2	0	0
3A - Lille	10	21	10	24	0	+3
4A - Roubaix - Tourcoing	4	7	4	8	0	+1
5A - Douaisis	4	5	4	6	0	+1
6A - Valenciennois	5	7	6	9	+1	+2
7A - Cambraisis	2	3	3	4	+1	+1
8A - Sambre - Avesnois	5	7	5	7	0	0
9A - Calaisis	2	3	2	3	0	0
10A - Audomarois	2	2	2	2	0	0
11A - Boulonnais	3	5	3	5	0	0
12A - Montreuillois	3	3	3	3	0	0
13A - Béthunois	5	6	5	6	0	0
14A - Lens - Hénin-Beaumont	4	7	4	8	0	+1
15A - Arrageois	2	4	2	4	0	0
16A - Abbeville	2	2	2	2	0	0
17A - Amiens	6	10	6	10	0	0
18A - Beauvais	4	5	4	5	0	0
19A - Compiègne - Noyon	3	5	3	5	0	0
20A - Creil - Senlis	3	4	3	4	0	0
21A - Péronne - St Quentin - Hirson	4	5	4	5	0	0
22A - Laon	2	2	2	2	0	0
23A - Soissons - Château-Thierry	2	3	2	3	0	0

IMAGERIE PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE (IRM)

Tableau 16 : Appareils dimagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique (IRM)

ZONES	Objectifs quantifiés					
	Implantations actuelles	Appareils actuels	Implantations Cibles	Appareils Cibles	Ecart Implantations	Ecart Appareils
1A - Dunkerquois - Flandre maritime	2	4	2	4	0	0
2A - Flandre intérieure	1	2	1	2	0	0
3A - Lille	9	19	9	24	0	+5
4A - Roubaix - Tourcoing	3	6	3	6	0	0
5A - Douaisis	3	4	3	5	0	+1
6A - Valenciennois	4	7	4	7	0	0
7A - Cambraisis	2	3	2	3	0	0
8A - Sambre - Avesnois	3	3	3	3	0	0
9A - Calaisis	2	3	2	3	0	0
10A - Audomarois	1	1	1	2	0	+1
11A - Boulonnais	2	4	2	5	0	+1
12A - Montreuillois	2	2	2	2	0	0
13A - Béthunois	3	4	3	4	0	0
14A - Lens - Hénin-Beaumont	4	8	4	8	0	0
15A - Arrageois	2	3	2	4	0	+1
16A - Abbeville	1	1	1	2	0	+1
17A - Amiens	2	6	2	8	0	+2
18A - Beauvais	2	3	2	3	0	0
19A - Compiègne - Noyon	2	3	2	3	0	0
20A - Creil - Senlis	3	5	3	5	0	0
21A - Péronne - St Quentin - Hirson	2	3	2	4	0	+1
22A - Laon	1	2	1	2	0	0
23A - Soissons - Château-Thierry	2	4	2	4	0	0

CAMÉRAS À SCINTILLATION (GAMMA)

Tableau 17 : Caméras à scintillation munies ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence

ZONES	Objectifs quantifiés					
	Implantations actuelles	Appareils actuels	Implantations Cibles	Appareils Cibles	Ecart Implantations	Ecart Appareils
Zone n°1 B - Métropole Flandre	7	20	8	22	+1	+2
Zone n°2 B - Hainaut	2	5	2	5	0	0
Zone n°3 B - Pas de Calais	5	11	5	11	0	0
Zone n°4 B - Somme	2	5	2	5	0	0
Zone n°5 B - Oise	3	5	3	6	0	+1
Zone n°6 B - Aisne	2	4	2	4	0	0

TOMOGRAPHIES PAR ÉMISSION DE POSITONS (TEP)

Tableau 18 : TEP

ZONES	Objectifs quantifiés					
	Implantations actuelles	Appareils actuels	Implantations Cibles	Appareils Cibles	Ecart Implantations	Ecart Appareils
Zone n°1 B - Métropole Flandre	6	7	6	9	0	+2
Zone n°2 B - Hainaut	1	2	3	4	+2	+2
Zone n°3 B - Pas de Calais	4	5	5	6	+1	+1
Zone n°4 B - Somme	2	2	2	3	0	+1
Zone n°5 B - Oise	3	3	3	3	0	0
Zone n°6 B - Aisne	2	2	2	2	0	0

CAISSONS HYPERBARES

Tableau 19 : Caissons Hyperbares

ZONES	Objectifs quantifiés					
	Implantations actuelles	Appareils actuels	Implantations Cibles	Appareils Cibles	Ecart Implantations	Ecart Appareils
Zone n°1 B - Métropole Flandre	1	4	1	4	0	0
Zone n°2 B - Hainaut	0	0	0	0	0	0
Zone n°3 B - Pas de Calais	0	0	0	0	0	0
Zone n°4 B - Somme	0	0	0	0	0	0
Zone n°5 B - Oise	0	0	0	0	0	0
Zone n°6 B - Aisne	0	0	0	0	0	0

CYCLOTRONS

Tableau 20 : Cyclotrons à utilisation médicale

ZONES	Objectifs quantifiés					
	Implantations actuelles	Appareils actuels	Implantations Cibles	Appareils Cibles	Ecart Implantations	Ecart Appareils
Zone n°1 B - Métropole Flandre	0	0	0	0	0	0
Zone n°2 B - Hainaut	0	0	0	0	0	0
Zone n°3 B - Pas de Calais	0	0	0	0	0	0
Zone n°4 B - Somme	0	0	0	0	0	0
Zone n°5 B - Oise	0	0	0	0	0	0
Zone n°6 B - Aisne	0	0	0	0	0	0

BIOLOGIE MÉDICALE

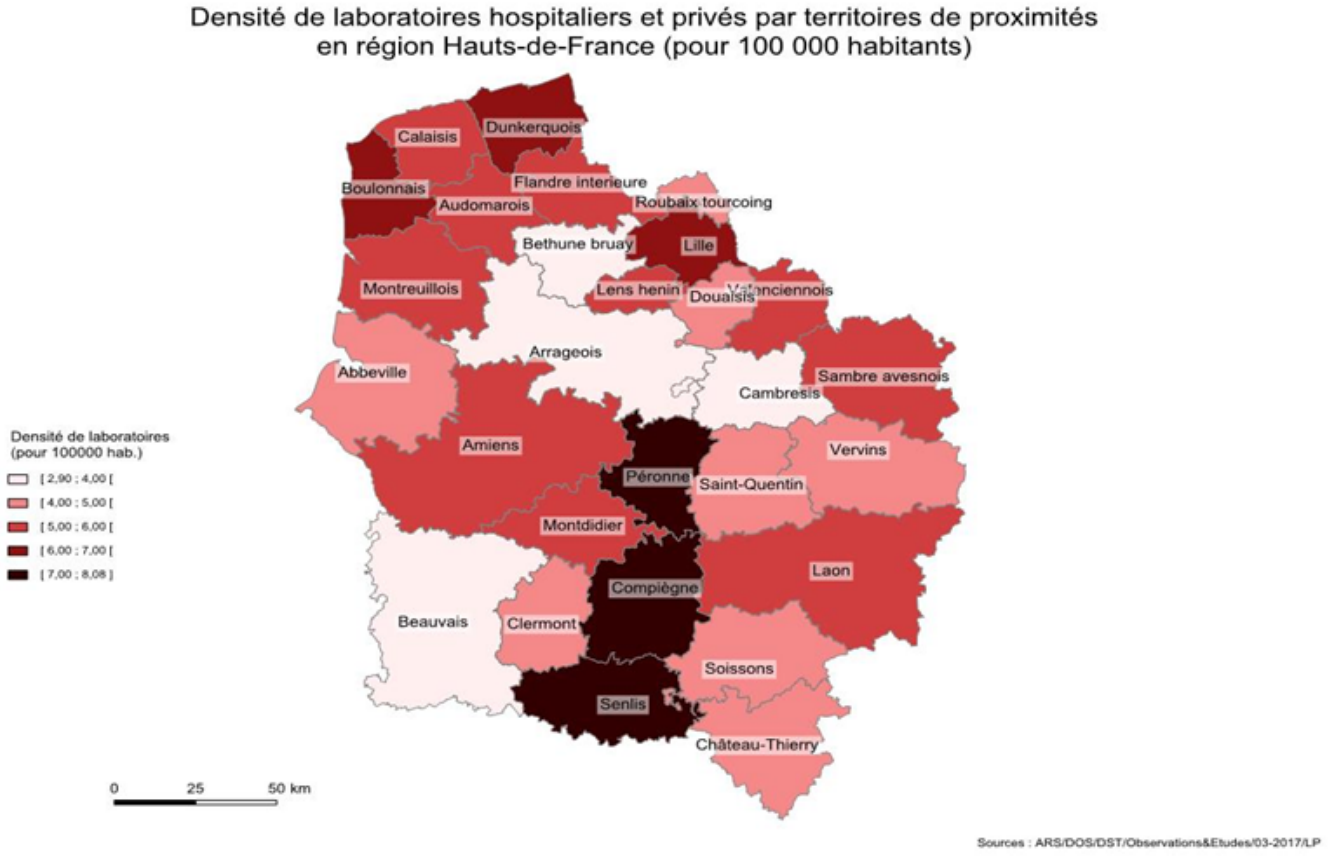
L'OFFRE DE BIOLOGIE MÉDICALE DANS LA RÉGION HAUTS-DE-FRANCE

L'offre de biologie médicale peut être considérée comme satisfaisante en termes de maillage territorial et d'accessibilité géographique des patients à un site de laboratoire de biologie médicale dans la région Hauts-de-France.

- Maillage territorial

Dans notre région, on constate un maintien de l'offre de biologie médicale de proximité et ce, malgré le processus de restructuration des laboratoires de biologie médicale (fusion / rachat de laboratoires) initié depuis la fin 2010. Le nombre de sites a, ainsi, légèrement augmenté de 2011 (326 sites) à fin 2016 (329 sites).

Cependant, au vu de la densité de sites rapporté à la population pour 100 000 habitants, une meilleure répartition régionale de ces sites, rapportée aux anciens territoires de proximité, pourrait être opérée au profit des quatre secteurs suivants : l'Arrageois, le Beauvaisis, le Béthunois et le Cambrésis.



Le nouveau zonage de biologie médicale de la région Hauts-de-France, arrêté par décision de la directrice générale de l'ARS n °2017-035 en date du 15 juin 2017 est constitué de six zones : l'Aisne, le Hainaut, la Métropole-Flandres, l'Oise, le Pas-de-Calais et la Somme. Ce zonage a pour effet d'accroître la superficie des zones afférentes aux règles de territorialité des laboratoires de biologie médicale, comparativement au découpage précédent.

Il offre, ce faisant, la possibilité d'une meilleure répartition des sites par changement d'implantation dans le respect, notamment, des trois zones limitrophes (article L.6222-5 du code de la santé publique).

- Accessibilité géographique des patients aux sites de laboratoires de biologie médicale dans la région Hauts-de-France

On peut considérer que le temps d'accès à un site d'un laboratoire de biologie médicale pour les habitants de la région Hauts-de-France est globalement satisfaisant puisque :

- 99,45 % de la population de la région habite à moins de 30 minutes d'un site ouvert au public implanté en Hauts-de-France ;
- 95,85 % de la population de la région habite à moins de 20 minutes d'un site ouvert au public implanté en Hauts-de-France.

On peut estimer, au vu de ces données, que les besoins en termes d'offre de biologie médicale de la population de la région Hauts-de-France sont couverts.

- Définition des besoins en examens de biologie médicale en vue de l'application de l'article L.6222-2 du code de la santé publique

Le directeur général de l'agence régionale de santé peut s'opposer à l'ouverture d'un laboratoire de biologie médicale ou d'un site d'un laboratoire de biologie médicale, lorsqu'elle aurait pour effet de porter sur la zone déterminée, l'offre d'examens de biologie médicale à un niveau supérieur de 25 % à celui des besoins de la population tels qu'ils sont définis par le schéma régional de santé (article L.6222-2 du code de la santé publique).

Les zones mentionnées à l'article L.6222-2 du code de la santé publique correspondent pour la région Hauts-de-France aux six zones « de biologie médicale » : l'Aisne, le Hainaut, la Métropole-Flandres, l'Oise, le Pas-de-Calais et la Somme.

Les besoins en termes d'offre de biologie médicale de la population Hauts-de-France étant couverts, il est repris en vue de déterminer les besoins en offre d'examens de biologie médicale, le nombre d'examens réalisés en 2015 dans chaque zone de biologie médicale précitée.

Le différentiel de 25% supplémentaire d'examens de biologie médicale ainsi obtenu n'obérera, dans cette limite, pas la possibilité d'ouvrir de nouveaux laboratoires ou sites dans les cinq années à venir et permettra de couvrir les besoins en examens de biologie médicale liés notamment au vieillissement de la population, au développement des maladies chroniques et aux diagnostics de plus en plus précoces.

Zones de bilogie médicale	Offre Examens de biologie médicale retenue	Offre Examens de biologie médicale + 25 %
AISNE	9 906 618	12 383 273
HAINAUT	20 843 231	26 054 039
METROPOLE FLANDRE	36 779 910	45 974 888
OISE	12 603 934	15 754 918
PAS DE CALAIS	26 377 857	32 972 321
SOMME	14 434 682	15 543 353

PERMANENCE DES SOINS EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ (PDSES)

PERMANENCE DES SOINS EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Conformément aux dispositions de l'article R.6111-41 du code de la santé publique, la directrice générale de l'ARS arrête, dans le cadre du schéma régional de santé, un volet dédié à l'organisation de la permanence des soins en établissements de santé (PDSES) mentionnée à l'article L.6111-1-3 du code.

Ce volet fixe les objectifs en nombre d'implantations par spécialité médicale et par modalité d'organisation, pour les zones définies au a du 2° de l'article L.1434-9 (soit les zones donnant lieu à la répartition des activités de soins et des équipements matériels lourds. Pour les Hauts-de-France, ces zones ont été fixées par la décision de la directrice générale de l'ARS en date du 15 juin 2017).

Ce volet est arrêté pour une durée de cinq ans et peut être révisé chaque année lorsque les évolutions des besoins de santé de la population ou de l'offre de soins le justifient.

Dans le cadre de l'élaboration du schéma régional de santé, lors des phases de concertation, au regard du contenu des volets PDSES des SROS-PRS alors en vigueur et du contexte régional en matière d'offre de soins , les constats suivants ont été posés:

- L'existence de différences notables sur les spécialités et modes d'organisation donnant lieu à financement de lignes de garde et d'astreinte, entre les deux anciennes régions, entraînant de facto un nécessaire travail d'harmonisation pour l'élaboration du nouveau schéma régional de santé.
- La nécessaire prise en compte des projets de modification de l'organisation de la permanence des soins, inscrites dans plusieurs projets médicaux partagés de groupements hospitaliers de territoire ; or, si les projets médicaux et projets de soins partagés des GHT devaient être finalisés au 1er juillet 2017, rendant possible leur prise en compte pour la fixation des objectifs de PDSES, un certain nombre d'orientations doit être travaillé et approfondi avec les établissements parties aux GHT, afin de bien identifier les modifications de permanence des soins pouvant prendre effet rapidement et ainsi présenter un impact sur le volet PDSES du schéma régional de santé.
- Les évolutions récentes et à venir de l'offre de soins modifient nécessairement l'organisation de la PDSES ; à ce titre, la temporalité de certaines opérations (modification voire suppression d'activités de soins, mise en place de plateaux d'imagerie médicale mutualisés, stratégies de groupes privés tendant à refondre une partie des activités autorisées) devait être précisée au maximum afin d'établir un volet PDSES le plus fidèle aux activités et aux organisations locales en vigueur.

Pour ces motifs, les travaux relatifs au futur volet PDSES du schéma régional ont débuté en février 2018. Dans l'attente de leur aboutissement, le présent volet consiste donc en la stricte reprise des lignes financées en janvier 2018 par l'ARS, telles qu'arrêtées par les précédents SROS. Les établissements bénéficiaires sont désignées dans ce volet transitoire, tandis que la version finale devra, conformément aux dispositions de l'article R.6111-41 du code de la santé publique, établir les lignes indemnisées par zones d'activités de soins, en nombre d'implantations par spécialité médicales et par modalité d'organisation.

Les seules modifications apportées dans ce volet par rapport aux schémas antérieurs de PDSES portent sur les conséquences de cessations récentes d'activités de soins, entraînant de facto une suppression des financements de lignes de gardes ou astreintes qui leur étaient attachées.

Le tableau est organisé en fonction :

- des zones donnant lieu à la répartition des activités de soins et des équipements matériels lourds, fixées par la décision de la directrice générale de l'ARS en date du 15 juin 2017. Cette décision déterminait deux ressorts de zones d'activités de soins et d'équipements matériels lourds :

  - pour le premier ressort : 23 zones pour les activités et équipements matériels lourds suivants : médecine ; chirurgie ; gynécologie-obstétrique, néonatologie, réanimation néonatale ; soins de suite et de réadaptation ; soins de longue durée ; médecine d'urgence ; réanimation ; traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale ; traitement du cancer ; appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique ; scanographe à utilisation médicale.

  - pour le second ressort ; 6 zones pour les activités et équipements matériels lourds suivants : psychiatrie ; activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie ; 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 ; caméra à scintillation munie ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographe à émissions, caméra à positons ; caisson hyperbare ; cyclotron à utilisation médicale.

Au regard des activités les plus fréquemment concernées par les lignes de gardes et d'astreinte financées, la description ci- après est effectuée sur la base du 1er ressort (23 zones d'activités de soins et d'équipements matériels lourds).

- Des spécialités médicales, en tenant compte des différences notables de périmètre voire de dénomination des volets PDSES des précédents SROS-PRS.
- Des modalités d'organisation de la permanence des soins retenues, donnant lieu à financement des lignes suivantes :

  - Garde sur place (« GSP » dans les tableaux), le cas échéant assurée par un interne (« GSP interne ») ;

  - Astreinte (« A ») ;

  - Une modalité d'une garde jusqu'à minuit suivie d'une astreinte pour la nuit profonde (« ½ GSP ½ A »).

  - Une astreinte commune, partagée entre plusieurs établissements (« A commune »). Le tableau recense tous les établissements concernés, seul l'établissement identifié comme « support » est destinataire des crédits.

PAR ZONE

Tableau par zone N°1 : Zone n°1 A– Dunkerquois – Flandres maritime
Tableau par zone N°2 : Zone n°2 A– Flandres intérieure
Tableau par zone N°3 : Zone n°3 A– Lille
Tableau par zone N°4 : Zone n°4 A– Roubaix-Tourcoing
Tableau par zone N°5 : Zone n°5 A– Douaisis
Tableau par zone N°6 : Zone n°6 A– Valenciennois
Tableau par zone N°7 : Zone n°7 A– Cambraisis
Tableau par zone N°8 : Zone n°8 A– Sambre-Avesnois
Tableau par zone N°9 : Zone n°9 A– Calaisis
Tableau par zone N°10 : Zone n°10 A– Audomarois
Tableau par zone N°11 : Zone n°11 A – Boulonnais
Tableau par zone N°12 : Zone n°12 A– Montreuillois
Tableau par zone N°13 : Zone n°13 A– Béthunois
Tableau par zone N°14 : Zone n°14 A– Lens – Hénin-Beaumont
Tableau par zone N°15 : Zone n°15 A – Arrageois
Tableau par zone N°16 : Zone n°16 A – Abbeville
Tableau par zone N°17 : Zone n°17 A– Amiens
Tableau par zone N°18 : Zone n°18 A– Beauvais
Tableau par zone N°19 : Zone n°19 A– Compiègne - Noyon
Tableau par zone N°20 : Zone n°20 A– Creil - Senlis
Tableau par zone N°21 : Zone n°21 A – Péronne – Saint-Quentin - Hirson
Tableau par zone N°22 : Zone n°22 A – Laon
Tableau par zone N°23 : Zone n°23 A– Soissons – Château-Thierry

TABLEAU PAR ZONE N°1 : ZONE N°1 A– DUNKERQUOIS – FLANDRES MARITIME

Etb	Modalité	Activité	Valeur
CH Dunkerque	GSP	Anesthésie en maternité (dédiée ou non)	1
CH Dunkerque	GSP	Gynécologie Obstétrique	1
CH Dunkerque	GSP	Néonatalogie-Soins intensifs néonatals-réanimation néonatale (ex-NPDC)	1
CH Dunkerque	GSP	Réanimation et surveillance continue	1
CH Dunkerque	GSP	Soins intensifs cardiologiques (USIC)	1
CH Dunkerque	A	Anesthésie hors mater (ex-NPdC)/ anesthésie (ex-Picardie)	1
CH Dunkerque	A	Pédiatrie	1
CH Dunkerque	A	Soins intensifs	1
CH Dunkerque	A	Cardiologie interventionnelle (angioplastie/coronarographie)	1
CH Dunkerque	A	Neurovasculaire (UNV)	1
CH Dunkerque	A	Chirurgie générale (digestive et viscérale)	1
CH Dunkerque	A	Chirurgie orthopédique et traumatologique	1
CH Dunkerque	A	Endoscopie digestive (ex-NPDC)	1
CH Dunkerque	A	Imagerie	1
CH Dunkerque	A	Biologie	1
CH Dunkerque	A commune	Chirurgie vasculaire	1 partagée avec CH Boulogne et CHAM (CHAM=support)
CH Dunkerque	A commune	Chirurgie thoracique	1 partagée avec le CH Boulogne (CH Boulogne=support)
CH Dunkerque	A commune	ORL	2 partagées avec CH Calais, CHRSO et CH Boulogne, (CH Boulogne et CHRSO=supports)
CH Dunkerque	A commune	Ophtalmologie	1 partagée avec le CH Boulogne (CH Dunkerque=support)
CH Dunkerque	A commune	Endoscopie bronchique	1 partagée avec CHAM, CH Calais, CH Boulogne et CHRSO (CH Calais=support)
CH Dunkerque	GSP interne	Pédiatrie	1
CH Dunkerque	GSP interne	Internes de médecine	1
CH Dunkerque	GSP interne	Internes de chirurgie	1
Clinique Villette	GSP	Anesthésie en maternité (dédiée ou non)	1
Clinique Villette	GSP	Gynécologie Obstétrique	1
Clinique Villette	A	Pédiatrie	1

TABLEAU PAR ZONE N°2 : ZONE N°2 A– FLANDRES INTÉRIEURE

Etb	Modalité	Activité	Valeur
CH Armentières	GSP	Anesthésie en maternité (dédiée ou non)	1
CH Armentières	GSP	Gynécologie Obstétrique	1
CH Armentières	GSP	Réanimation et surveillance continue	1
CH Armentières	A	Chirurgie générale (digestive et viscérale)	1
CH Armentières	A	Chirurgie orthopédique et traumatologique	1 couvrant le CH Hazebrouck
CH Armentières	A	Endoscopie digestive (ex-NPDC)	1
CH Armentières	A	Imagerie	1
CH Armentières	A	Biologie	1
CH Armentières	A commune	Néonatalogie-Soins intensifs néonatals-réanimation néonatale (ex-NPDC)	1 partagée avec le CH Hazebrouck (CH Armentières=support)
CH Armentières	GSP interne	Gynécologie Obstétrique	1
CH Armentières	GSP interne	Internes de médecine	1
CH Armentières	GSP interne	Internes de chirurgie	1
CH Hazebrouck	A	Anesthésie en maternité (dédiée ou non)	1
CH Hazebrouck	A	Gynécologie Obstétrique	1
CH Hazebrouck	A	Chirurgie générale (digestive et viscérale)	1
CH Hazebrouck	A	Chirurgie orthopédique et traumatologique	1 couverte par le CH Armentières
CH Hazebrouck	A commune	Pédiatrie	1 partagée avec le CH Armentières (CH Armentières=support)

TABLEAU PAR ZONE N°3 : ZONE N°3 A– LILLE

Etb	Modalité	Activité	Valeur
CHRU Lille	GSP	Anesthésie en maternité (dédiée ou non)	1
CHRU Lille	GSP	Anesthésie hors mater (ex-NPdC)/ anesthésie (ex-Picardie)	5
CHRU Lille	GSP	Gynécologie Obstétrique	2
CHRU Lille	GSP	Néonatalogie-Soins intensifs néonatals-réanimation néonatale (ex-NPDC)	1
CHRU Lille	GSP	Pédiatrie	2
CHRU Lille	GSP	Réanimation et surveillance continue	3
CHRU Lille	GSP	Réanimation pédiatrique	1
CHRU Lille	GSP	Soins intensifs	1
CHRU Lille	GSP	Soins intensifs cardiologiques (USIC)	1
CHRU Lille	GSP	Neurovasculaire (UNV)	1
CHRU Lille	GSP	Grands brûlés - chirurgie plastique reconstructice	1
CHRU Lille	GSP	Neurochirurgie (ex-NPDC)/ neurochirurgie et anesthésie (ex-Picardie)	1 régionale
CHRU Lille	GSP	Chirurgie pédiatrique et anesthésie	1 anesthésie pédiatrique
CHRU Lille	GSP	Chirurgie générale (digestive et viscérale)	1
CHRU Lille	GSP	Chirurgie orthopédique et traumatologique	1
CHRU Lille	GSP	Chirurgie de la main	1 partagée avec Lille Sud (83%)
CHRU Lille	GSP	Radiologie vasculaire interventionnelle	1
CHRU Lille	GSP	Imagerie	2 (neuroradio, abdopelvienne)
CHRU Lille	A	Anesthésie hors mater (ex-NPdC)/ anesthésie (ex-Picardie)	4
CHRU Lille	A	Néonatalogie-Soins intensifs néonatals-réanimation néonatale (ex-NPDC)	1
CHRU Lille	A	Pédiatrie	7
CHRU Lille	A	Réanimation et surveillance continue	2
CHRU Lille	A	Cardiologie interventionnelle (angioplastie/coronarographie)	1
CHRU Lille	A	Neurovasculaire (UNV)	1 dans le cadre du dispositif télé AVC
CHRU Lille	A	Grands brûlés - chirurgie plastique reconstructice	1 régionale
CHRU Lille	A	Neurochirurgie (ex-NPDC)/ neurochirurgie et anesthésie (ex-Picardie)	1
CHRU Lille	A	Chirurgie pédiatrique et anesthésie	2 régionales chirurgie pédiatrique
CHRU Lille	A	Chirurgie cardiaque	1 régionale
CHRU Lille	A	Chirurgie maxillo-faciale/stomatologie	1 régionale
CHRU Lille	A	Chirurgie vasculaire	1 régionale
CHRU Lille	A	Chirurgie thoracique	1
CHRU Lille	A	Chirurgie bariatrique	1 régionale
CHRU Lille	A	ORL	1 régionale

CHRU Lille	A	Ophtalmologie	1
CHRU Lille	A	Urologie	1 régionale
CHRU Lille	A	Endoscopie digestive (ex-NPDC)	1
CHRU Lille	A	Endoscopie bronchique	1
CHRU Lille	A	Radiologie vasculaire interventionnelle	3
CHRU Lille	A	Biologie	8
CHRU Lille	A	Maladies infectieuses	1
CHRU Lille	GSP interne	Anesthésie en maternité (dédiée ou non)	1
CHRU Lille	GSP interne	Anesthésie hors mater (ex-NPdC)/ anesthésie (ex-Picardie)	4
CHRU Lille	GSP interne	Gynécologie Obstétrique	2
CHRU Lille	GSP interne	Néonatalogie-Soins intensifs néonatals-réanimation néonatale (ex-NPDC)	1
CHRU Lille	GSP interne	Pédiatrie	2
CHRU Lille	GSP interne	Réanimation et surveillance continue	3
CHRU Lille	GSP interne	Réanimation pédiatrique	1
CHRU Lille	GSP interne	Soins intensifs	1 (gastroentérologie)
CHRU Lille	GSP interne	Soins intensifs cardiologiques (USIC)	1
CHRU Lille	GSP interne	Neurovasculaire (UNV)	1
CHRU Lille	GSP interne	Neurochirurgie (ex-NPDC)/ neurochirurgie et anesthésie (ex-Picardie)	1
CHRU Lille	GSP interne	Chirurgie pédiatrique et anesthésie	1
CHRU Lille	GSP interne	Chirurgie cardiaque	1
CHRU Lille	GSP interne	Chirurgie maxillo-faciale/stomatologie	1
CHRU Lille	GSP interne	Chirurgie de la main	1 pour couvrir la permanence Lille Sud
CHRU Lille	GSP interne	ORL	1
CHRU Lille	GSP interne	Radiologie vasculaire interventionnelle	1
CHRU Lille	GSP interne	Imagerie	1
CHRU Lille	GSP interne	Biologie	4
CHRU Lille	GSP interne	Internes de médecine	2.5
CHRU Lille	GSP interne	Internes de chirurgie	4
Hôpital privé Le Bois	GSP	Anesthésie en maternité (dédiée ou non)	1
Hôpital privé Le Bois	GSP	Gynécologie Obstétrique	1
Hôpital privé Le Bois	GSP	Réanimation et surveillance continue	1
Hôpital privé Le Bois	GSP	Soins intensifs cardiologiques (USIC)	1
Hôpital privé Le Bois	A	Soins intensifs	1
Hôpital privé Le Bois	A	Cardiologie interventionnelle (angioplastie/coronarographie)	1
Hôpital privé La Louvière	GSP	Soins intensifs cardiologiques (USIC)	1
Hôpital privé La Louvière	A	Pédiatrie	1
Hôpital privé La Louvière	A	Cardiologie interventionnelle (angioplastie/coronarographie)	1
GCS GHICL - hôpitaux St Philibert et St Vincent	GSP	Anesthésie en maternité (dédiée ou non)	1
GCS GHICL - hôpitaux St Philibert et St Vincent	GSP	Gynécologie Obstétrique	1

GCS GHICL - hôpitaux St Philibert et St Vincent	GSP	Néonatalogie-Soins intensifs néonatals-réanimation néonatale (ex-NPDC)	1
GCS GHICL - hôpitaux St Philibert et St Vincent	GSP	Pédiatrie	1
GCS GHICL - hôpitaux St Philibert et St Vincent	GSP	Réanimation et surveillance continue	1
GCS GHICL - hôpitaux St Philibert et St Vincent	GSP	Soins intensifs cardiologiques (USIC)	1
GCS GHICL - hôpitaux St Philibert et St Vincent	A	Anesthésie hors mater (ex-NPdC)/ anesthésie (ex-Picardie)	1.5
GCS GHICL - hôpitaux St Philibert et St Vincent	A	Pédiatrie	0.5
GCS GHICL - hôpitaux St Philibert et St Vincent	A	Soins intensifs	1 (hématologie)
GCS GHICL - hôpitaux St Philibert et St Vincent	A	Cardiologie interventionnelle (angioplastie/coronarographie)	1
GCS GHICL - hôpitaux St Philibert et St Vincent	A	Neurovasculaire (UNV)	1
GCS GHICL - hôpitaux St Philibert et St Vincent	A	Chirurgie générale (digestive et viscérale)	1
GCS GHICL - hôpitaux St Philibert et St Vincent	A	Chirurgie orthopédique et traumatologique	1
GCS GHICL - hôpitaux St Philibert et St Vincent	A	Chirurgie vasculaire	1
GCS GHICL - hôpitaux St Philibert et St Vincent	A	Urologie	1
GCS GHICL - hôpitaux St Philibert et St Vincent	A	Endoscopie digestive (ex-NPDC)	1
GCS GHICL - hôpitaux St Philibert et St Vincent	A	Imagerie	1
GCS GHICL - hôpitaux St Philibert et St Vincent	A	Biologie	1
GCS GHICL - hôpitaux St Philibert et St Vincent	GSP interne	Pédiatrie	2
GCS GHICL - hôpitaux St Philibert et St Vincent	GSP interne	Biologie	0.25
GCS GHICL - hôpitaux St Philibert et St Vincent	GSP interne	Internes de médecine	2
GCS GHICL - hôpitaux St Philibert et St Vincent	GSP interne	Internes de chirurgie	2
Hôpital Privé de Villeneuve d'Ascq	GSP	Anesthésie en maternité (dédiée ou non)	1
Hôpital Privé de Villeneuve d'Ascq	GSP	Gynécologie Obstétrique	1
Hôpital Privé de Villeneuve d'Ascq	GSP	Soins intensifs cardiologiques (USIC)	1
Hôpital Privé de Villeneuve d'Ascq	A	Pédiatrie	1
Hôpital Privé de Villeneuve d'Ascq	A	Soins intensifs	1
Hôpital Privé de Villeneuve d'Ascq	A	Cardiologie interventionnelle (angioplastie/coronarographie)	1
GHSC	GSP	Anesthésie en maternité (dédiée ou non)	1
GHSC	GSP	Gynécologie Obstétrique	1
GHSC	GSP	Soins intensifs	1
GHSC	A	Anesthésie hors mater (ex-NPdC)/ anesthésie (ex-Picardie)	1

GHSC	A	Néonatalogie-Soins intensifs néonatals-réanimation néonatale (ex-NPDC)	1
GHSC	A	Chirurgie générale (digestive et viscérale)	1
GHSC	A	Imagerie	1
GHSC	A	Biologie	1
GHSC	A commune	Chirurgie maxillo-faciale/stomatologie	1 partagée avec le CH Roubaix (GHSC=support)
GHSC	A commune	ORL	1 partagée avec le CH Roubaix et le CH Tourcoing (GHSC=support)
GHSC	A commune	Urologie	1 partagée avec le CH Roubaix et le CH Tourcoing (CH Roubaix=support)
GHSC	GSP interne	Gynécologie Obstétrique	1
GHSC	GSP interne	Internes de médecine	1
GHSC	GSP interne	Internes de chirurgie	1
HP Lille Sud	GSP	Chirurgie de la main	1 partagée avec CHU Lille (27%)
HP Lille Sud	A	Anesthésie hors mater (ex-NPdC)/ anesthésie (ex-Picardie)	1

TABLEAU PAR ZONE N°4 : ZONE N°4 A– ROUBAIX-TOURCOING

Etb	Modalité	Activité	Valeur
CH Roubaix	GSP	Anesthésie en maternité (dédiée ou non)	1
CH Roubaix	GSP	Gynécologie Obstétrique	1
CH Roubaix	GSP	Néonatalogie-Soins intensifs néonatals-réanimation néonatale (ex-NPDC)	1
CH Roubaix	GSP	Pédiatrie	1
CH Roubaix	GSP	Réanimation et surveillance continue	1
CH Roubaix	GSP	Soins intensifs cardiologiques (USIC)	1
CH Roubaix	A	Anesthésie hors mater (ex-NPdC)/ anesthésie (ex-Picardie)	1
CH Roubaix	A	Soins intensifs	1 (hématologie)
CH Roubaix	A	Neurovasculaire (UNV)	1
CH Roubaix	A	Chirurgie générale (digestive et viscérale)	1
CH Roubaix	A	Chirurgie orthopédique et traumatologique	1
CH Roubaix	A	Endoscopie digestive (ex-NPDC)	1
CH Roubaix	A	Imagerie	1
CH Roubaix	A	Biologie	1
CH Roubaix	A commune	Cardiologie interventionnelle (angioplastie/coronarographie)	1 partagée avec le CH Tourcoing (CH Roubaix =support)
CH Roubaix	A commune	Chirurgie maxillo-faciale/stomatologie	1 partagée avec le GHSC (GHSC=support)
CH Roubaix	A commune	Chirurgie vasculaire	1 partagée avec le CH Tourcoing (CH Roubaix=support)
CH Roubaix	A commune	ORL	1 partagée avec le GHSC et le CH Tourcoing (GHSC=support)
CH Roubaix	A commune	Ophtalmologie	1 partagée avec le CH Tourcoing (CH Tourcoing=support)
CH Roubaix	A commune	Urologie	1 partagée avec le CH Tourcoing et le CHSC (CH Roubaix=support)
CH Roubaix	A commune	Endoscopie bronchique	1 partagée avec le CH Tourcoing (CH Tourcoing=support)
CH Roubaix	GSP interne	Anesthésie hors mater (ex-NPdC)/ anesthésie (ex-Picardie)	1
CH Roubaix	GSP interne	Gynécologie Obstétrique	1
CH Roubaix	GSP interne	Pédiatrie	1
CH Roubaix	GSP interne	Internes de médecine	1
CH Roubaix	GSP interne	Internes de chirurgie	1
CH Tourcoing	GSP	Anesthésie en maternité (dédiée ou non)	1
CH Tourcoing	GSP	Gynécologie Obstétrique	1
CH Tourcoing	GSP	Réanimation et surveillance continue	1
CH Tourcoing	GSP	Soins intensifs cardiologiques (USIC)	1
CH Tourcoing	A	Anesthésie hors mater (ex-NPdC)/ anesthésie (ex-Picardie)	1

CH Tourcoing	A	Néonatalogie-Soins intensifs néonatals-réanimation néonatale (ex-NPDC)	1
CH Tourcoing	A	Soins intensifs	1
CH Tourcoing	A	Neurovasculaire (UNV)	1
CH Tourcoing	A	Chirurgie générale (digestive et viscérale)	1
CH Tourcoing	A	Chirurgie orthopédique et traumatologique	1
CH Tourcoing	A	Endoscopie digestive (ex-NPDC)	1
CH Tourcoing	A	Imagerie	1
CH Tourcoing	A	Biologie	1
CH Tourcoing	A	Maladies infectieuses	1
CH Tourcoing	A commune	Cardiologie interventionnelle (angioplastie/coronarographie)	1 partagée avec le CH Roubaix (CH Roubaix =support)
CH Tourcoing	A commune	Chirurgie vasculaire	1 partagée avec le CH Roubaix (CH Roubaix=support)
CH Tourcoing	A commune	ORL	1 partagée avec le GHSC et le CH Roubaix (GHSC=support)
CH Tourcoing	A commune	Ophtalmologie	1 partagée avec le CH Roubaix (CH Tourcoing=support)
CH Tourcoing	A commune	Urologie	1 partagée avec le CH Roubaix et le CHSC (CH Roubaix=support)
CH Tourcoing	A commune	Endoscopie bronchique	1 partagée avec le CH Roubaix (CH Tourcoing=support)
CH Tourcoing	GSP interne	Anesthésie hors mater (ex-NPdC)/ anesthésie (ex-Picardie)	1
CH Tourcoing	GSP interne	Gynécologie Obstétrique	1
CH Tourcoing	GSP interne	Internes de médecine	1
CH Tourcoing	GSP interne	Internes de chirurgie	1

TABLEAU PAR ZONE N°5 : ZONE N°5 A– DOUAISIS

Etb	Modalité	Activité	Valeur
CH Douai	GSP	Anesthésie en maternité (dédiée ou non)	1
CH Douai	GSP	Gynécologie Obstétrique	1
CH Douai	GSP	Néonatalogie-Soins intensifs néonatals-réanimation néonatale (ex-NPDC)	1
CH Douai	GSP	Réanimation et surveillance continue	1
CH Douai	GSP	Soins intensifs cardiologiques (USIC)	1
CH Douai	A	Chirurgie générale (digestive et viscérale)	1
CH Douai	A	Chirurgie orthopédique et traumatologique	1
CH Douai	A	Endoscopie digestive (ex-NPDC)	1
CH Douai	A	Imagerie	1
CH Douai	A	Biologie	1
CH Douai	A commune	Chirurgie vasculaire	1 partagée avec le CH Arras,le CH Lens, le CH Béthune (CH Lens=support)
CH Douai	A commune	ORL	1 partagée avec CH Béthune, CH Arras, CH Lens (CH Lens=support)
CH Douai	A commune	Urologie	1 partagée avec le CH Arras et CH Béthune (CH Arras=support)
CH Douai	GSP interne	Anesthésie hors mater (ex-NPdC)/ anesthésie (ex-Picardie)	1
CH Douai	GSP interne	Gynécologie Obstétrique	1
CH Douai	GSP interne	Pédiatrie	1
CH Douai	GSP interne	Internes de médecine	1
CH Douai	GSP interne	Internes de chirurgie	1
Clinique St Amé	GSP	Médecine d'urgence/omnipraticiens	1
Clinique St Amé	GSP	Gynécologie Obstétrique	1
Clinique St Amé	A	Anesthésie en maternité (dédiée ou non)	1
Clinique St Amé	A	Pédiatrie	1
Clinique St Amé	A	Chirurgie générale (digestive et viscérale)	1

TABLEAU PAR ZONE N°6 : ZONE N°6 A– VALENCIENNOIS

Etb	Modalité	Activité	Valeur
CH Valenciennes	GSP	Anesthésie en maternité (dédiée ou non)	1
CH Valenciennes	GSP	Anesthésie hors mater (ex-NPdC)/ anesthésie (ex-Picardie)	1
CH Valenciennes	GSP	Gynécologie Obstétrique	1
CH Valenciennes	GSP	Néonatalogie-Soins intensifs néonatals-réanimation néonatale (ex-NPDC)	1
CH Valenciennes	GSP	Pédiatrie	1
CH Valenciennes	GSP	Réanimation et surveillance continue	1
CH Valenciennes	GSP	Soins intensifs cardiologiques (USIC)	1
CH Valenciennes	GSP	Neurovasculaire (UNV)	1 partagée avec les CH Lens, CH Arras, CH Cambrai, CHSA "Dispositif télé AVC" (CH Valenciennes=support)
CH Valenciennes	GSP	Imagerie	2
CH Valenciennes	A	Soins intensifs	1
CH Valenciennes	A	Cardiologie interventionnelle (angioplastie/coronarographie)	1
CH Valenciennes	A	Neurovasculaire (UNV)	1
CH Valenciennes	A	Neurochirurgie (ex-NPDC)/ neurochirurgie et anesthésie (ex-Picardie)	1
CH Valenciennes	A	Chirurgie pédiatrique et anesthésie	1
CH Valenciennes	A	Chirurgie générale (digestive et viscérale)	1
CH Valenciennes	A	Chirurgie orthopédique et traumatologique	1
CH Valenciennes	A	Chirurgie maxillo-faciale/stomatologie	1
CH Valenciennes	A	Chirurgie vasculaire	1
CH Valenciennes	A	Chirurgie thoracique	1
CH Valenciennes	A	ORL	1
CH Valenciennes	A	Ophtalmologie	1
CH Valenciennes	A	Urologie	0.5
CH Valenciennes	A	Endoscopie digestive (ex-NPDC)	1
CH Valenciennes	A	Radiologie vasculaire interventionnelle	1
CH Valenciennes	A	Biologie	1
CH Valenciennes	GSP interne	Gynécologie Obstétrique	1
CH Valenciennes	GSP interne	Néonatalogie-Soins intensifs néonatals-réanimation néonatale (ex-NPDC)	1.5
CH Valenciennes	GSP interne	Internes de médecine	1
CH Valenciennes	GSP interne	Internes de chirurgie	1
CH Denain	A	Anesthésie en maternité (dédiée ou non)	1
CH Denain	A	Gynécologie Obstétrique	1
CH Denain	A	Pédiatrie	1
CH Denain	A	Chirurgie générale (digestive et viscérale)	1

CH Denain	A	Imagerie	1
Polyclinique Vauban	GSP	Soins intensifs cardiologiques (USIC)	1
Polyclinique Vauban	A	Soins intensifs	1
Polyclinique Vauban	A	Cardiologie interventionnelle (angioplastie/coronarographie)	1
Polyclinique Vauban	A	Urologie	0.5
Polyclinique du Parc St Saulve	A	Anesthésie en maternité (dédiée ou non)	1
Polyclinique du Parc St Saulve	A	Gynécologie Obstétrique	1
Polyclinique du Parc St Saulve	A	Pédiatrie	1

TABLEAU PAR ZONE N°7 : ZONE N°7 A– CAMBRAISIS

Etb	Modalité	Activité	Valeur
CH Cambrai	GSP	Réanimation et surveillance continue	1
CH Cambrai	GSP	Soins intensifs cardiologiques (USIC)	1
CH Cambrai	GSP	Neurovasculaire (UNV)	1 partagée avec les CH Lens, CH Arras, CH Valenciennes, CHSA "Dispositif télé AVC" (CH Valenciennes=support)
CH Cambrai	A	Anesthésie en maternité (dédiée ou non)	1
CH Cambrai	A	Anesthésie hors mater (ex-NPdC)/ anesthésie (ex-Picardie)	1
CH Cambrai	A	Gynécologie Obstétrique	1
CH Cambrai	A	Pédiatrie	1
CH Cambrai	A	Chirurgie générale (digestive et viscérale)	1
CH Cambrai	A	Chirurgie orthopédique et traumatologique	1
CH Cambrai	A	Imagerie	1
CH Cambrai	A	Biologie	1
CH Cambrai	GSP interne	Anesthésie hors mater (ex-NPdC)/ anesthésie (ex-Picardie)	1
CH Cambrai	GSP interne	Gynécologie Obstétrique	1
CH Cambrai	GSP interne	Pédiatrie	1
CH Cambrai	GSP interne	Internes de médecine	1
CH Cambrai	GSP interne	Internes de chirurgie	1
GCS GHICL - clinique Ste Marie	A	Anesthésie en maternité (dédiée ou non)	1
GCS GHICL - clinique Ste Marie	A	Gynécologie Obstétrique	1
GCS GHICL - clinique Ste Marie	A	Néonatalogie-Soins intensifs néonatals-réanimation néonatale (ex-NPDC)	1
CH Le Cateau-Cambrésis	A	Anesthésie en maternité (dédiée ou non)	1
CH Le Cateau-Cambrésis	A	Gynécologie Obstétrique	1
CH Le Cateau-Cambrésis	A	Pédiatrie	1

TABLEAU PAR ZONE N°8 : ZONE N°8 A– SAMBRE-AVESNOIS

Etb	Modalité	Activité	Valeur
CH Sambre Avesnois	GSP	Néonatalogie-Soins intensifs néonatals-réanimation néonatale (ex-NPDC)	1
CH Sambre Avesnois	GSP	Réanimation et surveillance continue	1
CH Sambre Avesnois	GSP	Soins intensifs cardiologiques (USIC)	1
CH Sambre Avesnois	GSP	Neurovasculaire (UNV)	1 partagée avec les CH Lens, CH Arras, CH Valenciennes, CH Cambrai "Dispositif télé AVC" (CH Valenciennes=support)
CH Sambre Avesnois	A	Anesthésie en maternité (dédiée ou non)	1
CH Sambre Avesnois	A	Anesthésie hors mater (ex-NPdC)/ anesthésie (ex-Picardie)	1
CH Sambre Avesnois	A	Gynécologie Obstétrique	1
CH Sambre Avesnois	A	Pédiatrie	1
CH Sambre Avesnois	A	Soins intensifs	1
CH Sambre Avesnois	A	Neurovasculaire (UNV)	1
CH Sambre Avesnois	A	Chirurgie générale (digestive et viscérale)	1
CH Sambre Avesnois	A	Chirurgie orthopédique et traumatologique	1
CH Sambre Avesnois	A	Urologie	1
CH Sambre Avesnois	A	Endoscopie digestive (ex-NPDC)	1
CH Sambre Avesnois	A	Imagerie	1
CH Sambre Avesnois	A	Biologie	1
CH Sambre Avesnois	GSP interne	Anesthésie hors mater (ex-NPdC)/ anesthésie (ex-Picardie)	1
CH Sambre Avesnois	GSP interne	Gynécologie Obstétrique	1
CH Sambre Avesnois	GSP interne	Pédiatrie	1
CH Sambre Avesnois	GSP interne	Internes de médecine	1
CH Sambre Avesnois	GSP interne	Internes de chirurgie	1
Polyclinique du Val de Sambre	A	Anesthésie en maternité (dédiée ou non)	1
Polyclinique du Val de Sambre	A	Gynécologie Obstétrique	1
Polyclinique du Val de Sambre	A	Pédiatrie	1
CH Fourmies	A	Anesthésie en maternité (dédiée ou non)	1
CH Fourmies	A	Gynécologie Obstétrique	1
CH Fourmies	A	Pédiatrie	1
CH Fourmies	A	Chirurgie générale (digestive et viscérale)	1
CH Fourmies	A	Imagerie	1
CH Fourmies	A	Biologie	1

TABLEAU PAR ZONE N°9 : ZONE N°9 A– CALAISIS

Etb	Modalité	Activité	Valeur
CH Calais	GSP	Anesthésie en maternité (dédiée ou non)	1
CH Calais	GSP	Gynécologie Obstétrique	1
CH Calais	GSP	Néonatalogie-Soins intensifs néonatals-réanimation néonatale (ex-NPDC)	1
CH Calais	GSP	Réanimation et surveillance continue	1
CH Calais	GSP	Soins intensifs cardiologiques (USIC)	1
CH Calais	A	Anesthésie hors mater (ex-NPdC)/ anesthésie (ex-Picardie)	1
CH Calais	A	Pédiatrie	1
CH Calais	A	Neurovasculaire (UNV)	1
CH Calais	A	Chirurgie générale (digestive et viscérale)	1
CH Calais	A	Chirurgie orthopédique et traumatologique	1
CH Calais	A	Endoscopie digestive (ex-NPDC)	1
CH Calais	A	Imagerie	1
CH Calais	A	Biologie	1
CH Calais	A commune	ORL	2 partagées avec CH Dunkerque, CHRSO et CH Boulogne, (CH Boulogne et CHRSO=supports)
CH Calais	A commune	Endoscopie bronchique	1 partagée avec CH Dunkerque, CHAM, CH Boulogne et CHRSO (CH Calais=support)
CH Calais	GSP interne	Gynécologie Obstétrique	1
CH Calais	GSP interne	Pédiatrie	1
CH Calais	GSP interne	Internes de médecine	1
CH Calais	GSP interne	Internes de chirurgie	1

TABLEAU PAR ZONE N°10 : ZONE N°10 A– AUDOMAROIS

Etb	Modalité	Activité	Valeur
CHRSO	GSP	Anesthésie en maternité (dédiée ou non)	1
CHRSO	GSP	Gynécologie Obstétrique	1
CHRSO	GSP	Réanimation et surveillance continue	1
CHRSO	GSP	Soins intensifs cardiologiques (USIC)	1
CHRSO	A	Néonatalogie-Soins intensifs néonatals-réanimation néonatale (ex-NPDC)	1
CHRSO	A	Chirurgie générale (digestive et viscérale)	1
CHRSO	A	Chirurgie orthopédique et traumatologique	1
CHRSO	A	Endoscopie digestive (ex-NPDC)	1
CHRSO	A	Imagerie	1
CHRSO	A	Biologie	1
CHRSO	A commune	ORL	2 partagées avec CH Dunkerque, CH Boulogne et CH Calais, (CH Boulogne et CHRSO=supports)
CHRSO	A commune	Endoscopie bronchique	1 partagée avec CH Dunkerque, CH Calais, CH Boulogne et CHAM (CH Calais=support)
CHRSO	GSP interne	Internes de médecine	1
CHRSO	GSP interne	Internes de chirurgie	1

TABLEAU PAR ZONE N°11 : ZONE N°11 A – BOULONNAIS

Etb	Modalité	Activité	Valeur
CH Boulogne	GSP	Néonatalogie-Soins intensifs néonatals-réanimation néonatale (ex-NPDC)	1
CH Boulogne	GSP	Réanimation et surveillance continue	1
CH Boulogne	GSP	Soins intensifs cardiologiques (USIC)	1
CH Boulogne	A	Anesthésie en maternité (dédiée ou non)	1
CH Boulogne	A	Anesthésie hors mater (ex-NPdC)/ anesthésie (ex-Picardie)	1
CH Boulogne	A	Gynécologie Obstétrique	1
CH Boulogne	A	Soins intensifs	1
CH Boulogne	A	Cardiologie interventionnelle (angioplastie/coronarographie)	1
CH Boulogne	A	Neurovasculaire (UNV)	1
CH Boulogne	A	Chirurgie générale (digestive et viscérale)	1
CH Boulogne	A	Chirurgie orthopédique et traumatologique	1
CH Boulogne	A	Endoscopie digestive (ex-NPDC)	1
CH Boulogne	A	Imagerie	1
CH Boulogne	A	Biologie	1
CH Boulogne	A commune	Chirurgie vasculaire	1 partagée avec CH Dunkerque et CHAM (CHAM=support)
CH Boulogne	A commune	Chirurgie thoracique	1 partagée avec le CH Dunkerque (CH Boulogne=support)
CH Boulogne	A commune	ORL	2 partagées avec CH Dunkerque, CHRSO et CH Calais, (CH Boulogne et CHRSO=supports)
CH Boulogne	A commune	Ophtalmologie	1 partagée avec le CH Dunkerque (CH Dunkerque=support)
CH Boulogne	A commune	Endoscopie bronchique	1 partagée avec CH Dunkerque, CH Calais, CHAM et CHRSO (CH Calais=support)
CH Boulogne	GSP interne	Pédiatrie	1
CH Boulogne	GSP interne	Internes de médecine	1
CH Boulogne	GSP interne	Internes de chirurgie	1
CMCO Côte d'Opale	GSP	Soins intensifs cardiologiques (USIC)	1
CMCO Côte d'Opale	A	Anesthésie en maternité (dédiée ou non)	1
CMCO Côte d'Opale	A	Gynécologie Obstétrique	1
CMCO Côte d'Opale	A	Pédiatrie	1
CMCO Côte d'Opale	A	Soins intensifs	1
CMCO Côte d'Opale	A	Cardiologie interventionnelle (angioplastie/coronarographie)	1

TABLEAU PAR ZONE N°12 : ZONE N°12 A– MONTREUILLOIS

Etb	Modalité	Activité	Valeur
CH de l'Arrondissement de Montreuil	GSP	Gynécologie Obstétrique	1
CH de l'Arrondissement de Montreuil	GSP	Réanimation et surveillance continue	1
CH de l'Arrondissement de Montreuil	A	Anesthésie en maternité (dédiée ou non)	1
CH de l'Arrondissement de Montreuil	A	Anesthésie hors mater (ex-NPdC)/ anesthésie (ex-Picardie)	1
CH de l'Arrondissement de Montreuil	A	Néonatalogie-Soins intensifs néonatals-réanimation néonatale (ex-NPDC)	1
CH de l'Arrondissement de Montreuil	A	Chirurgie générale (digestive et viscérale)	1
CH de l'Arrondissement de Montreuil	A	Chirurgie orthopédique et traumatologique	1
CH de l'Arrondissement de Montreuil	A	Endoscopie digestive (ex-NPDC)	1
CH de l'Arrondissement de Montreuil	A	Imagerie	1
CH de l'Arrondissement de Montreuil	A	Biologie	1
CH de l'Arrondissement de Montreuil	A commune	Chirurgie vasculaire	1 partagée avec CH Dunkerque et CH Boulogne (CHAM=support)
CH de l'Arrondissement de Montreuil	A commune	Endoscopie bronchique	1 partagée avec CH Dunkerque, CH Calais, CH Boulogne et CHRSO (CH Calais=support)
CH de l'Arrondissement de Montreuil	GSP interne	Internes de médecine	1
CH de l'Arrondissement de Montreuil	GSP interne	Internes de chirurgie	1

TABLEAU PAR ZONE N°13 : ZONE N°13 A– BÉTHUNOIS

Etb	Modalité	Activité	Valeur
CH Béthune	GSP	Réanimation et surveillance continue	1
CH Béthune	A	Anesthésie en maternité (dédiée ou non)	1
CH Béthune	A	Anesthésie hors mater (ex-NPdC)/ anesthésie (ex-Picardie)	1
CH Béthune	A	Gynécologie Obstétrique	1
CH Béthune	A	Pédiatrie	1
CH Béthune	A	Soins intensifs	1 (pneumologie)
CH Béthune	A	Neurovasculaire (UNV)	1
CH Béthune	A	Chirurgie générale (digestive et viscérale)	1
CH Béthune	A	Chirurgie orthopédique et traumatologique	1
CH Béthune	A	Endoscopie digestive (ex-NPDC)	1
CH Béthune	A	Imagerie	1
CH Béthune	A	Biologie	1
CH Béthune	A commune	Chirurgie vasculaire	1 partagée avec le CH Douai,le CH Lens, le CH Arras (CH Lens=support)
CH Béthune	A commune	ORL	1 partagée avec CH Douai, CH Arras, CH Lens (CH Lens=support)
CH Béthune	A commune	Ophtalmologie	1 partagée avec CH Arras et CH Lens (CH Lens=support)
CH Béthune	A commune	Urologie	1 partagée avec CH Douai et CH Arras (CH Arras= support)
CH Béthune	GSP interne	Internes de médecine	1
CH Béthune	GSP interne	Internes de chirurgie	1
Clinique Anne d'Artois	GSP	Médecine d'urgence/omnipraticiens	1
Clinique Anne d'Artois	A	Anesthésie en maternité (dédiée ou non)	1
Clinique Anne d'Artois	A	Gynécologie Obstétrique	1
Clinique Anne d'Artois	A	Pédiatrie	1
Clinique Anne d'Artois	A	Chirurgie générale (digestive et viscérale)	1
Polyclinique de la Clarence Divion	A	Anesthésie en maternité (dédiée ou non)	1
Polyclinique de la Clarence Divion	A	Gynécologie Obstétrique	1
Polyclinique de la Clarence Divion	A	Pédiatrie	1
Polyclinique de la Clarence Divion	A	Chirurgie générale (digestive et viscérale)	1
Polyclinique de la Clarence Divion	A	Imagerie	1
Polyclinique de la Clarence Divion	A	Biologie	1

TABLEAU PAR ZONE N°14 : ZONE N°14 A– LENS – HÉNIN-BEAUMONT

Etb	Modalité	Activité	Valeur
CH Lens	GSP	Anesthésie en maternité (dédiée ou non)	1
CH Lens	GSP	Anesthésie hors mater (ex-NPdC)/ anesthésie (ex-Picardie)	1
CH Lens	GSP	Gynécologie Obstétrique	1
CH Lens	GSP	Néonatalogie-Soins intensifs néonatals-réanimation néonatale (ex-NPDC)	1
CH Lens	GSP	Pédiatrie	1
CH Lens	GSP	Réanimation et surveillance continue	1
CH Lens	GSP	Soins intensifs cardiologiques (USIC)	1
CH Lens	GSP	Neurovasculaire (UNV)	1 partagée avec les CH Arras, CHSA , CH Valenciennes, CH Cambrai "Dispositif télé AVC" (CH Valenciennes=support)
CH Lens	A	Soins intensifs	1 (hématologie)
CH Lens	A	Cardiologie interventionnelle (angioplastie/coronarographie)	1
CH Lens	A	Neurovasculaire (UNV)	1
CH Lens	A	Chirurgie pédiatrique et anesthésie	1
CH Lens	A	Chirurgie générale (digestive et viscérale)	1
CH Lens	A	Chirurgie orthopédique et traumatologique	1
CH Lens	A	Endoscopie digestive (ex-NPDC)	1
CH Lens	A	Radiologie vasculaire interventionnelle	1
CH Lens	A	Imagerie	1
CH Lens	A	Biologie	1
CH Lens	A commune	Chirurgie vasculaire	1 partagée avec le CH Douai,le CH Béthune, le CH Arras (CH Lens=support)
CH Lens	A commune	ORL	1 partagée avec CH Douai, CH Arras, CH Béthune (CH Lens=support)
CH Lens	A commune	Ophtalmologie	1 partagée avec CH Arras et CH Béthune (CH Lens=support)
CH Lens	A commune	Urologie	1 partagée avec la poly Hénin Beaumont (CH Lens=support=
CH Lens	GSP interne	Anesthésie hors mater (ex-NPdC)/ anesthésie (ex-Picardie)	1
CH Lens	GSP interne	Gynécologie Obstétrique	1
CH Lens	GSP interne	Pédiatrie	1
CH Lens	GSP interne	Internes de médecine	1
CH Lens	GSP interne	Internes de chirurgie	1
Polyclinique d'Hénin Beaumont	A	Anesthésie hors mater (ex-NPdC)/ anesthésie (ex-Picardie)	0.5
Polyclinique d'Hénin Beaumont	A	Imagerie	1
Polyclinique d'Hénin Beaumont	A	Biologie	1
Polyclinique d'Hénin Beaumont	A commune	Urologie	1 partagée avec CH Lens(CH Lens=support=

Polyclinique de Riaumont Liévin	A	Imagerie	1
Polyclinique de Riaumont Liévin	A	Biologie	1
Hôpital privé de Bois Bernard	GSP	Soins intensifs cardiologiques (USIC)	1
Hôpital privé de Bois Bernard	A	Soins intensifs	1
Hôpital privé de Bois Bernard	A	Cardiologie interventionnelle (angioplastie/coronarographie)	1
Hôpital privé de Bois Bernard	A	Imagerie	1

TABLEAU PAR ZONE N°15 : ZONE N°15 A – ARRAGEOIS

Etb	Modalité	Activité	Valeur
CH Arras	GSP	Anesthésie en maternité (dédiée ou non)	1
CH Arras	GSP	Gynécologie Obstétrique	1
CH Arras	GSP	Néonatalogie-Soins intensifs néonatals-réanimation néonatale (ex-NPDC)	1
CH Arras	GSP	Pédiatrie	1
CH Arras	GSP	Réanimation et surveillance continue	1
CH Arras	GSP	Soins intensifs cardiologiques (USIC)	1
CH Arras	GSP	Neurovasculaire (UNV)	1 partagée avec les CH Lens, CHSA , CH Valenciennes, CH Cambrai "Dispositif télé AVC" (CH Valenciennes=support)
CH Arras	A	Anesthésie hors mater (ex-NPdC)/ anesthésie (ex-Picardie)	1
CH Arras	A	Neurovasculaire (UNV)	1
CH Arras	A	Chirurgie générale (digestive et viscérale)	1
CH Arras	A	Chirurgie orthopédique et traumatologique	1
CH Arras	A	Endoscopie digestive (ex-NPDC)	1
CH Arras	A	Imagerie	1
CH Arras	A	Biologie	1
CH Arras	A commune	Chirurgie vasculaire	1 partagée avec le CH Douai,le CH Lens, le CH Béthune (CH Lens=support)
CH Arras	A commune	ORL	1 partagée avec CH Douai, CH Lens, CH Béthune (CH Lens=support)
CH Arras	A commune	Ophtalmologie	1 partagée avec CH Béthune et CH Lens (CH Lens=support)
CH Arras	A commune	Urologie	1 partagée avec CH Douai et CH Béthune (CH Arras= support)
CH Arras	GSP interne	Gynécologie Obstétrique	1
CH Arras	GSP interne	Pédiatrie	1
CH Arras	GSP interne	Internes de médecine	1
CH Arras	GSP interne	Internes de chirurgie	1
Hôpital privé Arras Les Bonnettes	A	Anesthésie en maternité (dédiée ou non)	1
Hôpital privé Arras Les Bonnettes	A	Gynécologie Obstétrique	1
Hôpital privé Arras Les Bonnettes	A	Pédiatrie	1

TABLEAU PAR ZONE N°16 : ZONE N°16 A – ABBEVILLE

Etb	Modalité	Activité	Valeur
CH Abbeville	GSP	Anesthésie hors mater (ex-NPdC)/ anesthésie (ex-Picardie)	1
CH Abbeville	GSP	Réanimation et surveillance continue	1
CH Abbeville	GSP	Soins intensifs cardiologiques (USIC)	1
CH Abbeville	A	Pédiatrie	1
CH Abbeville	A	Chirurgie générale (digestive et viscérale)	1
CH Abbeville	A	Chirurgie orthopédique et traumatologique	1
CH Abbeville	A	Urologie	1
CH Abbeville	A	Gastro-entérologie (ex-Picardie)	1
CH Abbeville	A	Imagerie	1
CH Abbeville	A	Biologie	1
CH Abbeville	1/2GSP 1/2A	Gynécologie Obstétrique	1

TABLEAU PAR ZONE N°17 : ZONE N°17 A– AMIENS

Etb	Modalité	Activité	Valeur
CHU Amiens Picardie	GSP	Anesthésie hors mater (ex-NPdC)/ anesthésie (ex-Picardie)	3
CHU Amiens Picardie	GSP	Gynécologie Obstétrique	1
CHU Amiens Picardie	GSP	Réanimation et surveillance continue	6
CHU Amiens Picardie	GSP	Soins intensifs cardiologiques (USIC)	1
CHU Amiens Picardie	GSP	Neurochirurgie (ex-NPDC)/ neurochirurgie et anesthésie (ex-Picardie)	1
CHU Amiens Picardie	GSP	Chirurgie générale (digestive et viscérale)	1
CHU Amiens Picardie	GSP	Chirurgie orthopédique et traumatologique	1
CHU Amiens Picardie	GSP	Chirurgie cardiaque	1
CHU Amiens Picardie	GSP	Imagerie	3+ 1 par téléradio (assurée pour Doullens)
CHU Amiens Picardie	A	Neurochirurgie (ex-NPDC)/ neurochirurgie et anesthésie (ex-Picardie)	1
CHU Amiens Picardie	A	Chirurgie pédiatrique et anesthésie	2
CHU Amiens Picardie	A	Chirurgie cardiaque	2
CHU Amiens Picardie	1/2GSP 1/2A	Pédiatrie	2
CHU Amiens Picardie	1/2GSP 1/2A	Cardiologie interventionnelle (angioplastie/coronarographie)	1
CHU Amiens Picardie	1/2GSP 1/2A	Neurovasculaire (UNV)	1
CHU Amiens Picardie	1/2GSP 1/2A	Chirurgie orthopédique et traumatologique	1
CHU Amiens Picardie	1/2GSP 1/2A	Chirurgie vasculaire	1
CHU Amiens Picardie	1/2GSP 1/2A	Chirurgie thoracique	1
CHU Amiens Picardie	1/2GSP 1/2A	ORL	1
CHU Amiens Picardie	1/2GSP 1/2A	Ophtalmologie	1
CHU Amiens Picardie	1/2GSP 1/2A	Urologie	2
CHU Amiens Picardie	1/2GSP 1/2A	Gastro-entérologie (ex-Picardie)	1
CHU Amiens Picardie	1/2GSP 1/2A	Biologie	1
SAS Cardio et urgences	GSP	Médecine d'urgence/omnipraticiens	1
SAS Cardio et urgences	GSP	Soins intensifs cardiologiques (USIC)	1
SAS Cardio et urgences	A	Cardiologie interventionnelle (angioplastie/coronarographie)	1
SAS Cardio et urgences	A	Biologie	1
Polyclinique de Picardie	A commune	Anesthésie hors mater (ex-NPdC)/ anesthésie (ex-Picardie)	0,5 (car 1 partagée avec GSVP)
Polyclinique de Picardie	A commune	Chirurgie générale (digestive et viscérale)	0,5 (car 1 partagée avec GSVP)
Polyclinique de Picardie	A commune	Chirurgie orthopédique et traumatologique	0,5 (car 1 partagée avec GSVP)
Clinique Victor Pauchet	GSP	Anesthésie hors mater (ex-NPdC)/ anesthésie (ex-Picardie)	1 (dédiée maternité)
Clinique Victor Pauchet	GSP	Gynécologie Obstétrique	1
Clinique Victor Pauchet	A	Pédiatrie	1

Clinique Victor Pauchet	A commune	Anesthésie hors mater (ex-NPdC)/ anesthésie (ex-Picardie)	0,5 (car 1 partagée avec polyclinique de Picardie)
Clinique Victor Pauchet	A commune	Chirurgie générale (digestive et viscérale)	0,5 (car 1 partagée avec polyclinique de Picardie)
Clinique Victor Pauchet	A commune	Chirurgie orthopédique et traumatologique	0,5 (car 1 partagée avec polyclinique de Picardie)

TABLEAU PAR ZONE N°18 : ZONE N°18 A– BEAUVAIS

Etb	Modalité	Activité	Valeur
CH Beauvais	GSP	Anesthésie hors mater (ex-NPdC)/ anesthésie (ex-Picardie)	2
CH Beauvais	GSP	Gynécologie Obstétrique	1
CH Beauvais	GSP	Pédiatrie	1
CH Beauvais	GSP	Réanimation et surveillance continue	1
CH Beauvais	GSP	Soins intensifs cardiologiques (USIC)	1
CH Beauvais	GSP	Chirurgie orthopédique et traumatologique	1
CH Beauvais	GSP	Imagerie	1
CH Beauvais	A	ORL	1
CH Beauvais	A	Ophtalmologie	1
CH Beauvais	A	Urologie	1
CH Beauvais	A	Gastro-entérologie (ex-Picardie)	1
CH Beauvais	A	Biologie	1
CH Beauvais	1/2GSP 1/2A	Neurovasculaire (UNV)	0.5
CH Beauvais	1/2GSP 1/2A	Chirurgie générale (digestive et viscérale)	1
CH Clermont	A	Anesthésie hors mater (ex-NPdC)/ anesthésie (ex-Picardie)	1
CH Clermont	A	Gynécologie Obstétrique	1
CH Clermont	A	Pédiatrie	1
CH Clermont	A	Chirurgie générale (digestive et viscérale)	1

TABLEAU PAR ZONE N°19 : ZONE N°19 A– COMPIÈGNE - NOYON

Etb	Modalité	Activité	Valeur
CHICN	GSP	Anesthésie hors mater (ex-NPdC)/ anesthésie (ex-Picardie)	2
CHICN	GSP	Réanimation et surveillance continue	1
CHICN	GSP	Soins intensifs cardiologiques (USIC)	1
CHICN	GSP	Neurochirurgie (ex-NPDC)/ neurochirurgie et anesthésie (ex-Picardie)	1
CHICN	GSP	Chirurgie orthopédique et traumatologique	1
CHICN	A	Pédiatrie	1
CHICN	A	ORL	1
CHICN	A	Ophtalmologie	1
CHICN	A	Urologie	1
CHICN	A	Gastro-entérologie (ex-Picardie)	1
CHICN	A	Imagerie	1
CHICN	A	Biologie	1
CHICN	1/2GSP 1/2A	Gynécologie Obstétrique	1
CHICN	1/2GSP 1/2A	Cardiologie interventionnelle (angioplastie/coronarographie)	1
CHICN	1/2GSP 1/2A	Neurovasculaire (UNV)	1
CHICN	1/2GSP 1/2A	Chirurgie générale (digestive et viscérale)	1
Polyclinique St Côme	GSP	Médecine d'urgence/omnipraticiens	1
Polyclinique St Côme	A	Anesthésie hors mater (ex-NPdC)/ anesthésie (ex-Picardie)	1
Polyclinique St Côme	A	Gynécologie Obstétrique	1
Polyclinique St Côme	A	Pédiatrie	1
Polyclinique St Côme	A	Chirurgie générale (digestive et viscérale)	1
Polyclinique St Côme	A	Chirurgie vasculaire	1
Polyclinique St Côme	A	Biologie	1

TABLEAU PAR ZONE N°20 : ZONE N°20 A– CREIL - SENLIS

Etb	Modalité	Activité	Valeur
GHPSO	GSP	Anesthésie hors mater (ex-NPdC)/ anesthésie (ex-Picardie)	2
GHPSO	GSP	Gynécologie Obstétrique	2
GHPSO	GSP	Réanimation et surveillance continue	2
GHPSO	GSP	Soins intensifs cardiologiques (USIC)	1
GHPSO	GSP	Chirurgie orthopédique et traumatologique	1
GHPSO	GSP	Imagerie	1
GHPSO	A	Anesthésie hors mater (ex-NPdC)/ anesthésie (ex-Picardie)	1
GHPSO	A	Chirurgie générale (digestive et viscérale)	2
GHPSO	A	ORL	1
GHPSO	A	Ophtalmologie	1
GHPSO	A	Urologie	1
GHPSO	A	Gastro-entérologie (ex-Picardie)	1
GHPSO	A	Biologie	1
GHPSO	1/2GSP 1/2A	Pédiatrie	2
GHPSO	1/2GSP 1/2A	Cardiologie interventionnelle (angioplastie/coronarographie)	1
GHPSO	1/2GSP 1/2A	Radiologie vasculaire interventionnelle	0.5

TABLEAU PAR ZONE N°21 : ZONE N°21 A – PÉRONNE – SAINT-QUENTIN - HIRSON

Etb	Modalité	Activité	Valeur
CH Péronne	A	Anesthésie hors mater (ex-NPdC)/ anesthésie (ex-Picardie)	1
CH Péronne	A	Gynécologie Obstétrique	1
CH Péronne	A	Pédiatrie	1
CH Péronne	A	Chirurgie générale (digestive et viscérale)	1
CH St Quentin	GSP	Anesthésie hors mater (ex-NPdC)/ anesthésie (ex-Picardie)	2
CH St Quentin	GSP	Réanimation et surveillance continue	1
CH St Quentin	GSP	Soins intensifs cardiologiques (USIC)	1
CH St Quentin	GSP	Chirurgie orthopédique et traumatologique	1
CH St Quentin	GSP	Imagerie	1
CH St Quentin	A	Pédiatrie	1
CH St Quentin	A	Chirurgie vasculaire	1
CH St Quentin	A	ORL	1
CH St Quentin	A	Ophtalmologie	1
CH St Quentin	A	Urologie	1
CH St Quentin	A	Gastro-entérologie (ex-Picardie)	1
CH St Quentin	A	Biologie	1
CH St Quentin	1/2GSP 1/2A	Gynécologie Obstétrique	1
CH St Quentin	1/2GSP 1/2A	Cardiologie interventionnelle (angioplastie/coronarographie)	1
CH St Quentin	1/2GSP 1/2A	Neurovasculaire (UNV)	1
CH St Quentin	1/2GSP 1/2A	Chirurgie générale (digestive et viscérale)	1
CH St Quentin	1/2GSP 1/2A	Chirurgie orthopédique et traumatologique	1
Polyclinique St Claude	GSP	Médecine d'urgence/omnipraticiens	1
Polyclinique St Claude	A	Anesthésie hors mater (ex-NPdC)/ anesthésie (ex-Picardie)	1
Polyclinique St Claude	A	Gynécologie Obstétrique	1
Polyclinique St Claude	A	Pédiatrie	1
Polyclinique St Claude	A	Chirurgie générale (digestive et viscérale)	1

TABLEAU PAR ZONE N°22 : ZONE N°22 A – LAON

Etb	Modalité	Activité	Valeur
CH Laon	GSP	Anesthésie hors mater (ex-NPdC)/ anesthésie (ex-Picardie)	1
CH Laon	GSP	Réanimation et surveillance continue	1
CH Laon	GSP	Soins intensifs cardiologiques (USIC)	1
CH Laon	A	Pédiatrie	1
CH Laon	A	Chirurgie générale (digestive et viscérale)	1
CH Laon	1/2GSP 1/2A	Gynécologie Obstétrique	1
CH Chauny	A	Anesthésie hors mater (ex-NPdC)/ anesthésie (ex-Picardie)	1
CH Chauny	A	Gynécologie Obstétrique	1
CH Chauny	A	Pédiatrie	1
CH Chauny	A	Réanimation et surveillance continue	1
CH Chauny	A	Soins intensifs cardiologiques (USIC)	1
CH Chauny	A	Chirurgie générale (digestive et viscérale)	1

TABLEAU PAR ZONE N°23 : ZONE N°23 A– SOISSONS – CHÂTEAU-THIERRY

Etb	Modalité	Activité	Valeur
CH Soissons	GSP	Anesthésie hors mater (ex-NPdC)/ anesthésie (ex-Picardie)	2
CH Soissons	GSP	Réanimation et surveillance continue	1
CH Soissons	GSP	Soins intensifs cardiologiques (USIC)	1
CH Soissons	GSP	Chirurgie orthopédique et traumatologique	1
CH Soissons	GSP	Imagerie	1
CH Soissons	A	Pédiatrie	1
CH Soissons	A	ORL	1
CH Soissons	A	Ophtalmologie	1
CH Soissons	A	Urologie	1
CH Soissons	A	Gastro-entérologie (ex-Picardie)	1
CH Soissons	A	Biologie	1
CH Soissons	1/2GSP 1/2A	Gynécologie Obstétrique	1
CH Soissons	1/2GSP 1/2A	Neurovasculaire (UNV)	1
CH Soissons	1/2GSP 1/2A	Chirurgie générale (digestive et viscérale)	1
CH Château-Thierry	GSP	Réanimation et surveillance continue	1
CH Château-Thierry	A	Anesthésie hors mater (ex-NPdC)/ anesthésie (ex-Picardie)	1
CH Château-Thierry	A	Gynécologie Obstétrique	1
CH Château-Thierry	A	Pédiatrie	1
CH Château-Thierry	A	Soins intensifs cardiologiques (USIC)	1
CH Château-Thierry	A	Chirurgie générale (digestive et viscérale)	1

LES DÉCOUPAGES TERRITORIAUX DU PRS 2 : DÉFINITIONS

TERRITOIRES DU PRS2

La loi 2016-41 de modernisation de notre système de santé a opéré une refonte totale des découpages territoriaux. Les territoires de santé créés par la loi HPST ont été remplacés d'une part par les territoires de démocratie sanitaire et d'autre part par des zonages pour l'offre de soins. Par ailleurs l'ARS a créé des territoires de proximité de l'offre médico-sociale et des territoires de projet.

L'Agence Régionale de santé s'est attachée à garder le plus de cohérence entre eux pour garantir la lisibilité pour les acteurs de la santé. Ainsi, même si il existe quelques différences pour répondre aux besoins spécifiques des secteurs, les découpages départementaux ont servi de référence pour les découpages de grande taille comme ceux de la démocratie sanitaire ou ceux plus dans la proximité comme certains zonages de l'offre de soins ou les territoires de l'offre médico-sociale.

On distingue ainsi différents découpages territoriaux dans le PRS 2, ceux prévus par des dispositions législatives et/ou réglementaires et ceux non opposables :

A. Les découpages territoriaux prévus par des dispositions législatives et/ou réglementaires

1- Les territoires de démocratie sanitaire prévus par l'article L.1434-9 du code de la santé publique

Ces territoires sont définis par la décision du directeur général de l'ARS Hauts-de-France du 28 octobre 2016 portant délimitation des territoires de démocratie sanitaire de la région Hauts-de-France.

2- Les zones de répartition des activités de soins, des équipements lourds et des laboratoires de biologie médicale prévues par l'article L.1434-9 du code de la santé publique

Ces territoires sont définis par :

- la décision de la directrice générale de l'ARS Hauts-de-France n°2017-034 du 15 juin 2017 portant délimitation des zones du Schéma régional de santé donnant lieu à la répartition des activités de soins et des équipements matériels lourds,

- la décision de la directrice générale de l'ARS Hauts-de-France n°2017-035 du 15 juin 2017 portant délimitation des zones du schéma régional de santé donnant lieu à l'application aux laboratoires de biologie médicale des règles de territorialité définies aux articles L.6211-16, L.6212-3, L6212-6, L.6222-2, L.6222-3, L.6222-5 et L.6223-4 du code de la sante publique.

3- Les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins et les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins est particulièrement élevées mentionnées à l'article L.1434-4 du code de la santé publique

Dans l'attente de la publication des nouveaux zonages, les précédents zonages fixés par les PRS de l'ex Picardie et de l'ex nord pas de calais demeurent applicables.

B. Les découpages territoriaux non opposables

1- Les territoires de proximité de l'offre médico-sociale

Ces territoires sont présentés dans cette annexe du PRS. Ils constituent le cadre territorial privilégié pour l'organisation de l'offre médico-sociale en faveur des personnes âgées, des personnes en situation de handicap et des personnes en difficultés spécifiques dont l'addictologie.

Pour fixer les objectifs qualitatifs et quantitatifs, dans une logique de réponse graduée et selon les dispositifs médico-sociaux concernés, un regroupement de territoires de proximité pourra être défini.

2- Les territoires de projet

Ces territoires se définissent en fonction du projet qui s'y inscrit. Ils sont donc à chaque fois différents. C'est un territoire d'initiatives des acteurs de la santé. A titre d'exemple, les contrats locaux de santé se déclinent dans des territoires dits « de projets ».

GLOSSAIRE

ABM: Agence de la biomédecine

AC: Aide à la contractualisation

ACSE: Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances

ACT: Appartements de Coordination thérapeutique

AIRE: Accueil, Information, Rencontre et Ecoutes

AJ: Accueil de jour

AM: Assurance Maladie

AMAVI: Accueil massif de victimes

ANAP: Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux

ANESM: Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

ANSES: Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

ANSM: Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

ANSP: Agence nationale de santé publique

AP: Aidants proches

APA: Activité physique et sportive adapté

APPA: Association pour la prévention de la pollution athmosphérique

AQE: Accès Qualité Efficacité

ARA: Autour des rythmes actuels

ARH: Agence régionale de l´Hospitalisation

ARLIN: Antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales

ARMS: Adultes Relais Médiateur Santé

ARS: Agence Régionale de Santé

ASIP: Agence des Systèmes d'information de santé Partagé

ASO: Activité de Soins

ASV: Adaptation de la société au vieillissement

ASV [2]: Atelier santé ville

ATB: Antibiotiques

AVC: Accident Vasculaire-Cérébral

BHRe: Bactérie Hautement Résistante émergente

BMR: Bactérie multi-résistante

BOP: Budget Opérationnel de Programme

CAARUD: Centres d'accueil et d'accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de d'Ogues

CAF: Caisse d'Allocations Familiales

CAMSP: Centre médico-social précoce

CAPI: Contrat d'amélioration des pratiques individuelles

CAQES: Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficience des Soins

CARSAT: Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail

CATTP: Centres d'accueil thérapeutique à temps partiel

CBUMPP: Contrat de Bon Usage des médicaments, produits et prestations

CCLIN: Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales

CCMU: Classification clinique des malades aux urgences

CCP: Coordination clinique de proximité

CCPP: Commission de coordination des politiques publiques

CCPPP: Commission de coordination des politiques publiques de santé dans le domaine de la Prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle infantile

CDAG: Centre de dépistage anonymes et gratuits

CDAPH: Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

CDF: Conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie

CG: Conseil Général

CHRS: Centre d´Hébergement et de Réinsertion Sociale

CHRU: Centre Hospitalier Régional Universitaire

CHT: Communauté hospitalière de territoire

CIDDIST: Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles

CIRE: Cellule interrégionale d'épidémiologie (antenne de l'InVS en région)

CIS: Centre d'information surdité

CJC: Consultations jeunes consommateurs

CLACT: Contrat local d'amélioration des conditions de travail

CLAD: Comité Local d'accompagnement des dépistages

CLASMO: Cellule locale d'accompagnement social pour la modernisation des hôpitaux

CLAT: Centre de lutte anti-tuberculeuse

CLIC: Centre local d'information et de coordination

CLS: Contrat Local de Santé

CLSM: Conseil Local de Santé Mentale

CMP: Centre médico-psychologique

CMPP: Centre Médico-Psychologique-Pédagogique

CMU: Couverture Médicale Universelle

CNH: Conférence nationale du handicap

CODAMUPS: Comité Départemental de l´Aide Médicale Urgente de la Permanence des Soins et des transports sanitaires

COPIL: Comité de pilotage

COTER: Comité technique régional

CPA: Centre pour peines aménagées

CPAM: Caisse Primaire d'assurance Maladie

CPIAS: Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins

CPOM: Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CPRDFP: Contrat de Plan régional de développement des Formations Professionnelles

CRA: Centre Ressource Autisme

CRALIM: Comité régional de l'alimentation

CREAI: Centre régional pour l´enfance et l´adolescence inadaptées

CRISAVS: Centre de ressources interdisciplinaire pour le suivi des auteurs de violences sexuelles

CRSP: Coordination Régionale pour les Soins Palliatifs

CRVAGS: Cellule régionale de veille, d'alerte et de gestion sanitaires

CSAPA: Centres de soins d'accompagnement et de Prévention en addictologie

CSG: Court séjour gériatrique

CSP: Code de la santé publique

CTS: Conseil territorial de santé

CUCS: Contrat urbain de cohésion sociale

GlossaireTemplate:

DCC: Dossier Communicant de Cancérologie

DCGDR: Direction de la coordination de la gestion du risque

DDASS: Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DDDFE: DÉLÉGUÉ.E.S DÉPARTEMENTAUX AUX DROITS DES FEMMES ET À L'ÉGALITÉ

DDT: Direction départementale des territoires

DGOS: Direction Générale de l´Offre de Soins

DGS: Direction Générale de la santé

DHOS: Direction de l´Hospitalisation et de l´Organisation des Soins

DIRECCTE: Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l´emploi

DISP: Direction interrégionale des services pénitentiaires

DMP: Dossier médical Personnel

DMS: Durée Moyenne de Séjour

DNDR: Dotation nationale de développement des réseaux

DOMS: Direction de l'Offre Médico-Sociale

DOS: Direction de l'Offre de Soins

DP: Diagnostic Principal

DPC: Développement Professionnel Continu

DPPS: Direction de la Prévention et de la Promotion de la Santé

DRAAF: Direction régionale de l´Alimentation, de l´Agriculture et de la Forêt

DRASS: Direction régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

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

DRJSCS: Direction régionale de la jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale

DRPJJ: Direction régionale de la protection judiciaire de la jeunesse

DUP: Déclaration d'utilité publique

EBLSE: Entérobactéries sécrétrices de bêta-lactamases à spectre étendu

EDCH: Eau destinée à la consommation humaine

EER: Epuration extra-rénale

EFS: Etablissement francais du sang

EHLA: Equipes Hospitalières de Liaison en Addictologie

EHPAD: Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EMG: Equipe mobile de gériatrie

EML: Equipement matériel lourd

EMPP: Equipe Mobile Psychiatrie Précarité

EMS: Etablissement médico-Social

EMSP: Equipes Mobiles de Soins Palliatifs

ENMR: Expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération

EOHH: Equipe Opérationnelle d´Hygiène Hospitalière

EPP: Evaluation des Pratiques Professionnelles

ERC: Espace Ressource Cancer

ERG: Entérocoques résistants aux glycopeptides

ERP: Etablissement recevant du public

ERRSPP: Équipes Ressources Régionales en Soins Palliatifs Pédiatriques

ES: Etablissement Sanitaire

ESA: Equipe spécialisée Alzheimer

ESAD: Equipe Spécialisée Alzheimer à Domicile

ESAT: Etablissement et service d'aide par le travail

ESMS: Etablissements et Services sociaux etmédico-Sociaux

ESPIC: Etablissement de santé privés d'intérêt collectif

ESPRAD: Equipe spécialisée dans la prévention, réadapation à domicile

ESPREAD: Equipe spécialisée dans la prévention, réadaptation, éducation à domicile

ETP: Education Thérapeutique du Patient

F2RSM: F?d?ration régionale de Recherche en santé Mentale

FAM: Foyer d'accueil médicalisé

FAQSV: Fonds d'aide à la qualité des soins de ville

FEDER: Fonds Européen de développement régional

FHF: Fédération Hospitalière de France

FIQCS: Fonds d'intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins

FIR: Fonds d'intervention régional

FMC: Formation médicale Continue

FMESPP: Fonds de Modernisation des établissement de santé Publics et Privé

FNPEIS: Fonds National de Prévention et d´Education en Information Sanitaire

FRPSL: Fédération régionale des professionnels de santé libéraux

G2RS: Groupement régional des réseaux de santé

GCS: Groupement de Coopération Sanitaire

GCSMS: Groupement de coopération sanitaire et médico sociale

GEM: Groupe d´Entraide Mutuel

GHT: Groupement Hospitalier de Territoire

GIP: Groupement d'intérêt public

GOS: Groupe Opérationnel de Synthèse

GPMC: Gestion prévisionnelle des moyens et des compétences

GRSP: Groupement régional de santé publique

HAD: Hospitalisation à Domicile

HAS: Haute Autorité de Sant

HC: Hospitalisation complète

HCSP: Haut conseil de santé publique

HDJ: Hôpital de jour

HPST: Hôpital Patient santé Territoire

HPV: Papillomavirus humains

HT: Hébergement temporaire

HTA: Hypertension artérielle

IAS: Infections Associées aux Soins

IBODE: Infirmière de Bloc Opératoire

ICALIN: Indicateur composite d'activité de lutte contre les infections nosocomiales

ICPE: Installation classée pour la protection de l'environnement

ICR: Indice de coût relatif

IDE: Infirmières Diplômées d´Etat

IFAS: Institut de Formation d'Aide Soignant

IFSI: Institut de Formation en Soins Infirmiers

IHAB: Initiative Hôpital Ami des Bébés

ILS: Infections Liées aux Soins

INCa: Institut National du Cancer

INPES: Institut national de Prévention et d´éducation pour la santé

INVS: Institut national de veille sanitaire

IPA: Indicateurs de pilotage d'activité

IPAQSS: Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

IREPS: Instance régionale d´Education et de Promotion de la Santé

ISO: Infections de site Opératoire

ISS: Inégalités sociales de santé

IST: Infections Sexuellement Transmissibles

ISTS: Inégalités sociales et territoriales de santé

ITEP: Institut thérapeutique, Educatif et Pédagogique

IVG: Interruption volontaire de grossesse

LISP: Lit Identifié de Soins Palliatifs

LMSS: Loi de modernisation de notre système de santé

MAIA: Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie

MAMA: Malades Alzheimer et malades apparentés

MAS: Maisons d'accueil Spécialisées

MASS: Ministère des Affaires sociales et de la Santé

MCNV: Maladies cardio-neurovasculaires

MCO: Médecine Chirugie Obstétrique

MDPH: Maison Départementale pour Personnes Handicapées

MDS: Maison du Département Solidarité

MERRI: Missions Enseignement, Recherche, Référence et Innovation

MG: Médecin généraliste

MIG: Missions d'intérêt Général

MIGAC: Missions d'intérêt Général et à l´aide à la contractualisation

MILDT: Mission Interministérielle de Lutte contre les drogues et les Toxicomanies

MND: Maladies neuro-dégénératives

MSA: Mutualité Sociale Agricole

MSAP: Mise sous accord préalable

MSP: Maison de santé Pluridisciplinaire

MT: Médecin traitant

NIDCAP: Neonatal Individualized Developemental Care and Assessment Program

NRBC: Nucléaire, Radiologique, Biologique et Chimique

ODENORE: Observatoire des non-recours aux droits et services

OMEDIT: Observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques

OPCA: Organismes paritaires collecteurs agréés

OQOS: Objectif Quantifié de l´Offre de Soins

OR2S: Observatoire régional de la santé et du social

OROS: Objectif de Répartition de l´Offre de Soins

ORS: Observatoire régional de la Santé

ORSAN: Organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles

ORSEC: Organisation de la Réponse de Sécurité Civile

ORSOSA: Observatoire des risques psychosociaux

OSCOUR: Organisation de la surveillance coordonnée des urgences

PA: Personnes âgées

PAERPA: Parcours personnes âgées en risque de perte d'autonomie

PARM: Permanencier auxiliaire de régulation médicale

PASA: Pôle d'activités et soins ambulatoires

PASBA: Programme Ambulatoire de Sevrage de Boissons Alcoolisées

PASE: Plan d'actions stratégiques de l'Etat

PASS: Permanence d'accès aux soins de santé

PDSES: Permanence des soins en établissements de santé

PFR: Point Focal Régional

PH: Personnes Handicapées

PHMEV: Prescriptions hospitalières exécutées en ville

PLANIR: Plan d'Accompagnement du Non recours, des incompréhensions et des Ruptures de l'Assurance Maladie

PLP: Programme local de Prévention

PMI: Protection Maternelle et Infantile

PMND: Plan maladies neuro-dégénératives

PMSI: Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

PNAPS: Plan National de Prévention par l'Activité Physique ou Sportive

PNNS: Plan national nutrition santé

PNSE: Plan national Santé Environnement

PNSP: Programme national pour la sécurité des patients

PPAC: Programme Personnalisé de l'Après Cancer

PPS: Programme Personnalisé de Soins

PPS (2): Plan Personnalisé de Santé

PPSMJ: Personnes Placées Sous Main de Justice

PRAAP: Programme régional alimentation activité physique

PRADO: Programme d'accompagnement au retour à domicile après hospitalisation

PRAPS: Programme régional d'accès à la Prévention et aux soins

PRASE: Programme régional d'action en santé environnement

PRAVA: Programme Régional d'Amélioration de la Couverture Vaccinale

PRECEPS: Pôle régional de Compétences en Education pour la santé et Promotion de la Santé

PRIAC: Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

PROPIAS: Programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins

PRPDE: Personne responsable de la production ou de la distribution d'eau

PRS: Projet régional de Santé

PRSE: Plan régional santé Environnement

PRSP: Plan régional de santé publique

PRST: Plan régional de santé au Travail

PRVUS: Plateforme régionale de veille et d'urgence sanitaires

PS: Professionnel de santé

PSE: Placement sous surveillance électronique

PSEM: placement sous surveillance mobile

PSRS: Projat Stratégique régional de Sant

PTSM: Projet territorial de santé mentale

Pd'a: Permanence des soins ambulatoires

RAISIN: Réseau d'alerte, d'investigations et de surveillance des infections nosocomiales

RCP: Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

ROR: Répertoire Opérationnel des Ressources

RPIB: Repérage Précoce en Intervention Brève

RPU: Résumé de Passage aux Urgences

RRC: Réseau Régional de Cancérologie

RRéVA: Réseau régional de vigilances et d'appui

RSI: Régime Social des Indépendants

S3PI: Secrétariat permanent pour la prévention des pollutions et des risques industriels

SAAD: Services d'aide et d'accompagnement à Domicile

SAF: Syndrôme d'alcoolisation Fétale

SAMSAH: Service d'accompagnementmédico-Social pour Adultes Handicap

SAMU: Sservices d'aide médicale urgente

SARM: Staphylocoque doré résistant à la méticiline

SAU: Service d'accueil d'urgence

SAVS: Service d'accompagnement à la vie Sociale

SCA: Syndrôme coronarien aigu

SDC: Structure Douleur Chronique

SDSE: Sous-Direction Santé Environnement

SDZD: Sous-Direction Zone Défense et Sécurité

SE: Santé Environnement

SEP: Sclérose en plaques

SESSAD: Service d´éducation spécialisée et de soins à domicile

SF: Sage-femme

SHA: Solutés Hydro-Alcooliques

SIDA: Syndrôme d'immunodéficience acquise

SIH: Systèmes d'information Hospitaliers

SIIH: Syndicat Interhospitalier d'informatique Hospitalière

SLD: Soins de longue durée

SMPR: Service médico-psychologique régional

SMUR: Service mobile d'urgence et de réanimation

SNDS: Système National des Données de santé

SOTS: Schéma d'Organisation de la transfusion sanguine

SPASAD: Service polyvalent d'aide et de soins à domicile

SPIP: Services pénitentiaires insertion et probation

SREPS: Schéma régional d'éducation pour la santé

SROMS: Schéma régional de l´Organisation médico-Sociale

SROS: Schéma régional de l´Organisation des Soins

SRP: Schéma régional de Prévention

SRS: Schéma Régional Santé

SRVA: Structure régionale de vigilance et d’appui

SSE: Situations sanitaires exceptionnelles

SSIAD: Service de Soins Infirmiers à Domicile

SSR: Soins de suite et de réadaptation

SZDS: Service zonal de défense et de sécurité

TCC: Troubles de la Conduite et du Comportement

TDS: Territoire de démocratie sanitaire

TED: Troubles Envahissants du développement

TEP: Tomographie par émission de positons

TIAC: Toxico-infection alimentaire collective

TIC: Technologies de l'Information et de la Communication

TROD: Tests Rapides d'Orientation diagnostique

TS: Taux Standardisé

UCC: Unité cognitivo-comportementale

UCSA: Unité de consultations et de soins ambulatoires

UHSA: Unités Hospitalières Spécialement Aménagées

UHSI: Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales

UMJ: Unité médico-judiciaire

UNV: Unité neuro-vasculaire

URCAM: Union régional des caisses d'assurance Maladie

URCPIE: Union régionale des centres permanents d'initiatives en environnement

URCS: Union Régionale des Centres Sociaux

URMEL: Union régionale des médecins libéraux

URPS: Union régionale des Professionnels de Santé

URSAVS: Unité régionale de soins aux auteurs de violence sexuelle

URSPP: Union Régionale des Soins Palliatifs de Picardie

USIC: Unité de Soins Intensifs en Cardiologie

USLD: Unités de soins de longue durée

USP: Unité de Soins Palliatifs

UVA: Unités de vie Alzheimer

VADS: Voies Aéro-Digestives Supérieures

VAE: Validation des Acquis de l'Expérience

VAGUSAN: Veille, alerte et gestion des urgences sanitaires

VHA: Virus Hépatite A

VHB: Virus de l´Hépatite B

VHC: Virus de l´Hépatite C

VIH: Virus de l'Immunodéficience humaine

RÉFÉRENCES DES TEXTES LÉGISLATIFS ET RÈGLEMENTAIRES

ART_CSP_D6124-301-1

Article D6124-301-1 du Code de Santé Publique

https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000026305661&dateTexte=&categorieLien=cid//

ART_CSP_L6122-1

Article L6122-1 du Code de santé publique

https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006690809&dateTexte=&categorieLien=cid//

ART_CSP_R6121-4

Article R6121-4 du Code de Santé Publique

https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000022072779&cidTexte=LEGITEXT000006072665//

ART_CSP_R6121-4-1

Article R6121-4-1 du Code de Santé Publique

https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000026362713&cidTexte=LEGITEXT000006072665//

A_2016-11-28

Arrêté du 28 novembre 2016 relatif aux bonnes pratiques de dispensation des médicaments dans les pharmacies d'officine, les pharmacies mutualistes et les pharmacies de secours minières, mentionnées à l'article L. 5121-5 du code de la santé publique

A_2016-12-28

Arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales

A_2017_01_19

Arrêté du 19 janvier 2017 portant abrogation de l'arrêté du 16 mars 2007 modifié fixant les conditions de prise en charge pour l'admission en hospitalisation à domicile d'un ou plusieurs résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées en vertu de l'article R. 6121-4 du code de la santé publique

https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2017/1/19/AFSH1701878A/jo/texte//

D_2016-1151

Décret n°2016-1151 du 24 août 2016 relatif au portail de signalement des événements sanitaires indésirables

D_2016-995

Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison

D_2017_817

Décret n° 2017-817 du 5 mai 2017 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements d'hospitalisation à domicile

https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/5/5/AFSH1711654D/jo/texte//

I_DGCS_2016-195

Instruction DGCS/SPA/2016/195 du 15 juin 2016 relative à la mise en œuvre du PROPIAS dans le secteur médicosocial 2016-2018

I_DGOS-2013-298

Instruction DGOS/PF2 no 2013-298 du 12 juillet 2013 relative au programme national pour la sécurité des patients

I_DGOS_2015-202

Instruction DGOS/PF2/DGS/RI1/DGCS/2015/202 du 15 juin 2015 relative au PROPIAS 2015

I_DGOS_2015-227

Instruction N°DGOS/PF3/R3/DGS/MC1/2015/227 du 3 juillet 2015 relative à l'actualisation et à l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité dans un cadre régional

I_DGS_2013-274

Instruction DGS/DUS/CORRUSS no 2013-274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles

I_DGS_2014-153

Instruction N° DGS/DUS/SGMAS/2014/153 du 15 mai 2014 relative à la préparation du système de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles

I_DGS_2015-212

Instruction DGS/RI1/DGOS/PF2/DGCS no 2015212 du 19 juin 2015 relative à la mise en œuvre de la lutte contre l'antibiorésistance sous la responsabilité des agences régionales de santé

http://circulaires.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&retourAccueil=1&r=39807//

I_DGS_2016-40

Instruction DGS/DUS/SGMAS/SHFDS n° 2016-40 du 22 janvier 2016 relative aux prinicipes d'organisation des missions de veille et de sécurité sanitaire et des missions relevant des domaines de la defense et de la securité au sein des agences régionales de santé

L2016-41

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé