



**NORMANDIE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

RECUEIL DES ACTES  
ADMINISTRATIFS SPÉCIAL  
N°R28-2025-009

PUBLIÉ LE 16 JANVIER 2025

# Sommaire

## **Agence régionale de santé de Normandie / Direction de l'autonomie**

R28-2025-01-13-00001 - Arrêté du 13 janvier 2025 fixant le calendrier prévisionnel 2025 des appels à projets médico-sociaux sous compétence conjointe de l'Agence régionale de santé de Normandie et du Département de la Seine-Maritime. (2 pages)

Page 3

## **Agence régionale de santé de Normandie / Direction de l'offre de soins**

R28-2025-01-10-00007 - ARRETE MODIFIANT LE CAHIER DES CHARGES DE LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES DE LA REGION NORMANDIE (2 pages)

Page 6

## **Agence régionale de santé de Normandie / Direction de la Stratégie**

R28-2025-01-10-00006 - ARRÊTÉ PORTANT RÉVISION DU PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ DE NORMANDIE (292 pages)

Page 9

## **Direction interrégionale de la Mer Manche Est - Mer du Nord /**

### **Secrétariat direction**

R28-2024-12-19-00017 - AVIS-RI-CRGF-Normandie-AEP - Relatif au règlement intérieur de la commission régionale de gestion de la flotte et des autorisations de pêche de Normandie pour les régimes d'autorisation de pêche?? (10 pages)

Page 302

R28-2024-12-19-00018 - AVIS-RI-CRGF-Normandie-PME - Relatif au règlement intérieur de la commission régionale de gestion de la flotte et des autorisations de pêche de Normandie pour les régimes d'autorisation de pêche?? (6 pages)

Page 313

Agence régionale de santé de Normandie

R28-2025-01-13-00001

Arrêté du 13 janvier 2025 fixant le calendrier prévisionnel 2025 des appels à projets médico-sociaux sous compétence conjointe de l'Agence régionale de santé de Normandie et du Département de la Seine-Maritime.

**ARRETE FIXANT LE CALENDRIER PREVISIONNEL 2025 DES APPELS A PROJETS  
MEDICO-SOCIAUX SOUS COMPETENCE CONJOINTE DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE DE  
NORMANDIE ET DU DEPARTEMENT DE LA SEINE-MARITIME**

**Le Directeur général de l'Agence Régionale  
de Santé de Normandie,**

**Le Président du Département  
de la Seine-Maritime,**

**VU :**

- Le code général des collectivités territoriales ;
- Le code de l'action sociale et des familles, notamment les articles L312-1, L313-1 à L313-9, R313-1 à R313-10 ;
- Le décret du 26 juin 2024 portant nomination de Monsieur François MENGIN LECREULX en qualité de Directeur général de l'Agence régionale de santé de Normandie;
- La délibération n°1 du Département de la Seine-Maritime du 1er juillet 2021 portant élection de Monsieur Bertrand BELLANGER, Président du Conseil départemental de la Seine-Maritime ;
- L'arrêté du 31 octobre 2023 portant approbation du Projet Régional de Santé 2023-2028 ;
- Le Schéma unique des solidarités 2023-2027 du Département de la Seine-Maritime, adopté le 7 décembre 2023 ;
- La décision du 29 décembre 2023 relative à l'actualisation du Programme Interdépartemental d'Accompagnement (PRIAC) des handicaps et de la perte d'autonomie de Normandie 2023-2027 ;
- La décision du 26 novembre 2024 portant délégation de signature du Directeur général de l'Agence Régionale de Santé de Normandie.

**CONSIDERANT** les besoins médico-sociaux recensés par catégorie d'établissement ou service médico-social dans le Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) de Normandie et le Schéma unique des solidarités du Département de la Seine-Maritime ;

**SUR PROPOSITION CONJOINTE** de la Directrice de l'autonomie de l'Agence Régionale de Santé de Normandie et du Directeur général des services du Département de la Seine-Maritime ;

**ARRETEMENT**

**ARTICLE 1 :** Le calendrier prévisionnel 2025 des appels à projets médico-sociaux sous compétence conjointe de l'ARS de Normandie et du Département de Seine-Maritime est fixé comme suit :

Descriptif du projet	
Catégorie d'établissement	Structure d'accueil médico-sociale expérimentale
Public concerné	Mineurs en situation de handicap relevant de la protection de l'enfance de la Seine-Maritime
Territoire	Dieppe
Nature de l'opération	Création
Capacité	6 places
Publication prévisionnelle	1 <sup>er</sup> trimestre 2025

Les informations relatives à cet appel à projet seront publiées et consultables sur les sites internet de l'ARS Normandie : [www.ars.normandie.sante.fr](http://www.ars.normandie.sante.fr) (rubrique appels à candidatures et à projets) et du Département de la Seine-Maritime : <https://www.seinemaritime.fr> (rubrique appels à projets).

**ARTICLE 2** : Le calendrier prévisionnel des appels à projets médico-sociaux a une valeur indicative. Il peut être révisé en cours d'année en cas de modification substantielle.


**ARTICLE 3** : Les personnes morales gestionnaires d'établissements et services médico-sociaux et de lieux de vie et d'accueil peuvent faire connaître leurs observations sur ce calendrier dans les deux mois suivant sa publication, auprès des autorités administratives compétentes.

**ARTICLE 4** : La Directrice de l'autonomie de l'Agence Régionale de Santé de Normandie et le Directeur général des services du Département de la Seine-Maritime sont chargés de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Normandie, de la Préfecture de la Seine-Maritime et sur le site internet du Département de la Seine-Maritime.

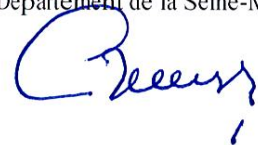
Fait à Rouen, le 13 janvier 2025

P/ Le Directeur général  
de l'Agence Régionale de Santé de Normandie,

P/ La Directrice de l'autonomie,  
L'Adjoint à la Directrice de l'autonomie

  
Déborah CVETOJEVIC  
Jérôme DUPONT

Le Président  
du Département de la Seine-Maritime



Bertrand BELLANGER

Agence régionale de santé de Normandie

R28-2025-01-10-00007

ARRETE MODIFIANT LE CAHIER DES CHARGES  
DE LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES  
DE LA REGION NORMANDIE

## ARRETE MODIFIANT LE CAHIER DES CHARGES DE LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES DE LA REGION NORMANDIE

**VU** le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1435-5, L. 6314-1, R. 6313-1 à R. 6313-9, R. 6315-1 à R. 6315-6 ;

**VU** le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-5, L. 162-5-10, L. 162-32-1, D. 162-30 ;

**VU** le décret du 26 juin 2024 portant nomination du directeur général de l'agence régionale de santé de Normandie, Monsieur François MENGIN LECREULX ;

**VU** l'arrêté modifié du ministère des affaires sociales et de la santé en date du 20 avril 2011 relatif à la rémunération des médecins participant à la permanence des soins en médecine ambulatoire ;

**VU** l'arrêté du ministère du travail, de la santé et des solidarités en date du 20 juin 2024 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 04 juin 2024 ;

**VU** l'arrêté modifié de la Directrice générale de l'ARS Normandie fixant le cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires en Normandie, en date du 19 juillet 2018 ;

**VU** l'arrêté modifiant le cahier des charges de la permanence des soins ambulatoires de la région Normandie en date du 13/12/2024 ;

**VU** l'instruction DGOS/R2/2011/192 du 20 mai 2011 relative à la permanence des soins en médecine ambulatoire ;

**CONSIDERANT** que le cahier des charges de la permanence des soins ambulatoires est conforme aux dispositions du code de la santé publique (articles R. 6315-1 et suivants) ;

**CONSIDERANT** que le dispositif de permanence des soins ambulatoires est une réponse médicale aux demandes de soins non programmés assurée en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et des centres de santé, et qu'à ce titre, il doit être organisé, en fonction des besoins de la population évalués et de l'offre de soins existante ;

### **Article 1:**

La partie « 4.2 Rémunération de la régulation libérale » est modifiée comme suit :

« La rémunération de la régulation libérale au sein du Centre 15 est adaptée aux conditions de sa réalisation.

Elle repose sur deux principes :

- Une indemnisation d'au moins un régulateur à l'échelle du département ;
- Une rémunération du temps de travail adaptée au niveau régional de la Normandie par l'ARS, après concertation des différents acteurs mettant en place la PDSA dans chacun des départements de la région, avec une durée minimale de 4 heures, à hauteur de :
  - 130 € par heure de régulation de 20 heures à 24 heures du lundi au dimanche ;
  - 130 € le samedi de 12h à 20h ;
  - 130 € par heure de régulation les dimanches et jours fériés et jours de pont de 08 heures à 20 heures ;
  - 155 € par heure de régulation en nuit profonde de 00 heures à 08 heures du lundi au dimanche, les jours fériés et jours de pont. »

**Article 2 :**

Le présent arrêté entre en vigueur le 11/01/2025.

**Article 3 :**

Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif sis au n°3 rue Arthur Leduc à CAEN (14000), dans un délai de deux mois à compter de sa publication.

**Article 4 :**

Le présent arrêté est publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région et des cinq préfectures de département.

**Article 5 :**

Le Directeur de l'offre de soins de l'Agence régionale de santé de Normandie est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Caen, le 10 janvier 2025

Le Directeur général,



François MENGIN LECREULX

Agence régionale de santé de Normandie

R28-2025-01-10-00006

ARRÊTÉ PORTANT RÉVISION DU PROJET  
RÉGIONAL DE SANTÉ DE NORMANDIE

## **ARRÊTÉ PORTANT RÉVISION DU PROJET REGIONAL DE SANTE DE NORMANDIE**

### **LE DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ DE NORMANDIE**

**VU** le code de la santé publique, et notamment ses articles L. 1434-1 à L. 1434-7 et R. 1434-1 à R. 1434-9, et R 1434-11 ;

**VU** la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires modifiée les 28 janvier 2016, 1<sup>er</sup> janvier 2017 et 27 décembre 2019 ;

**VU** la loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels ;

**VU** le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des Agences régionales de santé modifié le 1<sup>er</sup> avril 2010 ;

**VU** le décret n° 2016-1024 du 26 juillet 2016 relatif aux territoires de démocratie sanitaire aux zones des schémas régionaux de santé et aux conseils territoriaux de santé ;

**VU** le décret n° 2021-708 du 3 juin 2021 relatif à la procédure de révision du projet régional de santé ;

**VU** le décret du 26 juin 2024 portant nomination du Directeur général de l'Agence régionale de santé de Normandie, Monsieur François MENGIN LECREULX ;

**Vu** l'arrêté du 20 juillet 2017 de la Directrice générale de l'Agence régionale de santé Normandie relatif aux dispositions applicables à la détermination des zones pour les activités de soins, les équipements matériels lourds et les laboratoires de biologie médicale, prévues à l'article L. 1434-9 du code de la santé publique ;

**VU** l'arrêté du 31 Octobre 2023 portant adoption du projet régional de santé de Normandie 2023-2028 ;

**VU** l'arrêté du 28 décembre 2023 portant modification de l'arrêté en date du 31 octobre 2023 portant adoption du projet régional de santé de Normandie ;

**VU** la décision du 26 novembre 2024 portant délégation de signature du Directeur général de l'Agence régionale de santé de Normandie ;

 Retrouvez toutes nos mentions légales sur notre site internet <https://www.normandie.ars.sante.fr/mentions-legales-2>

ARS Normandie - Siège régional - Espace Claude Monet - 2, place Jean Nouzille - CS 55035 - 14 050 CAEN Cedex  
Tél : 02.31.70.96.96 - [www.ars.normandie.sante.fr](http://www.ars.normandie.sante.fr) -    

**VU** l'avis de consultation sur la première révision partielle du projet régional de santé de Normandie publié le 7 novembre 2024 au recueil des actes administratifs de la préfecture de région Normandie ;

**VU** l'avis rendu par la Conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA) sur la première révision partielle du projet régional de santé le 12 décembre 2024 ;

**VU** l'avis rendu par le Conseil d'administration de l'Agence régionale de santé sur la première révision partielle du projet régional de santé le 13 décembre 2024 ;

**VU** l'avis rendu par les deux vice-présidents en charge de la formation « personnes âgées » et de la formation « personnes en situation de handicap » du Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) du Calvados sur la première révision partielle du projet régional de santé le 6 janvier 2025 ;

**VU** l'avis rendu par le « Bureau PA/PH » du Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) de l'Eure sur la première révision partielle du projet régional de santé le 18 décembre 2024 ;

**CONSIDÉRANT** que depuis l'adoption du projet régional de santé le 31 octobre 2023, plusieurs périodes de dépôts réglementaires de dossiers d'autorisations sanitaires ont été ouvertes et ont mis en évidence des besoins d'ajustement du schéma régional de santé ;

**CONSIDÉRANT** que le projet régional de santé de Normandie adopté le 31 octobre 2023, et modifié le 28 décembre 2023, comporte des erreurs matérielles au sein du schéma régional de santé, s'agissant de l'activité de traitement du cancer pour la forme « Traitement médicamenteux systémique du cancer » sur la zone d'implantation de Rouen-Elbeuf, et s'agissant des activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie pour la modalité « cardiopathies congénitales hors rythmologie » sur la zone d'implantation de Rouen-Elbeuf.

 Retrouvez toutes nos mentions légales sur notre site internet <https://www.normandie.ars.sante.fr/mentions-legales-2>

---

ARS Normandie - Siège régional - Espace Claude Monet - 2, place Jean Nouzille - CS 55035 - 14 050 CAEN Cedex

Tél : 02.31.70.96.96 - [www.ars.normandie.sante.fr](http://www.ars.normandie.sante.fr) -    

## ARRÊTE

### Article 1

Le volet « chirurgie » inscrit dans la partie « objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre de soins » du schéma régional de santé est modifié en page 153 pour les modalités de chirurgie pédiatrique et chirurgie bariatrique.

#### S'agissant de la zone d'implantation de la Manche :

La ligne du tableau « modalité pédiatrique » est modifiée

- le chiffre « 2 » inscrit dans la colonne « prévues à échéance du SRS » est remplacé par le chiffre « 4 ».

La ligne du tableau « modalité bariatrique » est modifiée

- le chiffre « 4 » inscrit dans la colonne « prévues à échéance du SRS » est remplacé par le chiffre « 5 ».

#### S'agissant de la zone d'implantation de l'Orne :

La ligne du tableau « modalité bariatrique » est modifiée

- le chiffre « 2 » inscrit dans la colonne « prévues à échéance du SRS » est remplacé par le chiffre « 3 ».

#### S'agissant de la région Normandie :

La ligne du tableau « modalité pédiatrique » est modifiée

- le nombre « 20 » inscrit dans la colonne « prévues à échéance du SRS » est remplacé par le nombre « 22 ».

La ligne du tableau « modalité bariatrique » est modifiée

- le nombre « 21 » inscrit dans la colonne « prévues à échéance du SRS » est remplacé par le nombre « 23 ».

### Article 2

Le volet « traitement de l'insuffisance rénale chronique par voie extrarénale (IRC) » inscrit dans la partie « objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre de soins » du schéma régional de santé est modifié en page 201 pour la modalité d'hémodialyse en unité de dialyse médicalisée.

#### S'agissant de la zone d'implantation de la Manche :

La ligne du tableau « modalité d'hémodialyse en unité de dialyse médicalisée » est modifiée

- le chiffre « 4 » inscrit dans la colonne « prévues à échéance du SRS » est remplacé par le chiffre « 5 ».

 Retrouvez toutes nos mentions légales sur notre site internet <https://www.normandie.ars.sante.fr/mentions-legales-2>

ARS Normandie - Siège régional - Espace Claude Monet - 2, place Jean Nouzille - CS 55035 - 14 050 CAEN Cedex

Tél : 02.31.70.96.96 - [www.ars.normandie.sante.fr](http://www.ars.normandie.sante.fr) -    

#### S'agissant de la région Normandie :

La ligne du tableau « modalité d'hémodialyse en unité de dialyse médicalisée » est modifiée

- le nombre « 23 » inscrit dans la colonne « prévues à échéance du SRS » est remplacé par le nombre « 24 ».

#### **Article 3**

Le volet « imagerie diagnostique » inscrit dans la partie « objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre de soins » du schéma régional de santé est modifié en page 231.

#### S'agissant de la zone d'implantation du Calvados :

La ligne du tableau « imagerie diagnostique » est modifiée

- le nombre « 13 » inscrit dans la colonne « prévues à échéance du SRS » est remplacé par le nombre « 14 ».

#### S'agissant de la zone d'implantation de la Manche :

La ligne du tableau « imagerie diagnostique » est modifiée

- le nombre « 15 » inscrit dans la colonne « prévues à échéance du SRS » est remplacé par le nombre « 16 ».

#### S'agissant de la zone d'implantation de Rouen-Elbeuf :

La ligne du tableau « imagerie diagnostique » est modifiée

- le nombre « 24 » inscrit dans la colonne « prévues à échéance du SRS » est remplacé par le nombre « 25 ».

#### S'agissant de la région Normandie :

La ligne du tableau « modalité d'hémodialyse en unité de dialyse médicalisée » est modifiée

- le nombre « 87 » inscrit dans la colonne « prévues à échéance du SRS » est remplacé par le nombre « 90 ».

#### **Article 4**

Le volet « traitement du cancer » inscrit dans la partie « objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre de soins » du schéma régional de santé est modifié en page 215 afin de permettre le renouvellement d'autorisation des opérateurs actuellement autorisés.

#### S'agissant de la zone d'implantation de Rouen-Elbeuf :

La ligne du tableau « TMSC chez l'adulte hors chimiothérapies intensives (mention A) » est modifiée

- le chiffre « 4 » inscrit dans la colonne « prévues à échéance du SRS » est remplacé par l'intervalle « 5 à 4 ».

 Retrouvez toutes nos mentions légales sur notre site internet <https://www.normandie.ars.sante.fr/mentions-legales-2>

ARS Normandie - Siège régional - Espace Claude Monet - 2, place Jean Nouzille - CS 55035 - 14 050 CAEN Cedex

Tél : 02.31.70.96.96 - [www.ars.normandie.sante.fr](http://www.ars.normandie.sante.fr) -    

La ligne du tableau « TMSO chez l'adulte et chimiothérapies intensives (mention B) » est modifiée

- le chiffre « 2 » inscrit dans la colonne « prévues à échéance du SRS » est remplacé par l'intervalle « 1 à 2 ».

S'agissant de la région Normandie :

La ligne du tableau « TMSO chez l'adulte hors chimiothérapie intensives (mention A) » est modifiée

- le nombre « 21 » inscrit dans la colonne « prévues à échéance du SRS » est remplacé par l'intervalle « 22 à 21 ».

La ligne du tableau « TMSO chez l'adulte et chimiothérapies intensives (mention B) » est modifiée

- le chiffre « 3 » inscrit dans la colonne « prévues à échéance du SRS » est remplacé par l'intervalle « 2 à 3 ».

**Article 5**

Le volet « activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie » inscrit dans la partie « objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre de soins » du schéma régional de santé est modifié en page 184 afin de permettre le renouvellement d'autorisation d'un opérateur actuellement autorisé.

S'agissant de la zone d'implantation de Rouen-Elbeuf :

La ligne du tableau « modalité cardiopathies congénitales hors rythmologie (mention A) » est modifiée

- le chiffre « 0 » inscrit dans la colonne « prévues à échéance du SRS » est remplacé par l'intervalle « 1 ».

La ligne du tableau « modalité cardiopathies congénitales hors rythmologie (mention B) » est modifiée

- le chiffre « 1 » inscrit dans la colonne « prévues à échéance du SRS » est remplacé par le chiffre « 0 ».

S'agissant de la région Normandie :

La ligne du tableau « modalité cardiopathies congénitales hors rythmologie (mention A) » est modifiée

- le chiffre « 1 » inscrit dans la colonne « prévues à échéance du SRS » est remplacé par le chiffre « 2 ».

La ligne du tableau « modalité cardiopathies congénitales hors rythmologie (mention B) » est modifiée

- le chiffre « 2 » inscrit dans la colonne « prévues à échéance du SRS » est remplacé par le chiffre « 1 ».

 Retrouvez toutes nos mentions légales sur notre site internet <https://www.normandie.ars.sante.fr/mentions-legales-2>

---

ARS Normandie - Siège régional - Espace Claude Monet - 2, place Jean Nouzille - CS 55035 - 14 050 CAEN Cedex

Tél : 02.31.70.96.96 - [www.ars.normandie.sante.fr](http://www.ars.normandie.sante.fr) -    

## **Article 6**

La mention « territoires de santé » est substituée à celle de « territoires de démocratie sanitaire »

- dans le cadre d'orientation stratégique, aux pages 25 et 29 ;
- dans le schéma régional de santé aux pages 75, 77, 79 et 100 ;
- dans le programme régional d'accès à la prévention et aux soins, aux pages 262, 263, 264 et 272.

## **Article 7**

Les autres éléments, inscrits dans le projet régional de santé de Normandie publié le 28 décembre 2023 au recueil des actes administratifs de la région, demeurent inchangés.

Le projet régional de santé dans sa version révisée est publié sur le site internet de l'agence régionale de santé de Normandie à l'adresse suivante : <https://www.normandie.ars.sante.fr>.

## **Article 8**

Le présent arrêté est publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Normandie.

## **Article 9**

Dans un délai de deux mois à compter de sa publication, le présent arrêté peut faire l'objet :

- d'un recours gracieux auprès du Directeur général de l'agence régionale de santé de Normandie, espace Claude Monet, 2 place Jean Nouzille, CS 55035 14050 Caen Cedex 4 ;
- d'un recours hiérarchique auprès de la Ministre de la Santé et de la Prévention, direction générale de l'offre de soins, 14 avenue Duquesne 75350 Paris SP 07 ;
- d'un recours contentieux devant le tribunal administratif, 3 rue Arthur Leduc BP 25086 - 14050 Caen Cedex 4. La saisine du tribunal administratif peut se faire via Télérecours citoyens [www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr)

Ces recours ne suspendent pas l'application de la présente décision.

## **Article 10**

Le Directeur général adjoint de l'Agence régionale de santé de Normandie est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Caen, le 10 janvier 2025

Le Directeur général,



François MENGIN LECREULX

Retrouvez toutes nos mentions légales sur notre site internet <https://www.normandie.ars.sante.fr/mentions-legales-2>

ARS Normandie - Siège régional - Espace Claude Monet - 2, place Jean Nouzille - CS 55035 - 14 050 CAEN Cedex

Tél : 02.31.70.96.96 - [www.ars.normandie.sante.fr](http://www.ars.normandie.sante.fr) -    



Projet régional  
de **santé**  
Normandie  
2023-2028

*Révision janvier 2025*



# SOMMAIRE

<b>Édito du Directeur général</b> .....	<b>5</b>
<b>Cadre d'orientation stratégique</b> .....	<b>7</b>
Le COS en synthèse.....	13
Trois principes d'action.....	21
Sept enjeux régionaux de santé.....	27
Annexes.....	45
<b>Schéma régional de santé</b> .....	<b>49</b>
Axe 1 : En réponse aux attentes immédiates des Normands, construire un maillage lisible et gradué de l'offre de dépistage, de soins et d'accompagnement, faisant toute sa part à la proximité.....	55
Axe 2 : Pour agir dans la durée sur les fondamentaux de la santé des Normands, engager la population, les usagers et les professionnels, dans le virage de la prévention et du bon usage du système de santé.....	95
Axe 3 : Pour relever ces défis et gérer les grandes transitions, mieux appuyer les acteurs de santé normands dans leurs efforts d'attractivité et d'adaptation de leur réponse.....	119
Objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre de soins.....	143
La permanence des soins en établissements de santé.....	235
Programme relatif à la prévention des violences sexuelles et à l'accès aux soins des victimes de ces violences.....	249
<b>Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies</b> .....	<b>255</b>
<b>Glossaire</b> .....	<b>279</b>



4

Projet régional de santé 2023-2028



**Thomas DEROCHE**, Directeur général de l'ARS Normandie

**Les défis qui attendent la Normandie en matière de santé dans les cinq ans qui viennent sont majeurs**, tant en termes de démographie médicale, de vieillissement de la population que de transition écologique. En matière d'accès aux soins, aux accompagnements et à la prévention, notre région peut toutefois s'appuyer sur **une culture du partenariat très ancrée, qui est un atout déterminant** pour maîtriser les impacts des grandes transformations à l'œuvre.

Ainsi, la Normandie se classe **parmi les régions les plus avancées en matière de développement des maisons et pôles de santé**, grâce à la charte partenariale d'accès aux soins qui nous fédère tous – Etat, collectivités, professionnels, usagers – dans le soutien à l'exercice coordonné des médecins et de toutes les professions de santé. Et le résultat de ce soutien est tangible pour la population, puisque

**le travail en équipe permet aux médecins généralistes de Normandie de compenser la faible densité médicale régionale en traitant chacun en moyenne un nombre de patients très élevé** – nous sommes dans le premier tiers des populations les mieux couvertes en médecin traitant. Autre illustration de cette dynamique partenariale, **il n'y a qu'en Normandie que l'effort d'investissement dans les hôpitaux et les EHPAD (Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) impulsé par le Ségur de la santé a donné lieu à un tel niveau de cofinancement de la Région, des départements et de certaines intercommunalités** pour accompagner des projets d'envergure pour nos établissements de santé et médico-sociaux. En matière de virage préventif, la Normandie s'illustre également par **la grande adhésion de sa population aux campagnes de dépistage et de vaccination**, atteignant des taux records face à la récente pandémie de Covid-19 mais aussi pour la vaccination contre les infections à papillomavirus humain (HPV) chez les collégiens, débutée depuis 2019 en région.

Ces réussites, très précieuses dans le contexte difficile que nous connaissons, ne doivent rien au hasard. Elles sont **le fruit d'une culture du partenariat et de la confiance** que nous avons construite ensemble, et qui est désormais **notre principal atout pour aborder les grands enjeux d'aujourd'hui et de demain pour la santé des Normands**.

Le Projet régional de santé 2023-2028 dont vous vous apprêtez à prendre connaissance se veut donc **l'expression de cette force du collectif** qui caractérise la santé en Normandie. **La construction très participative de ce document fondateur**, avec l'implication forte des conseils territoriaux de santé s'inscrit dans la dynamique du Conseil national de la Refondation Santé en région, qui se poursuivra dans chaque territoire avec les citoyens, professionnels et élus.

**Face au défi du vieillissement** de la population, il faudra se mobiliser collectivement pour que le maintien à domicile dans le grand âge devienne la norme, avec des soins et des accompagnements de haute qualité au plus près de chez soi. **Face au défi de la rareté du temps médical et des autres professions de santé**, c'est aussi la force du collectif qui nous permettra de mieux mailler l'offre dans les bassins de vie, avec un investissement de tous les acteurs dans la formation et l'attractivité des métiers, avec de l'exercice coordonné majoritaire, avec des équipes hospitalières de territoire systématiques dans les activités soumises à la permanence des soins, avec un investissement collectif dans le diagnostic et la médecine en proximité, avec aussi le rapprochement du public et du privé chaque fois qu'il en va de l'intérêt général d'un territoire. **Face au défi de l'inclusion des personnes touchées par le handicap**, seule la mobilisation totale et simultanée de tous les acteurs en faveur du continuum des étapes de la vie (école, habitat, travail) permettra d'apporter toutes les réponses légitimement attendues. **Face, enfin, au défi du virage de la prévention** pour lutter à la racine contre les grandes pathologies (maladies cardiovasculaires, obésité, cancers, risque suicidaire) et facteurs de risques (conduites addictives) qui affectent plus particulièrement les femmes et les hommes de notre région, le succès reposera sur l'élan collectif de tous ceux qui, du professionnel de santé à la collectivité territoriale, ont un rôle à jouer.

Pour les cinq ans à venir et au-delà, **la Normandie pourra compter sur cette mobilisation partenariale de tous ceux qui s'engagent pour la santé**, avec la lucidité et l'efficacité de l'expérience acquise tous ensemble.



# Le Cadre d'orientation stratégique (COS)



Projet régional  
de **santé**  
Normandie  

---

2023-2028



# SOMMAIRE

<b>Le COS en synthèse</b> .....	<b>13</b>
<b>Trois principes d'action</b> .....	<b>21</b>
Principe 1 : Réduire les inégalités sociales de santé.....	21
Principe 2 : Adapter notre action aux spécificités des territoires .....	24
Principe 3 : Piloter le service rendu par le résultat.....	26
<b>Sept enjeux régionaux de santé</b> .....	<b>27</b>
Enjeu 1 : Le vieillissement de la population : un enjeu d'accompagnement particulièrement fort en Normandie.....	27
Enjeu 2 : L'amélioration de l'état de santé des enfants et des jeunes : un pari pour l'avenir.....	29
Enjeu 3 : L'inclusion des personnes en situation de handicap et la garantie d'accompagnements adaptés aux besoins .....	31
Enjeu 4 : Prendre soin des professionnels de santé.....	33
Enjeu 5 : Les problèmes de santé publique prioritaires - prévention et prise en charge.....	35
Enjeu 6 : Le défi de la transition écologique.....	37
Enjeu 7 : Une offre de santé et d'accompagnement résiliente et préparée aux enjeux de demain .....	41
<b>Annexes</b> .....	<b>45</b>



10

Projet régional de santé 2023-2028

---

# PRÉAMBULE

---

**Outil au service de l'ensemble des acteurs de santé normands**, le Projet régional de santé (PRS) définit les objectifs pluriannuels de la politique de santé pilotée par l'Agence régionale de santé dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre. Il s'inscrit dans les orientations de la stratégie nationale de santé et dans le respect des Lois de financement de la sécurité sociale (LFSS).

Au terme de cinq années de mise en œuvre marquées tout particulièrement par la pandémie de Covid-19, le précédent PRS 2018-2023 a fait l'objet d'une **évaluation menée sous l'égide des instances de démocratie en santé, CRSA** (Conférence régionale de la santé et de l'autonomie) **et CTS** (Conseils territoriaux de santé). Cette évaluation a mis en avant la démarche de co-construction du Projet régional de santé 2018-2023 ainsi que la définition de priorités adaptées aux besoins des territoires. Parallèlement les partenaires ont souhaité que le prochain Projet régional de santé soit plus **concis, plus lisible, qu'il traduise une approche transversale et constitue le cadre de l'action stratégique régionale**.

Ainsi des **feuilles de route opérationnelles**, thématiques et territoriales viendront compléter ce Projet régional de santé pour en décliner les modalités opérationnelles.

L'évaluation du projet précédent souligne par ailleurs **la réalisation de transformations et d'avancées structurantes** pour le système de santé normand. Il reste néanmoins du **chemin à parcourir collectivement** pour relever ces défis.

## **Une forte mobilisation des acteurs de santé pour élaborer ce projet collectif**

Le Projet régional de santé est le fruit d'une **large concertation des parties prenantes** : élus, établissements sanitaires et médico-sociaux, professionnels du soin, de la prévention et de l'accompagnement, usagers et instances de démocratie en santé. À travers la démarche et les ateliers du Conseil national de la Refondation (CNR) territorial (deux sessions de 17 ateliers en novembre 2022 et juin 2023), plus de 2 000 personnes ont participé à ces travaux, en pleine association avec la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) et les Conseils territoriaux de santé (CTS).

Le processus d'élaboration du Projet régional de santé illustre la **démarche d'action territorialisée, méthode centrale de sa mise en œuvre**.

Trois parties composent le Projet régional de santé :

- **le Cadre d'orientation stratégique (COS)** traite des grandes spécificités régionales et détermine « les objectifs généraux et les résultats attendus à dix ans pour améliorer l'état de santé de la population, et pour lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé, en particulier celles relatives à l'accès à la prévention, aux soins et à l'accompagnement médico-social ». Le Cadre d'orientation stratégique a fait l'objet d'une révision pour réaffirmer nos principes d'actions ainsi que les sept enjeux régionaux de santé. Il intègre par ailleurs les orientations de la nouvelle stratégie nationale de santé ;
- **le Schéma régional de santé (SRS)** détermine les objectifs opérationnels et les prévisions d'évolution en termes d'organisation de l'offre en santé (autorisations, implantations, créations, transformations...) pour les cinq années à venir ;
- **le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS)** est un programme spécifique à destination des personnes les plus vulnérables. Déclinaison du Schéma régional de santé, il vise à faciliter l'accès au système de santé dans sa globalité et à améliorer les parcours de santé des personnes vulnérables. Il est établi pour une durée de 5 ans.

Après 5 années marquées par une crise pandémique, les problématiques soulignées dans le précédent Cadre d'orientation stratégique (COS) se sont amplifiées et les priorités d'actions nécessitent ici d'être réaffirmées et enrichies.

Dans ce Cadre d'orientation stratégique révisé, il s'agira de **répondre collectivement aux enjeux normands** en termes :

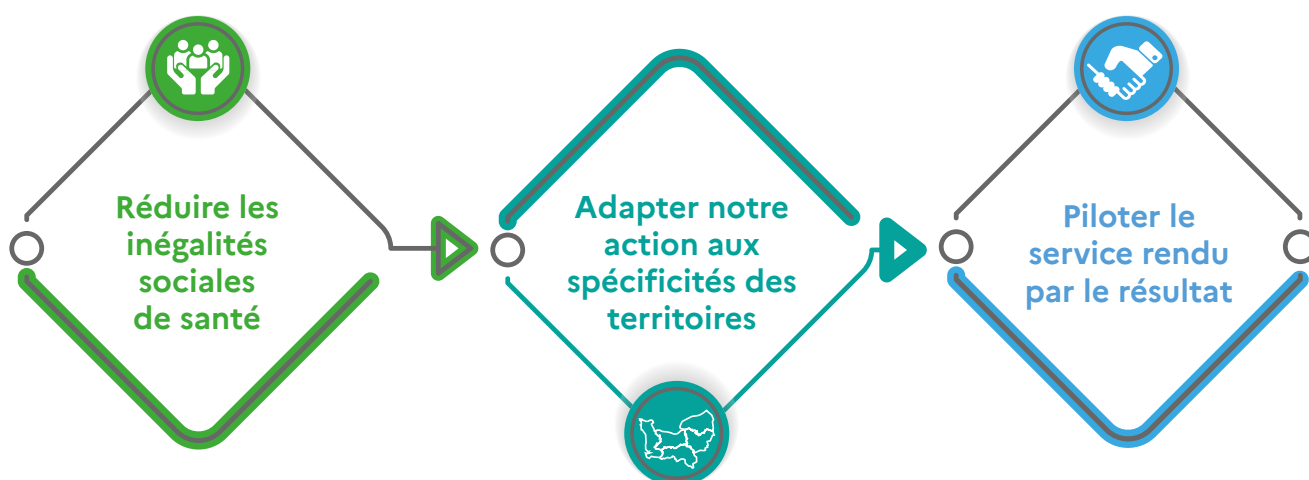
- **de population** : accélération du vieillissement, risques pesant sur la santé des enfants et des jeunes, réponse aux besoins des personnes en situation de handicap, démographie fragilisée des professions de santé et aspiration à une meilleure qualité de vie au travail ;
- **de santé publique** : prévalence forte de certaines pathologies (santé mentale dont crise suicidaire, addictions, maladies cardiovasculaires, obésité, cancers), risques liés à l'environnement ;
- **d'organisation** : pilotage de la transition écologique des acteurs de santé, situation difficile des établissements et services normands, nécessité d'une meilleure coopération et complémentarité entre les acteurs.

Sans jamais perdre de vue les principes qui guident notre action :

- **réduire les inégalités sociales de santé** en agissant sur l'ensemble des déterminants de santé, en assumant la différenciation au bénéfice des populations et des territoires les plus défavorisés ;
- **adapter notre action aux spécificités des territoires**, en vue de réduire les **inégalités territoriales** et en mobilisant l'ensemble des acteurs locaux : les élus, les professionnels, les usagers, les citoyens ;
- **piloter la politique régionale de santé en mesurant le service rendu concrètement à l'utilisateur**, en se donnant les moyens de suivre l'impact de la politique régionale de santé.

# LE COS EN SYNTHÈSE

TROIS PRINCIPES D'ACTION IRRIGUENT L'ENSEMBLE  
DU PROJET RÉGIONAL DE SANTE (PRS)





## Principe 1 Réduire les inégalités sociales de santé

Les Inégalités sociales de santé (ISS) recouvrent les différences d'état de santé entre individus. Générées par une multitude de facteurs (individuels, sociaux, environnementaux), elles concernent toute la population et ont tendance à s'accroître au cours de la vie.

**Notre stratégie :** prioriser et intensifier l'action là où elle est nécessaire, c'est-à-dire l'adapter aux situations de vulnérabilité des personnes.



### Les résultats attendus

- + d'« aller vers » ;
- + de priorité aux actions en faveur de la santé des habitants en Quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) ;
- de renoncements faute de dispositifs adaptés.



## Principe 2 Adapter notre action aux spécificités des territoires

Notre région est marquée par des disparités territoriales fortes.

Construire une réponse efficace aux besoins de santé des normands nécessite d'adapter notre action aux spécificités des territoires, en misant sur la mobilisation de l'ensemble des acteurs locaux dans la dynamique engagée par le Conseil national de la Refondation (CNR) Santé.

**L'enjeu :** encourager la coordination des acteurs pour relever le défi de l'accès à la santé pour tous.



### Les résultats attendus

- + de contractualisation locale sous l'égide des Conseils territoriaux de santé (CTS) (projets CNR Santé) ;
- + d'animation territoriale ;
- + d'expression des usagers, professionnels et élus ;
- d'uniformité des solutions.



## Principe 3 Piloter le service rendu par le résultat

Il s'agit de mesurer l'efficacité de la stratégie régionale de santé à travers quelques indicateurs concrets, mesurés et mesurables relatifs au service rendu à la population, aux opérateurs et aux collectivités.

Ces indicateurs sont définis en fonction des déterminants individuels ou comportementaux qui ont le plus d'impact en termes de morbidité et de mortalité en Normandie.



### Les résultats attendus

- + de communication et de transparence vis-à-vis des citoyens ;
- d'indicateurs mais recentrés sur le pilotage.

## SEPT ENJEUX DE SANTÉ NORMANDS



## AGIR AUPRÈS DES POPULATIONS



### Enjeu 1

#### Le vieillissement de la population : un enjeu d'accompagnement particulièrement fort en Normandie

En Normandie, l'**indice de vieillissement est nettement supérieur** (88,5) à celui observé en France métropolitaine (83,8).

Les projections démographiques indiquent une accélération du vieillissement, avec des disparités territoriales.

La Normandie est ainsi appelée à vivre une transition démographique majeure nécessitant une nouvelle réponse qualitative et quantitative de notre système de santé.

L'augmentation du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus serait de **47 % à l'horizon 2035**.

#### Les résultats attendus

- + de facilité d'accès aux professionnels sur l'ensemble du territoire afin de favoriser le maintien à domicile ;
- + de repérage et de diagnostic précoce de la perte d'autonomie en s'appuyant sur l'engagement de l'ensemble de la société ;
- + de diversification de l'offre de soins et de l'accompagnement ;
- + d'alternatives à l'hospitalisation ;
- de perte d'autonomie à la suite d'une hospitalisation.



### Enjeu 2

#### L'amélioration de l'état de santé des enfants et des jeunes : un pari pour l'avenir

Notre responsabilité pour l'avenir est **d'agir de manière précoce** pour un meilleur état de santé de la population, parce que les inégalités se construisent dès l'enfance, et même pendant la grossesse. L'objectif consiste à mettre en œuvre **une politique systémique de prévention** en agissant au plus tôt sur les principaux déterminants de la santé.

La jeunesse normande est caractérisée par des indicateurs de santé et socio-économiques dégradés.

La **santé mentale** des jeunes normands est particulièrement préoccupante.

Un taux élevé de tentative de suicide dans la région : 249 cas / 100 000 habitants.

La Normandie est la troisième région française concernant l'**usage quotidien de tabac** chez les jeunes de 17 ans et se situe au deuxième rang des régions françaises quant à la prévalence de l'usage régulier d'**alcool** (enquête ESCAPAD 2017).

#### Les résultats attendus

- + d'actions de prévention et de promotion de la santé en faveur des principaux déterminants de santé chez les jeunes ;
- + d'actions de prévention en faveur de la santé mentale chez les enfants et les jeunes ;
- + de repérage précoce des maladies et troubles ;
- + de prévention pour lutter contre les conduites addictives chez les jeunes ;
- + de renforcement des Compétences psychosociales (CPS) chez les enfants et les jeunes ;
- de consommation de tabac, d'alcool et de drogue chez les jeunes ;
- de mauvaise alimentation chez les jeunes.



### Enjeu 3

## L'inclusion des personnes en situation de handicap et la garantie d'accompagnements adaptés aux besoins

Les personnes en situation de handicap sont confrontées à de nombreuses difficultés d'accès à l'éducation, la formation, l'emploi, la santé, le logement... Autant de droits fondamentaux qui nécessitent **la complémentarité et la coordination des institutions en charge des politiques publiques ayant un impact sur le handicap** (santé et médico-social, mais aussi écoles, politiques sociales et d'accompagnement, transports, aménagement du territoire).

Globalement, il s'agit de garantir des **solutions réellement inclusives** et de **faire évoluer l'offre d'accompagnement** en réponse aux besoins et attentes des personnes en situation de handicap et de leurs familles.

**L'école inclusive** repose ainsi sur le principe que tout enfant est en capacité d'apprendre en milieu ordinaire, et que **l'environnement scolaire doit s'adapter à ses besoins éducatifs spécifiques**.

La scolarisation des élèves en situation de handicap en Normandie a beau avoir augmenté significativement de 40,6 % entre 2017 et 2022, les besoins restant à couvrir demeurent très importants.

L'offre d'accompagnement scolaire doit continuer à être développée en encourageant **l'agilité des réponses et leur adaptation aux besoins de chacun**.

#### Les résultats attendus

- + d'inclusion réelle dans la société ;
- + d'adaptation aux besoins de chacun ;
- + de coordination avec les institutions en charge des politiques publiques ;
- + d'accompagnements innovants (dispositifs « hors les murs »...);
- de personnes sans solution d'accompagnement.



### Enjeu 4

## Prendre soin des professionnels de santé

La Normandie est particulièrement touchée par une **démographie défavorable des professionnels de santé** :

- la densité en médecins généralistes est la 2<sup>e</sup> plus faible de France métropolitaine, et 56 % des Normands vivent dans un territoire ciblé prioritaire pour l'installation des médecins généralistes ;
- 27 % de médecins généralistes ont plus de 60 ans ;
- la densité des chirurgiens-dentistes est de 42 pour 100 000 habitants en Normandie contre 63 pour la densité moyenne nationale : les départements de la Manche, de l'Orne et de l'Eure ont une densité en chirurgiens-dentistes inférieure à 40 (*sources : RPPS 2021, INSEE – traitement Observatoire national de la démographie des professions de santé*) ;
- 19 % des étudiants en Institut de formation en soins infirmiers (IFSI) - promotion entrée en 2018 - ont stoppé leur cursus de formation en cours de route, faisant de la Normandie la région la plus concernée de France par cet abandon des études d'infirmier.

Portées par tous les acteurs (institutions, collectivités territoriales, ordres, syndicats, fédérations...), il est primordial de **poursuivre les actions en faveur de l'attractivité des métiers, de la fidélisation des professionnels et de la qualité de vie et des conditions de travail** dans les établissements de santé et médico-sociaux.

#### Les résultats attendus

- + de professionnels de santé ;
- + de places et de formations dans les territoires ;
- + de parcours professionnels attractifs ;
- + de visibilité de l'offre de formation ;
- + de communication pour renforcer l'image des métiers du sanitaire, médico-social et social, et sur les débouchés auprès des futurs étudiants ;
- de souffrance au travail ;
- d'abandon pendant les études.



## Enjeu 5

### Les problèmes de santé publique prioritaires - prévention et prise en charge

La Normandie compte parmi les régions les plus impactées par le suicide et représente également la troisième région la plus touchée par l'obésité. Malgré de bons taux de participation au dépistage organisé des cancers, on observe une surreprésentation des cancers de mauvais pronostic, due notamment à un engorgement de la chaîne de diagnostic (imagerie, explorations) et de soins.

De plus, on observe une **surmortalité prématurée** liée à la **consommation de tabac et d'alcool**.

- Surmortalité liée aux cancers (+ 6 %), aux maladies cardio-vasculaires (+ 8 %, dont insuffisances cardiaques (+ 10 %) et cardiopathies ischémiques (+ 20 %)), aux troubles mentaux (+ 8 %) et aux suicides (+ 30 %) ;
- prévalence du surpoids et de l'obésité plus fréquente en région, avec pour ces deux pathologies, un risque accru de morbidité et de mortalité.

La priorité est donc d'agir sur les déterminants de santé par le déploiement de **stratégies de prévention, de repérage et de dépistage** dans tous les milieux de vie et de travailler en faveur d'une meilleure coordination des acteurs pour un diagnostic précoce et un parcours de soins sans rupture, en lien avec les objectifs du Plan régional santé au travail (PRST) notamment.

#### Les résultats attendus

- + d'activité physique adaptée ;
- + de dépistages organisés des cancers du sein, colorectal, et du col de l'utérus ;
- + d'intégration des patients dans les dispositifs d'Éducation thérapeutique du patient (ETP) ;
- d'hospitalisations faute de coordination du parcours de soins du patient ;
- de maladies cardiovasculaires et de cancers ;
- de suicides.



## Enjeu 6

### Le défi de la transition écologique

L'environnement est un déterminant majeur de la santé humaine, à travers la qualité des milieux (air, eau...), les nuisances véhiculées (bruit, insalubrité...) et le changement climatique.

- En 2022, 30,4 % de la population normande a été alimentée par une eau non conforme aux limites de qualité pour les pesticides et métabolites dans le cadre du contrôle sanitaire ;
- en France métropolitaine, 40 000 décès sont attribuables chaque année aux **particules fines (PM<sub>2,5</sub>)**, soit près de 8 mois d'espérance de vie perdus pour les personnes âgées de 30 ans et plus (selon une étude de Santé publique France portant sur la période 2016-2019).

La transition écologique constitue un défi important : la Normandie présente un excès de mortalité de + 18 % lié à la canicule 2022, soit 108 décès en plus (principalement au cours du 2<sup>e</sup> épisode et concernant une majorité de personnes âgées de 75 ans et plus).

Nous nous **mobilisons aux côtés de nos partenaires pour déployer un programme d'actions en matière de prévention et de gestion des risques** liés à l'environnement à travers le plan régional Santé environnement, dont un des axes structurants est la déclinaison des actions dans les territoires, au plus près des habitants et leurs lieux de vie.

#### Les résultats attendus

- + d'accompagnement des établissements dans la réduction de leur empreinte carbone et de leur consommation d'eau ;
- + de prévention et de gestion des risques notamment industriels ;
- d'exposition de la population aux substances chimiques présentes dans l'environnement intérieur ;
- de pesticides dans l'eau ;
- d'impact sanitaire lors des vagues de chaleur.

## Enjeu 7

### Une offre de santé et d'accompagnement résiliente et préparée aux enjeux de demain

Le défi est celui de **réussir la transformation de fond du système de santé normand** tout en intégrant la résilience nécessaire à la gestion des tensions sur le système de santé (période estivale, épidémies hivernales) et des situations sanitaires exceptionnelles.

Au-delà de cet enjeu de résilience, le contexte de vieillissement de la population normande, la situation dégradée de la démographie des professionnels du soin et de l'accompagnement, mais également les difficultés financières de nos établissements de santé et services constituent des spécificités normandes, qui justifient la focalisation de la politique régionale de santé en faveur d'une transformation de fond.

La **réforme des autorisations d'activités de soins** vient encadrer et fonder l'adaptation de l'offre de soins et d'accompagnement de Normandie, au bénéfice premier des usagers.

#### Les résultats attendus

- + d'innovation technique et organisationnelle pour accompagner la transformation du système de santé au service de la population ;
- + de coopération et d'organisation des acteurs ;
- + de qualité et de sécurité des soins ;
- + de e-santé au service des professionnels et des usagers ;
- + d'accompagnement des établissements pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles ;
- + de résilience du système face aux crises ;
- d'établissements en difficulté (ressources humaines, finances, qualité).



# TROIS PRINCIPES D'ACTION



## PRINCIPE D'ACTION N°1 : RÉDUIRE LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

Si l'état de santé moyen des individus est globalement satisfaisant dans notre pays, l'**espérance de vie à la naissance est en Normandie la plus basse de France métropolitaine**. La mortalité prématurée (avant 65 ans) est également supérieure à la moyenne nationale de + 6 % (+ 9 % chez les hommes et + 3 % chez les femmes) ; cette situation s'explique principalement par une consommation excessive d'alcool et de tabac, ainsi que la prévalence des cancers (+ 6 %), des maladies cardiovasculaires (+ 8 %) et du suicide (+ 30 %).

La Normandie est en outre marquée par des **disparités territoriales fortes et des situations très contrastées** au sein des grandes agglomérations et entre intercommunalités en termes de mortalité, accentuées par la pandémie de Covid-19.

L'état de santé de la population est conditionné par **les déterminants de la santé**.

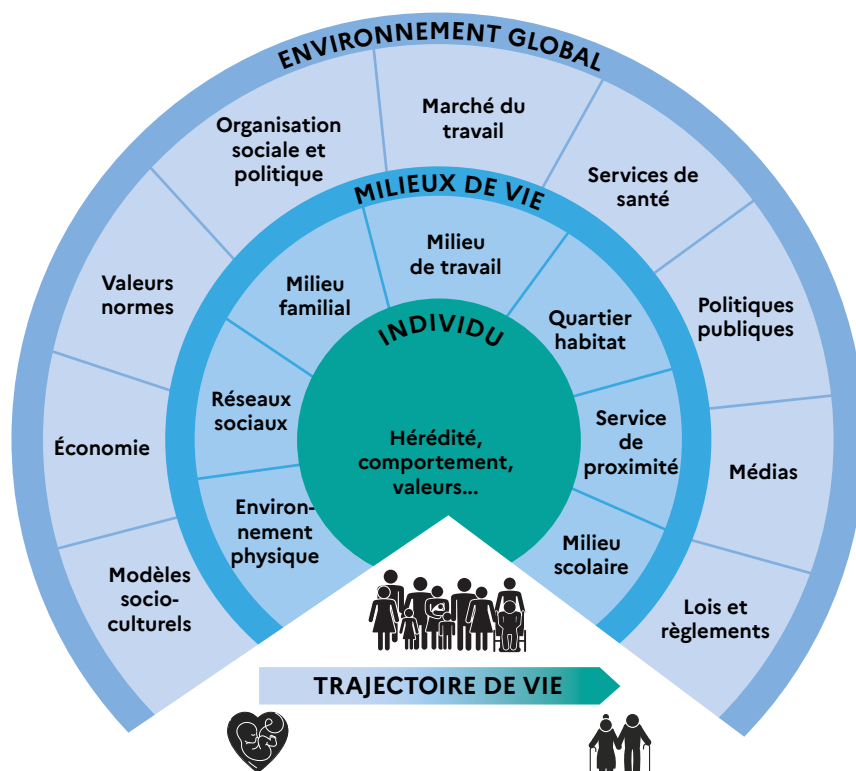


Illustration réalisée sur la base d'une représentation graphique développée par Dahlgren et Whitehead (1991), adapté par Luc Berghmans de l'Observatoire de la santé du Hainaut (2009)

Les déterminants de santé désignent l'ensemble des facteurs individuels, collectifs, socio-économiques et environnementaux qui influencent l'état de santé des individus ou des populations.

Le Cadre d'orientation stratégique (COS)

21



Parmi les déterminants de la santé, **les déterminants sociaux de la santé** désignent « les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie » (Organisation mondiale de la santé).

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

**Ils agissent à différents moments du développement d'une personne, soit en affectant la santé immédiatement, soit en mettant en place les fondements pour la santé ou la maladie plus tard dans la vie.**

Ils génèrent les **inégalités sociales de santé**.

Les inégalités sociales de santé se répartissent dans la population générale selon un gradient social. Une catégorie sociale a une espérance de vie et une espérance de vie en bonne santé moins bonne que la catégorie sociale qui lui est immédiatement supérieure (plus on est dans une situation socio-économique défavorable moins on est en bonne santé). Ces différences de santé ne concernent pas seulement les personnes en situation de précarité, elles n'opposent pas non plus les personnes pauvres aux personnes riches, les inégalités sociales se retrouvent à tous les niveaux de la hiérarchie sociale.

Les inégalités sociales de santé se développent, et dans la plupart des cas s'accroissent, tout au long du parcours de vie des individus. Elles résultent de l'interaction entre les différents aspects de la vie, qui sont autant de déterminants sociaux de la santé :

- pauvreté et insécurité économique, particulièrement durant l'enfance ;
- déficit d'éducation ;
- trajectoires d'emploi précaires ;
- exposition à un environnement physique néfaste pour la santé.

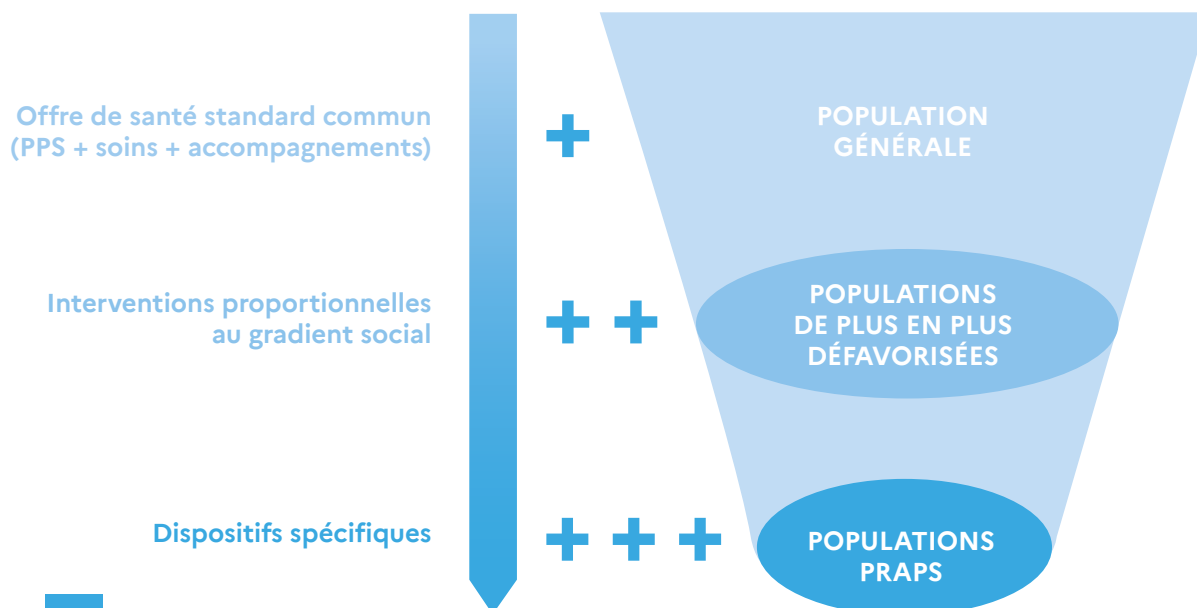
Afin de limiter les inégalités de santé et leurs conséquences en Normandie, **l'Agence régionale de santé (ARS) et ses partenaires développent deux approches complémentaires :**

1. Réduction des inégalités sociales de santé (approche globale) ;
2. accès aux soins des publics les plus précaires (approche « PRAPS » « Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies » cf encadré page suivante).



**En France, parmi les 5 % les plus aisés, l'espérance de vie à la naissance des hommes est de 84,4 ans contre 71,7 ans parmi les 5 % les plus pauvres, soit 13 ans d'écart. Cet écart est de 8 ans chez les femmes. (Insee, février 2018)**

**En 2022, le taux de non recours aux soins sur les territoires les plus défavorisés est de 16,4 % (3 points de plus que pour les territoires les plus favorisés). L'écart entre ces deux classes ne s'est pas réduit.**



Pour réduire ces inégalités sociales de santé, l'Agence régionale de santé (ARS) agit sur l'**ensemble des déterminants sociaux de la santé** et met en œuvre une réponse de santé **proportionnée aux vulnérabilités**. Les actions sont déployées selon le **principe de l'équité des usagers devant la santé**, c'est-à-dire de manière **ajustée en fonction des besoins**.

L'**articulation de l'action de l'Agence régionale de santé (ARS) avec celle des autres partenaires institutionnels** se veut au service d'une approche globale de la santé qui prend en compte les spécificités territoriales. Le contrat local de santé constitue ainsi l'outil privilégié au service de cette coopération territoriale.



### Focus sur ...

## Le PRAPS, un programme spécifique aux personnes en situation de précarité

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

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

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

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

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

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

*\*L'empowerment vise à renforcer le pouvoir d'agir d'une personne ou d'un groupe permettant ainsi de mieux participer aux décisions qui influent sur sa santé.*



## PRINCIPE D'ACTION N°2 : ADAPTER NOTRE ACTION AUX SPÉCIFICITÉS DES TERRITOIRES POUR RÉPONDRE AUX BESOINS DE SANTÉ DE LA POPULATION NORMANDE

Nous l'avons vu, la Normandie est caractérisée par des disparités territoriales marquées. Les réalités et contraintes qui en résultent nécessitent des **réponses adaptées et efficaces**.

La territorialisation constitue un **axe fort de notre Projet régional de santé (PRS)**. Elle induit d'adapter la stratégie régionale de santé aux territoires qui en deviennent le principal référentiel et permet d'identifier plus précisément les problématiques des acteurs locaux et des usagers pour mieux y répondre dans la continuité de la démarche engagée au travers du Conseil national de la Refondation (CNR) Santé.

Notre action doit être menée **à partir des territoires**, en nous appuyant sur les **ressources et les initiatives locales**. Il s'agit, en se basant sur le dialogue et la mobilisation des parties prenantes, de construire, ensemble et au plus près du terrain, les solutions qui nous permettront de faire face aux défis de l'avenir.

Cette démarche d'action territorialisée a été confortée par le Conseil national de la Refondation (CNR) Santé lancé le 3 octobre 2022 par le ministre de la Santé et de la Prévention. L'objectif est de donner la parole aux élus, citoyens, usagers, professionnels hospitaliers et libéraux, associations... et de se concerter autour d'un diagnostic partagé des besoins du territoire. Il s'agit ainsi de répondre à l'ensemble de ces acteurs en identifiant des solutions concrètes et innovantes.

La première phase a permis, au mois de novembre 2022, de mobiliser 1 200 participants normands autour de 4 enjeux prioritaires :

- faciliter l'accès aux soins ;
- organiser la permanence des soins ;
- accélérer les démarches de prévention ;
- mobiliser les leviers locaux de l'attractivité.

La deuxième phase organisée au mois de juin 2023 a permis de faire un point étape de l'avancement des travaux et poursuivre la co-construction avec les acteurs en réunissant plus de 800 personnes.



### Focus sur ...

#### L'attention portée aux Quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) et aux Zones de revitalisation rurale (ZRR)

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

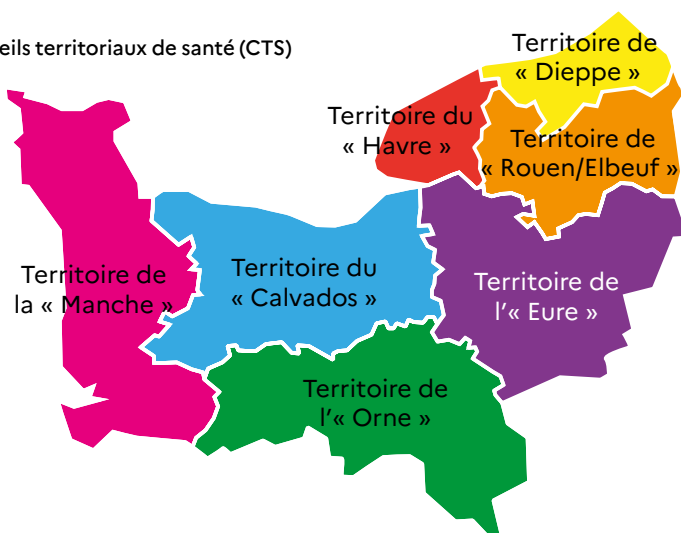
À ce titre, les quartiers « politiques de la ville » et les Zones de revitalisation rurale (ZRR) feront l'objet d'une attention particulière dans le cadre de la déclinaison territoriale du PRS.

Il est indispensable de penser et d'organiser une stratégie d'attractivité des territoires pour les professionnels de santé.

Celle-ci doit être définie sur la base de l'existant et des spécificités de chaque territoire.

L'organisation interne de l'Agence régionale de santé (ARS) s'inscrit dans cette dynamique en faisant des cinq délégations départementales, des entités de proximité mobilisées pour déployer les actions et favoriser **l'implication des acteurs de santé** dans les problématiques liées à leurs territoires.

#### 7 Conseils territoriaux de santé (CTS)



**Sept territoires de santé** ont été définis (en pratique un territoire de santé correspond à un département, à l'exception de la Seine-Maritime qui est découpée en trois territoires). Ils mettent en cohérence les projets de l'Agence et des partenaires en prenant en compte l'expression des usagers.

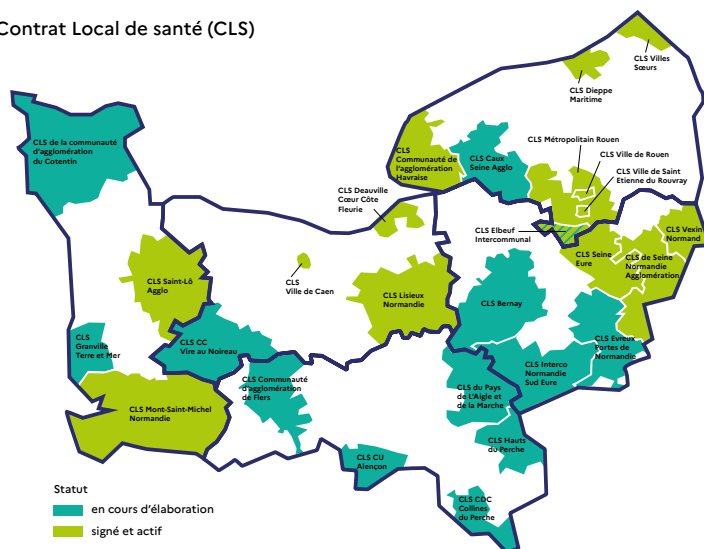
Installés dans chaque territoire de santé, les **Conseils territoriaux de santé (CTS)** seront mobilisés sur la déclinaison opérationnelle du Projet régional de santé (PRS) en feuilles de route départementales / territoriales.

Dans cet objectif, les Contrats locaux de santé (CLS) seront généralisés avec les collectivités territoriales. Ils viendront mettre en œuvre les actions au plus près des populations.

La territorialisation doit être l'occasion de **renforcer la démocratie en santé**. Il s'agit de développer les démarches participatives comme le **débat public**, pour associer au mieux l'ensemble des acteurs de santé dans la prise de décisions. Une attention particulière sera portée à la cohérence entre démocratie sanitaire régionale (Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA)) et territoriale (Conseils territoriaux de santé (CTS)).

Il s'agit aujourd'hui de **renforcer les synergies territoriales et de poursuivre le déploiement des projets** en encourageant et en accompagnant encore davantage le **développement de l'exercice coordonné** des acteurs pour éviter les ruptures dans les parcours de santé. Compte-tenu de la diversité des intervenants, la tâche est particulièrement difficile.

#### Contrat Local de santé (CLS)










## PRINCIPE D'ACTION N°3 : PILOTER LE SERVICE RENDU PAR LE RÉSULTAT

Piloter la stratégie régionale de santé par le résultat, c'est en **mesurer l'efficacité sur les déterminants individuels ou comportementaux de la santé**, en particulier ceux ayant le plus d'impact sur la mortalité en Normandie. Des indicateurs de résultat sont définis à cette fin. Ils sont concrets, mesurés et mesurables sur la durée et accessibles à la population, aux opérateurs et aux collectivités.

### Indicateurs d'impact en santé :

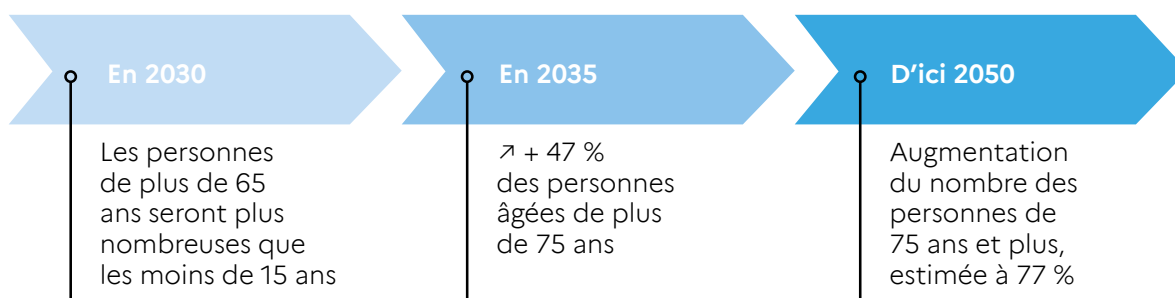
INDICATEURS	CIBLES 2028
 <b>Tabagisme</b>	Passer de 33 % de jeunes âgés de 17 ans fumeurs quotidiens à 20 % (cible du programme national de réduction du tabagisme - PNRT)
 <b>Usage d'alcool</b>	Passer de 12 % d'usage régulier d'alcool des jeunes de 17 ans à 7 % (prévalence la plus basse en région en 2014)
 <b>Obésité</b>	Passer de 4,5 % (dans l'Eure et la Seine-Maritime) et 3,1 % (dans le Calvados, la Manche et l'Orne) à une valeur cible régionale de 3,1 % chez les enfants âgés de 5 ans (prévalence la plus basse en région en 2014)
 <b>Participation aux dépistages organisés des cancers</b>	Atteindre au moins 45 % pour le cancer colorectal et 70 % pour le cancer du sein (cibles du plan cancer 3)
 <b>Suicide</b>	Réduire le taux de mortalité par suicide en Normandie pour le rapprocher de la moyenne française (23,7/100 000 pour les hommes et 6,6/100 000 pour les femmes)

# SEPT ENJEUX RÉGIONAUX DE SANTÉ



## ENJEU RÉGIONAL N°1 : LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION : UN ENJEU D'ACCOMPAGNEMENT PARTICULIÈREMENT FORT EN NORMANDIE

### CONTEXTE RÉGIONAL



**L'accélération du vieillissement de la population** se confirme et avec elle, se pose la question de la perte d'autonomie. La part de personnes âgées de 75 ans et plus dans la population générale passe en effet de 10 % en 2022 à 18 % en 2050. Cette situation impactera nécessairement le système de santé dans sa globalité.

**La Normandie est une région particulièrement concernée par le vieillissement.** L'espérance de vie s'allonge avec un indice du vieillissement de la population plus important notamment dans l'Orne et la Manche. En plus de voir sa population vieillir, la région accueille de nouveaux habitants retraités avec des demandes et besoins spécifiques.

### ENJEUX

Le vieillissement de la population des années à venir implique **une profonde transformation des politiques publiques**. La population exprime en effet des souhaits d'accompagnement différents, moins figés, plus agiles. La réponse à ces besoins implique encore davantage que l'attention soit portée sur **la gradation des prises en charge**. Les exigences en matière d'accessibilité, de qualité, de sécurité et de continuité sont également importantes. Enfin, un enjeu fort autour de la **prévention de la perte d'autonomie au domicile et en établissement** est identifié. L'objectif est de se doter des moyens permettant d'intervenir le plus tôt possible.

#### ■ Le virage domiciliaire

**Rester le plus longtemps possible à domicile en bonne santé** est un souhait fort porté par une vaste majorité de nos concitoyens. Pour relever ce défi, il est essentiel de fédérer dès aujourd'hui les partenaires autour d'un virage domiciliaire franc et massif dont la mise en œuvre est contrainte par la tension démographique qui pèse sur les professionnels du secteur.

### ■ L'augmentation du besoin de soins

Le vieillissement de la population augmente les besoins de prises en charge adaptées. En effet, les personnes âgées souffrent fréquemment de comorbidités et de polyopathologies ayant un impact sur leurs besoins de soins, mais aussi sur leur qualité de vie.

**L'enjeu est de fédérer, sur chaque territoire, les professionnels des soins de ville, du secteur social et médico-social et du secteur hospitalier,** pour améliorer l'articulation des filières de soins.

Le développement d'une démarche intégrée d'« aller vers » les personnes âgées à domicile ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes permettra d'apporter une réponse adaptée aux besoins. Il s'agit de structurer des **parcours de soins centrés sur la personne en prenant en compte son entourage et ses aidants**, pour limiter autant que possible les ruptures de prise en charge, notamment à la suite d'une hospitalisation.

### ■ L'adaptation des établissements et des services sociaux et médico-sociaux

Le recrutement de personnels en établissements et services à destination des personnes âgées (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, services de soins infirmiers à domicile, services à domicile) n'est pas toujours assuré à la hauteur des besoins pour des raisons de difficulté de recrutement de professionnels. **Les bâtiments, l'organisation et les pratiques professionnelles des Établissements et services médico-sociaux (ESMS) devront donc être adaptés** aux projets de vie des personnes accompagnées.

### ■ L'importance des aidants

Enfin, de plus en plus de personnes seront amenées à aider leurs proches au quotidien. **Soutenir les aidants** est ainsi un enjeu majeur de santé publique. Si aujourd'hui une offre de répit existe en Normandie avec 23 structures, elle ne couvre pas l'ensemble des territoires. Par exemple, ceux du Bassin de Vire/Suisse normande, et du Nord Pays d'Auge/Côte Fleurie nécessitent un soutien. La poursuite du développement d'offres d'accompagnement adaptées et innovantes est donc indispensable.



### Chiffres clés (2022)

383 EHPAD\* et 34 231 places

119 SSIAD\*\* et SPASAD\*\*\*



## DU CADRE D'ORIENTATION STRATÉGIQUE À L'ACTION

Nos actions prioritaires, décrites dans le Schéma régional de santé (cf. infra), porteront sur la **sensibilisation de l'ensemble de la population aux enjeux du « bien vieillir en bonne santé » et le développement du repérage précoce des fragilités.**

Elles porteront aussi sur le **renforcement de l'accompagnement de nos aînés** en matière de diagnostic et d'accès aux soins en proximité, **sur le développement de solutions de maintien à domicile et d'accès aux services d'accompagnement.**

Enfin, nos actions prioritaires viseront à proposer **une offre de services aux aidants** afin de prévenir le risque d'épuisement.

\*Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes \*\*Services de soins infirmiers à domicile

\*\*\*Services polyvalents d'aide et de soins à domicile



## ENJEU RÉGIONAL N°2 : L'AMÉLIORATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ DES ENFANTS ET DES JEUNES : UN PARI POUR L'AVENIR

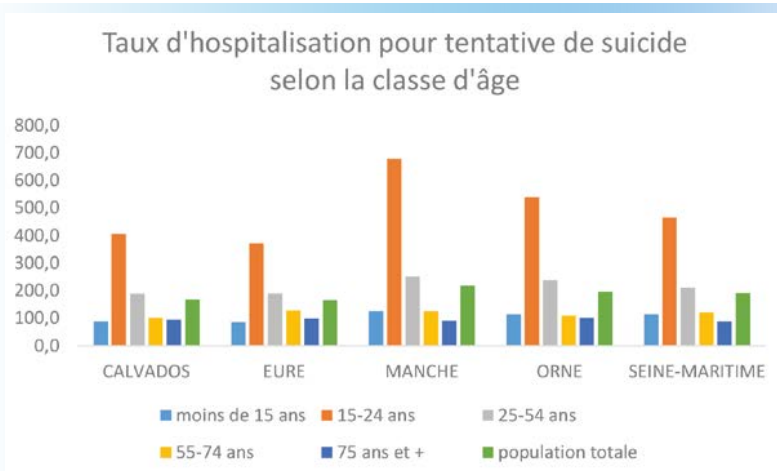
### CONTEXTE RÉGIONAL

Au 1<sup>er</sup> janvier 2018, la Normandie compte plus de 600 000 jeunes de 3 à 17 ans, soit près d'un cinquième de la population de la région. Aujourd'hui quatrième région de France métropolitaine la plus jeune, la Normandie court le risque de perdre cette position ; elle **perd environ 5 000 jeunes par an** (2020, Source «360 Normandie»).

Par ailleurs, la situation socio-économique des jeunes en Normandie est marquée par des **indicateurs plus défavorables que la moyenne nationale**. Ainsi, le taux de scolarisation des 18-24 ans est plus faible que la moyenne nationale (48 % contre 52,2 % pour la France) ; à 21 ans, la majorité des jeunes normands a achevé ses études. Enfin, le taux de chômage des moins de 25 ans est de 22 % contre 17,4 % en France en janvier 2023.

#### ■ La santé mentale des jeunes

C'est une préoccupation majeure en Normandie. En effet, **le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide chez les jeunes est significativement plus important qu'au niveau national**, et ce quel que soit le département considéré. Le taux de mortalité par suicide est également plus élevé chez les jeunes en région et la prise de traitements anxiolytiques est plus importante chez les jeunes normands.



Source : PMSI\* 2022 / Exploitation ARS

#### ■ Les conduites addictives

La Normandie est marquée par une nette propension aux conduites addictives de la population et ses jeunes n'en sont pas épargnés. Ainsi, **la Normandie est la troisième région française pour l'usage quotidien de tabac chez les jeunes de 17 ans**. Elle se hisse aussi au **deuxième rang des régions françaises quant à la prévalence de l'usage régulier d'alcool**. Pour finir, **9 % des jeunes Normands ont déjà expérimenté des drogues illicites**, soit une proportion supérieure à celle observée en France métropolitaine.

#### ■ La santé des étudiants

Les étudiants représentent 3,5 % de la population normande. D'après une étude de l'ORS-CREAI et de l'OR2S portant sur la santé des étudiants normands de l'année universitaire 2021-2022, **ces jeunes sont très exposés à des risques sur leur santé**. Ainsi, **42 % des jeunes sautent un repas au moins de temps en temps** et 45 % déclarent avoir été déjà victimes de violences sexistes et/ou sexuelles.

Cette préoccupation accrue pour la santé des étudiants est inégalement répartie à l'échelle territoriale, notamment sur les territoires, où le poids de la population jeune est plus important. Ainsi, le territoire de santé de Rouen-Elbeuf est particulièrement concerné par le sujet de la santé mentale des étudiants, les indicateurs de référence y étant relativement dégradés.

### ENJEUX

La petite enfance doit être considérée comme une étape essentielle de la vie, en tant qu'elle expose les enfants à des **conditions matérielles et culturelles d'existence très différentes selon les milieux sociaux dans lesquels ils grandissent**. Une multitude de facteurs ont une influence sur la santé. Entrant en jeu dès l'enfance, les **déterminants sociaux** de la santé sont à l'origine des inégalités sociales de santé qui apparaissent avant la naissance et se creusent pendant l'enfance : on parle alors de **gradient social des inégalités de santé**. La **maternité et la petite enfance** constituent donc une période essentielle en raison de leur influence sur le développement de l'enfant, ses capacités d'apprentissage, ainsi que sur son avenir en bonne santé et les risques futurs de maladie à l'âge adulte.

\*Programme de médicalisation des systèmes d'information

Ainsi, les effets à long terme des politiques de santé sur le développement de l'enfant et sa vie d'adulte sont avérés. **Les enfants d'aujourd'hui sont les usagers et les professionnels de demain** ; ces politiques doivent donc faire l'objet d'une attention particulière.

Si les enfants et les jeunes sont globalement en bonne santé et se perçoivent comme tel, les comportements qui s'installent à cette période (sédentarité, comportements alimentaires, consommation de tabac ou d'alcool...) ainsi que les environnements physiques et sociaux dans lesquels ils se développent, conditionnent leur avenir en matière de santé. L'adolescence, quant à elle, est une période de bouleversements physiques, scolaires, professionnels, ou encore familiaux. Elle est marquée, pour certains jeunes, par des comportements à risque comme la consommation de produits psychoactifs (tabac, alcool, cannabis...), par des troubles du comportement alimentaire (accès boulimiques, anorexie) ou encore des conduites routières dangereuses. Ces comportements peuvent avoir des répercussions sur la santé de ces jeunes, allant de la marginalisation sociale aux risques accrus de maladies et de troubles psychiques.

La mise en œuvre d'une politique de prévention agissant sur les principaux déterminants de la santé doit se faire **dès la grossesse, se poursuivre à l'entrée en milieu scolaire, puis tout au long des études** (crèches, écoles, collèges, lycées et à l'université ou autre cursus). L'éducation à la santé dans les établissements scolaires tout au long du parcours de scolarisation doit être soutenue. Il convient d'ajouter que les enfants sont également des préconisateurs de bonnes pratiques auprès de leurs parents et de leur entourage. Ceci justifie aussi le programme de déploiement des interventions relatives au développement des Compétences psychosociales (CPS) auprès des enfants et des jeunes, comme élément fondateur de la promotion de la santé au sein de cette population.

En effet, l'adoption de comportements favorables à la santé dépend également de la capacité de chacun à faire face aux exigences et aux défis de la vie quotidienne. Enfin, en amont du parcours de santé des enfants et des jeunes, les questions de la démographie des professionnels de santé ; en passant par leur formation jusqu'aux spécificités de la prise en charge ; participent aux difficultés de coordination entre les différents acteurs intervenant dans ce champ.



## DU CADRE D'ORIENTATION STRATÉGIQUE À L'ACTION

Nos actions prioritaires, décrites dans le Schéma régional de santé (cf. [infra](#)), concourront au **développement de la prévention, de la promotion de la santé et du soin auprès des futurs parents et du jeune enfant, mais aussi en faveur des étudiants, des jeunes en insertion et des jeunes en errance.**

Elles participeront également au renforcement du savoir-faire en matière de prévention et de promotion de la santé de **tous les acteurs intervenant auprès des enfants et des adolescents**, et en particulier en faveur de leur santé mentale.



## ENJEU RÉGIONAL N°3 : L'INCLUSION DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP ET LA GARANTIE D'ACCOMPAGNEMENTS ADAPTÉS AUX BESOINS

### CONTEXTE RÉGIONAL

Être en bonne santé, aller à l'école, étudier, exercer un métier, habiter en autonomie dans un logement adapté, exercer une activité sportive ou culturelle, se déplacer... Toutes ces dimensions de la vie peuvent être rendues difficiles d'accès en raison d'un handicap. L'accompagnement adapté des personnes, par les acteurs du milieu spécialisé, comme du milieu ordinaire ; vise ainsi à **rendre accessible les environnements**, faciliter la réalisation de ces projets, et **permettre l'inclusion dans le milieu ordinaire ; dans une démarche d'autodétermination** des personnes en situation de handicap.

La pandémie de Covid-19 a eu un fort retentissement sur l'ensemble de la population et plus particulièrement sur les personnes en situation de handicap et leur famille. Des difficultés d'intégration ont été identifiées sur le territoire pour rejoindre le milieu ordinaire (scolarité, emploi, logement...).

Environ 1 500 enfants naissent chaque année en Normandie avec un trouble du neurodéveloppement.

#### ■ Les dispositifs de scolarisation en milieu ordinaire

Afin de répondre à ces enjeux, **des actions ont été menées à l'échelle régionale**. Aujourd'hui, on décompte donc 2 534 places en Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) et plus de 99 places en unités externalisées ; 138 Unités d'enseignement externalisée (UEE) et 18 Équipes mobiles d'appui à la scolarisation (EMAS).

Les élèves étant atteints d'un Trouble du spectre de l'autisme (TSA) bénéficient également d'un accompagnement spécialisé :

- 15 Unités d'enseignement en maternelle autisme (UEMA) ;
- 4 Unités d'enseignement en élémentaire autisme (UEEA) ;
- 2 Dispositifs d'autorégulation (DAR) ;
- 5 postes d'enseignants ressources ;
- 5 Équipes mobiles d'appui à la scolarisation (EMAS).

#### ■ L'accès aux soins

Le manque de coordination des politiques publiques peut également engendrer des pertes de chance. À titre d'exemple, le baromètre « Handifaction » estime un taux de refus de soins à hauteur de 14 % : l'adaptation du parcours de soins aux spécificités des handicaps est par conséquent un véritable enjeu.

Bien que l'offre de soins et d'accompagnement, sur les secteurs enfants et adultes, soit supérieure au taux d'équipement au niveau national, l'offre régionale n'est pas homogène sur tous les territoires. En effet, le département de l'Orne affiche globalement un taux d'équipement plus élevé, tandis que l'Eure présente un taux plus faible.

#### ■ L'offre de répit

En Normandie, **7 plateformes d'accompagnement et de répit** couvrent l'ensemble du territoire en 2022 permettant de soutenir les proches aidants.

### ENJEUX

Le repérage, le diagnostic précoce et la disponibilité de l'offre d'accompagnement constituent un enjeu fort de ces prochaines années.

Il est primordial de poursuivre les actions dans **la continuité de la démarche « une réponse accompagnée pour tous »**, et d'accélérer la **transformation de l'offre médico-sociale** vers une société davantage inclusive.

*\*Établissements et services médicosociaux \*\* Personnes en situation de handicap*



#### Chiffres clés

**717 ESMS\* PH\*\* : soit 30 673 places (adultes et enfants) dont 10 076 places pour les enfants (dans 236 établissements ou services).**

**Couverture de 100 % en Plateformes de coordination et d'orientation (PCO) (source : Handidonnées.fr, 31 décembre 2022).**

Pour autant, l'accès au système de santé des personnes en situation de handicap reste limité. Le manque de formation des professionnels aux spécificités des handicaps, des dispositifs parfois inadaptés ; la tarification des soins, ou encore l'inégalité de répartition de l'offre territoriale expliquent cette situation. La rupture du parcours de soins est souvent due à un manque d'accès à un avis spécialisé ou à un manque de structures en aval adaptées, notamment pour les prises en charge complexes.

En Normandie, l'offre s'appuie sur une **coopération interinstitutionnelle intégrée avec les Départements, chefs de file de l'action sociale et médico-sociale, mais également l'Éducation nationale, la Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS), la Région Normandie, la Délégation régionale académique à la jeunesse, à l'engagement et aux sports (DRAJES), la Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DREAL)...** L'Agence régionale de santé et ses partenaires soutiennent et déploient un accès aux soins somatiques courants dans une démarche d'« aller vers » et à travers des dispositifs spécialisés.

Les dispositifs doivent **gagner en lisibilité**, pour que les acteurs de terrain puissent mieux se coordonner et gagner en efficacité dans la prise en charge et l'accompagnement des personnes. **Les Dispositifs d'appui à la coordination (DAC) et les communautés 360** y contribueront.

Par ailleurs, l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes nécessite un travail partenarial renforcé pour prendre en compte leurs spécificités.

L'engagement des acteurs départementaux est indispensable pour l'élaboration et la mise en œuvre d'une feuille de route partagée.

**Le soutien aux proches aidants** doit se poursuivre. Pour leur assurer un accompagnement de qualité, l'accès à une offre de répit et à un panier de services diversifiés répondant à leurs besoins doit être simplifié.



## DU CADRE D'ORIENTATION STRATÉGIQUE À L'ACTION

Nos actions prioritaires, décrites dans le Schéma régional de santé ([cf. infra](#)), concourent à **renforcer le repérage et le diagnostic précoce du handicap**, en particulier pour les Troubles du neurodéveloppement (TND). Elles participeront aussi à **l'amélioration des parcours de vie** auxquels aspirent les personnes en situation de handicap.

Elles favoriseront le **développement des solutions à même de répondre aux besoins de scolarité et de formation** des enfants et des jeunes. Elles viseront à offrir aux personnes en situation de handicap **l'accès à l'offre de santé** dont elles ont besoin.

Enfin, nos actions prioritaires concourent à promouvoir le **respect des droits fondamentaux** des personnes en situation de handicap.



## ENJEU RÉGIONAL N°4 : PRENDRE SOIN DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

### CONTEXTE

Depuis de nombreuses années, le système de santé est confronté à d'importantes **difficultés de recrutement et de fidélisation des professionnels**.

La région fait face à une **démographie défavorable** des professionnels de santé : les installations des nouveaux professionnels ne permettent pas de compenser les départs en retraite. Les efforts menés ont permis de limiter la tendance à la baisse de la densité des médecins généralistes. Malgré cette stabilisation globale, on observe dans l'Eure et dans l'Orne une baisse significative de la densité médicale : elle est de 54/100 000 habitants dans l'Orne et 55/100 000 dans l'Eure, contre 67/100 000 au niveau régional.

#### ■ Les établissements de santé

**Le personnel en établissements de santé déclare plus souvent des symptômes de dépression et d'anxiété que l'ensemble des personnes en emploi** : 41 % des personnes ont des symptômes de dépression légère à sévère, contre 33 % dans l'ensemble des personnes en emploi.

#### ■ La profession d'infirmier

Selon l'observatoire de la souffrance au travail, **la souffrance au travail** des infirmiers s'accroît en France. 30 infirmiers sont agressés chaque jour ; 20 % des infirmiers partent en retraite avec un taux d'invalidité et une espérance de vie inférieure de 7 ans ; 30 % des jeunes diplômés abandonnent la profession dans les 5 ans qui suivent le diplôme.

#### ■ Prendre soin des étudiants

La démographie médicale est défavorable en Normandie avec un **taux d'abandon important en cours de formation** (notamment infirmiers). La région rencontre des difficultés à rendre les formations et les métiers du grand âge attractifs et à limiter les abandons. Sur « Parcoursup », la formation soins infirmiers est proportionnellement moins sélectionnée par les étudiants par rapport à la France. **Les métiers de la santé, et particulièrement du soin, perdent peu à peu de leur attractivité, ne répondant plus aux valeurs portées par les professionnels, ni aux aspirations des générations nouvelles**. On note que 19 % des étudiants de la promotion 2018 ont abandonné leurs études en soins infirmiers en Normandie. Malgré une augmentation des capacités d'accueil en formation en Instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) et aides-soignants (IFAS), on constate une crise d'attractivité des métiers de la santé, du médico-social et du social.

Des actions en faveur de l'**attractivité des métiers et des territoires** ont été mises en œuvre afin de lutter contre la désertification médicale et réduire les inégalités d'accès aux soins. Il s'agit par exemple de l'**universitarisation des territoires**, la création d'une **faculté d'odontologie** de plein exercice au sein des universités de Rouen et de Caen, la création d'une école de manipulateur en électroradiologie médicale dans l'Eure, la promotion de l'**exercice partagé** (public-privé, dont ambulatoire), ou du développement de solutions de mobilité.

### ENJEUX

La bonne santé physique et mentale des soignants contribue à améliorer considérablement la prise en charge de qualité et la sécurité des patients. Les professionnels de santé tiennent donc un rôle majeur au cœur du système de santé. **Protéger les personnes qui soignent est notre devoir**. Face à l'augmentation des violences à l'encontre des soignants, une attention particulière doit leur être portée tant en terme de prévention que d'accompagnement.



#### Chiffres clés

**Nombre moyen d'habitants pour un médecin généraliste en Normandie : 1 491.**  
**Fortes disparités territoriales (1 842 dans l'Orne et 1 822 dans l'Eure)**  
*(Sources : SNDS\*, RPPS\*\*, 31 décembre 2022 / Exploitation ARS).*

\* Système national des données de santé \*\* Répertoire partagé des professionnels de santé

Les enjeux d'attractivité et du « prendre soin de ceux qui nous soignent » participent à la garantie de **la qualité, de la sécurité et de la pertinence** des prises en charge. Véritable levier d'attractivité, **l'amélioration de la qualité de vie et des conditions de travail** des professionnels est un enjeu majeur de fidélisation du personnel et de qualité de l'accompagnement des personnes. Il s'agit de promouvoir un environnement et des conditions favorables de travail pour les professionnels de santé et de redonner du **sens** au quotidien.

Par ailleurs, il est primordial d'agir **en amont et en aval des formations en santé**, et notamment de promouvoir les formations soignantes auprès des lycéens pour susciter des vocations, mais aussi de permettre aux étudiants diplômés de s'installer dans la région.



## DU CADRE D'ORIENTATION STRATÉGIQUE À L'ACTION

Nos actions prioritaires, décrites dans le Schéma régional de santé ([cf. infra](#)), viseront à accompagner les acteurs, les établissements de santé et médico-sociaux et les professionnels de santé face aux transformations qui les attendent. Elles viseront à **faciliter les coopérations entre professionnels de santé et les délégations de tâches**.

Elles porteront également sur la **formation, l'amélioration de la qualité de vie au travail** des professionnels de santé, la **fidélisation** des professionnels et la **valorisation** des métiers.



## ENJEU RÉGIONAL N°5 : LES PROBLÈMES DE SANTÉ PUBLIQUE PRIORITAIRES - PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE

Santé mentale, conduites addictives, cancers, maladies cardiovasculaires, surpoids et obésité

### CONTEXTE RÉGIONAL

En France, les maladies cardio-neurovasculaires sont les maladies chroniques les plus fréquentes, suivies par les maladies mentales, le diabète et les cancers. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), **une personne sur trois vivra avec un trouble psychique** au cours sa vie. La dépression est l'une des principales causes d'incapacité et viendra en tête des causes de morbidité d'ici 2030.

La Normandie est particulièrement touchée par une surmortalité liée aux **cancers** (+ 6 %), aux **maladies cardio-neurovasculaires** (+ 8 % ; dont insuffisances cardiaques + 10 % et cardiopathies ischémiques + 20 %), aux **troubles mentaux** (+ 8 %) et aux **suicides** (+ 30 %). Il faut noter également une prévalence du surpoids et de l'obésité (plus fréquente en région, avec une augmentation de la morbidité et un risque accru de mortalité).

Aussi, la prévention et la prise en charge des pathologies pour lesquelles la Normandie présente les indicateurs les plus défavorables constituent un **enjeu majeur de la santé publique** sur le territoire.

#### ■ Les cancers

On décompte plus de **19 000 nouveaux cas de cancers** en moyenne chaque année en Normandie. Si le nombre de nouveaux cas n'est pas plus élevé que dans les autres régions, en revanche, il existe une surmortalité régionale qui peut s'expliquer par :

- davantage de cancers de mauvais pronostics ;
- un environnement socio-économique plus dégradé ;
- un retard de prise en charge.

Au niveau territorial, on constate une sur-incidence marquée par les cancers liés à la consommation d'alcool ou de tabac chez les hommes (œsophage, lèvre-bouche-pharynx, poumon, foie) notamment en Seine-Maritime.

#### ■ Les maladies cardio-neurovasculaires

C'est la 1<sup>re</sup> cause de prise en charge par le système de soins, une prévalence qui peut s'expliquer par :

- des pratiques addictives plus marquées en région (tabac et alcool) ;
- le vieillissement de la population normande ;
- la rupture dans le parcours de soins à cause d'un défaut de coordination entre les professionnels de santé exerçant en ville et l'hôpital.

En Normandie, le taux standardisé d'**Hospitalisations potentiellement évitables (HPE) pour insuffisance cardiaque est parmi les plus hauts** de France métropolitaine pour les plus de 40 ans.

#### ■ Le surpoids et l'obésité

La Normandie est la **3<sup>e</sup> région la plus touchée par l'obésité**. On observe que quelque 14,8 % des élèves dans leur 12<sup>e</sup> année sont en surcharge pondérale. Ces prévalences sont notamment plus importantes dans les départements de l'Orne et de l'Eure.



#### Chiffres clés

**4 départements normands parmi les 25 % les plus touchés par les HPE spécifiques insuffisance cardiaque** (Source ATIH 2022).

## ▪ Les conduites addictives

La proportion de 18-75 ans consommant quotidiennement du **tabac** en Normandie était de 25,2 % en 2019. Le taux de mortalité cumulée associé aux principales pathologies liées à la **consommation d'alcool** (cancers des voies aérodigestives supérieures, cirrhose du foie, psychose alcoolique et alcoolisme) était de 14,7 pour 100 000 habitants chez les femmes et de 62,4 pour 100 000 habitants chez les hommes en 2017. Ces taux étaient supérieurs à ceux des autres régions.

## ▪ La santé mentale

Elle constitue plus que jamais une priorité de santé publique. Selon l'OMS, **une personne sur trois vivra avec un trouble psychique au cours sa vie**. En Normandie, le nombre mensuel de passages aux urgences pour troubles psychiques chez l'adulte est plus élevé en 2022-2023 en comparaison des années précédentes.

Chez l'enfant, tous âges confondus, le nombre mensuel de passages aux urgences pour troubles psychiques en mai 2022, est supérieur à celui de mai 2021 et à la moyenne des passages des années 2018 à 2020.

Cette hausse est le reflet d'une **augmentation incontestable des troubles psychiques** à la suite d'une dégradation de la santé mentale de la population consécutive à la pandémie de Covid-19. Les **délais d'accès aux soins psychiques ou psychiatriques ambulatoires** constituent une véritable problématique.

Ces constats placent ainsi les enjeux de la santé mentale au cœur de notre politique régionale de santé.

## ENJEUX

Une maladie chronique est une maladie de longue durée, évolutive, avec un retentissement sur la vie quotidienne. Elle peut générer des incapacités, voire des complications graves. C'est pourquoi les pathologies identifiées ci-avant figurent parmi les **priorités normandes de santé publique**.

**Les maladies chroniques** ne concernent pas que les personnes âgées, cependant ces dernières sont plus fréquemment touchées. Le vieillissement de la population et le développement des maladies chroniques constituent donc un **défi fondamental qu'il convient de relever** à l'aune des inégalités sociales et territoriales de santé.

L'incidence des maladies chroniques varie selon les niveaux socio-économiques des individus et touche davantage les populations les plus pauvres. Qui plus est, de nombreuses études internationales montrent **l'impact de l'ensemble des déterminants de santé sur la prévalence des maladies chroniques**. Il convient **donc d'agir sur l'ensemble de ces déterminants** afin de réduire le plus possible les inégalités sociales de santé.

Par ailleurs, ces études mettent en avant « des motifs d'hospitalisation souvent en lien avec une maladie chronique ». Cette situation génère donc, à la fois une répercussion importante sur l'activité hospitalière - puisque ces hospitalisations sont potentiellement évitables - mais aussi un risque accru de mortalité lié à l'aggravation de l'état de santé des malades.

L'objectif est donc de réduire l'incidence et la mortalité en région de ces maladies chroniques en intervenant sur la **prévention, le repérage, le dépistage et la prise en charge** ; ceci, en accord avec les besoins des différentes populations et dans une perspective d'amélioration de l'espérance de vie en bonne santé.



## DU CADRE D'ORIENTATION STRATÉGIQUE À L'ACTION

Nos actions prioritaires, décrites dans le Schéma régional de santé ([cf. infra](#)), favoriseront l'engagement collectif sur **les déterminants de santé publique à plus fort enjeu pour les Normands** (nutrition, activité physique, addictions). Elles favoriseront **l'exercice coordonné des professionnels** pour répondre aux besoins des patients.

Elles s'attacheront à **mailler l'offre de soins** sur les territoires, en conjuguant notre objectif de mise en proximité avec l'excellence de l'offre de recours. Il s'agira également d'organiser les mobilités en conséquence.

Enfin, nos actions prioritaires consisteront à apporter au patient les compétences dont il a besoin pour **mieux vivre avec sa maladie**.



## ENJEU RÉGIONAL N°6 : LE DÉFI DE LA TRANSITION ÉCOLOGIQUE

Notre santé est conditionnée par l'environnement dans lequel nous évoluons au quotidien et avec lequel nous interagissons, de manière individuelle et collective. **Bénéficier d'un environnement de qualité est une condition indispensable à la santé des Normands.**

Selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) lors de la Conférence d'Helsinki en 1994, « la santé environnementale comprend les aspects de la santé humaine, y compris la qualité de la vie, qui sont déterminés par les facteurs physiques, chimiques, biologiques, sociaux, psychosociaux et esthétiques de notre environnement ».

Notre stratégie consiste à réduire l'impact des facteurs environnementaux pour **prévenir, préserver et améliorer l'état de santé de la population** en améliorant la qualité des eaux, de l'air, des sols, en se protégeant du bruit. Nous agissons également pour développer des environnements favorables à la santé.

### DONNÉES ENVIRONNEMENTALES CLÉS EN NORMANDIE

#### ▪ L'Indice d'exposition multiple (IEM)

Les **6 pollutions cumulatives** constituant l'IEM sont les suivantes : émissions de dioxyde de soufre, émissions d'ammoniac, émissions de particules en suspension, émissions d'oxyde d'azote, émissions de particules fines, au moins une pollution des sols.

Sur le territoire du Havre par exemple, 20 % de la population est exposée à un niveau de pollution maximale (critère 6), soit 664 881 habitants. La population impactée se concentre dans l'Est de la région, dans la Vallée de la Seine.

#### ▪ La qualité de l'air

La qualité de l'air peut être modifiée par des polluants qui peuvent être d'origine naturelle ou issus de l'activité humaine.

En France, la **pollution de l'air extérieur**, c'est :

- 40 000 décès prématurés par an selon Santé publique France, soit 9 % de la mortalité en France, et une perte d'espérance de vie à 30 ans pouvant dépasser 2 ans ;
- un coût sanitaire annuel total de 100 milliards d'euros, évalué par la commission d'enquête du Sénat ;
- 30 % de la population atteinte d'une allergie respiratoire.

Dans le monde, la pollution de l'air intérieur et extérieur est responsable d'environ 7 millions de décès en moyenne par an selon l'étude de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 2014.

On constate une réduction de la pollution de l'air ambiant et de la mortalité associée pendant le premier confinement lié à la pandémie de Covid-19 : environ 2 300 décès évités en lien avec l'exposition de la population française aux particules ambiantes au printemps 2020 et 1 200 décès évités en lien avec une diminution de l'exposition au dioxyde d'azote (NO<sub>2</sub>).

#### Les activités industrielles et les risques technologiques

En 2023, 1 573 installations industrielles sont classées ICPE (Installations classées pour la protection de l'environnement) sous les régimes de l'enregistrement et de l'autorisation. 102 sites sont classés SEVESO (c'est-à-dire qu'ils produisent ou stockent des substances pouvant être dangereuses pour l'homme et l'environnement et sont soumis à une réglementation très encadrée qui vise à identifier et à prévenir les risques d'accident pour en limiter l'impact).

#### Les installations classées sont concentrées dans la vallée de la Seine et autour des grandes agglomérations.

68 % de la population régionale vit dans une commune exposée à un risque technologique « transport de matières dangereuses », 32 % à un risque technologique « industriel » et 5 % à un risque technologique « nucléaire ».

18 % des logements normands sont concernés par un Plan de protection des risques technologiques (PPRT) avec une part importante dans le département de la Seine-Maritime.

### ■ La qualité de l'eau

La population normande est alimentée par **des eaux de très bonne qualité microbiologique**. Toutefois, en 2022, 30,4 % des Normands ont été alimentés par une eau non conforme vis-à-vis des pesticides, ponctuellement ou non.

La majorité des masses d'**eau souterraine** en Normandie présente un état chimique médiocre. Les principaux polluants décelés dans les eaux souterraines sont les nitrates et les pesticides. Ils ont essentiellement pour origine les émissions liées à l'activité agricole. Ce constat est lié à la présence de grandes cultures dans l'est de la région, cultures utilisatrices de pesticides et particulièrement dépendantes des herbicides (2 600 tonnes en 2021).

**58 % des masses eaux de surface** sont en mauvais état écologique en Normandie en 2019, 68 % à l'échelle du bassin.

Avec près de 80 % de notre temps passé dans les espaces clos (logements, bureaux, établissements scolaires...), l'environnement intérieur peut directement porter atteinte à la santé physique voire même psychique des occupants.

### ■ L'habitat

La qualité de l'habitat et de l'environnement intérieur constitue une préoccupation de santé publique. Les logements datant d'avant 1949 peuvent présenter des **risques de saturnisme** pour les occupants, l'usage du plomb dans les peintures n'ayant été réglementé qu'à partir de cette date.



### Chiffres clés

**Plus de 26 % des résidences principales construites avant 1946, soit une proportion légèrement supérieure à celle observée en France métropolitaine (données 2019).**

**6 % des logements sur-occupés, contre 9,7 % en France métropolitaine.**

**Un potentiel radon des formations géologiques pour les communes de l'Ouest de la région.**



### Focus sur ... Le climat

Le changement climatique et la perte de biodiversité sont identifiés comme des menaces majeures pour la santé publique. Les personnes les plus vulnérables sont les jeunes enfants, les personnes âgées et les femmes enceintes.

Parmi les impacts sanitaires du changement climatique, on peut citer :

- **des vagues de chaleur plus fréquentes**, plus longues et plus intenses ;
- la multiplication des hyperthermies et des maladies cardiovasculaires ou respiratoires pouvant entraîner des pics de mortalité ;
- **l'arrivée de maladies vectorielles** : les moustiques sont vecteurs de différentes pathologies (chikungunya, dengue, zika, paludisme, virus du West Nile...) ; les tiques peuvent transmettre la maladie de Lyme...
- **l'augmentation en fréquence et en intensité des événements extrêmes** (crues, inondations, incendies...) ;
- l'augmentation du nombre de sinistrés et par voie de conséquence le nombre de décès et de victimes ;
- **la mise en œuvre de restrictions d'usages de l'eau** du fait de la diminution de la ressource.

## CHANGEMENT CLIMATIQUE ET SANTÉ



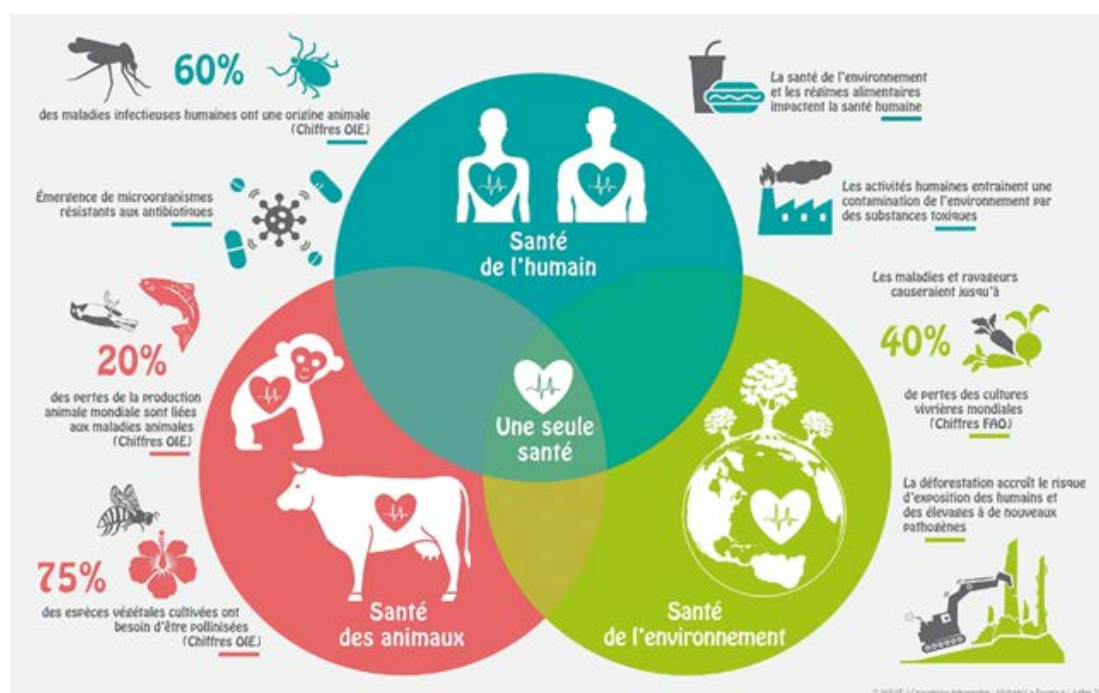
Source : ANBDD sur la base de la note produite par Joël Ladner, Eric Daudé, Emmanuel Eliot) dans le cadre du GIEC normand

## LE CONCEPT DE « ONE HEALTH »

Le concept de « One Health » (ou « Une Seule Santé ») a été développé pour répondre à la propagation de maladies infectieuses graves et de zoonoses. Il repose sur l'idée que **les organismes vivants et les écosystèmes sont interconnectés**. Les santés humaine, animale, végétale et la santé de l'environnement dépendent les unes des autres ; la protection de l'une passe nécessairement par la protection de l'autre.

Cette approche globale des enjeux de santé doit être appréhendée à toutes les échelles : locale, nationale et mondiale. Il s'agit de faire évoluer le concept de santé unique en l'élargissant et d'**organiser nos actions dans une logique multisectorielle et interdisciplinaire** (renforcer les partenariats entre professionnels de la santé humaine, épidémiologistes, vétérinaires...).

La pandémie de Covid-19 a démontré cette nécessité de mettre en œuvre une approche intégrée de la santé en **agissant collectivement** sur tous les secteurs. Aujourd'hui, l'enjeu de l'approche « One Health » est plus que jamais d'actualité pour faire face aux crises épidémiques et environnementales actuelles et anticiper celles à venir. **Collaborer avec l'ensemble des acteurs de santé publique** est désormais indispensable.



Source INRAE – Juillet 2020



## DU CADRE D'ORIENTATION STRATÉGIQUE À L'ACTION

Nos actions prioritaires, décrites dans le Schéma régional de santé ([cf. infra](#)), porteront sur **l'accélération de la transformation écologique et la décarbonation** de l'ensemble des activités du secteur de la santé en accompagnant les établissements dans leurs démarches de développement durable et de soutien aux pratiques écoresponsables.

Elles viseront, en collaboration avec les collectivités, à réduire les expositions dans les territoires et à développer des environnements plus favorables à la santé.

Le Plan régional santé environnement (PRSE) constitue le cadre régional d'action dans le domaine de la santé environnementale. Il a pour objectif de mieux connaître, prévenir et réduire les impacts de l'environnement sur notre santé.



## ENJEU RÉGIONAL N°7 : UNE OFFRE DE SANTÉ ET D'ACCOMPAGNEMENT RÉSILIENTE ET PRÉPARÉE AUX ENJEUX DE DEMAIN

### CONTEXTE

En introduction de son rapport relatif à la Stratégie nationale de santé 2023-2033, le Haut conseil à la santé publique (HCSP) décrit notre modèle de santé actuel comme « un modèle de santé construit sur une approche médicalisée de la santé et donc une approche essentiellement curative portée par le système de soins ».





#### ▪ Les caractéristiques de l'offre de soins en Normandie

**56 % des Normands habitent dans un territoire ciblé prioritaire pour l'installation de médecins.**

La région souffre d'un fort **déficit de professionnels en médecine de ville**, notamment de dentistes, masseurs-kinésithérapeutes et infirmiers.



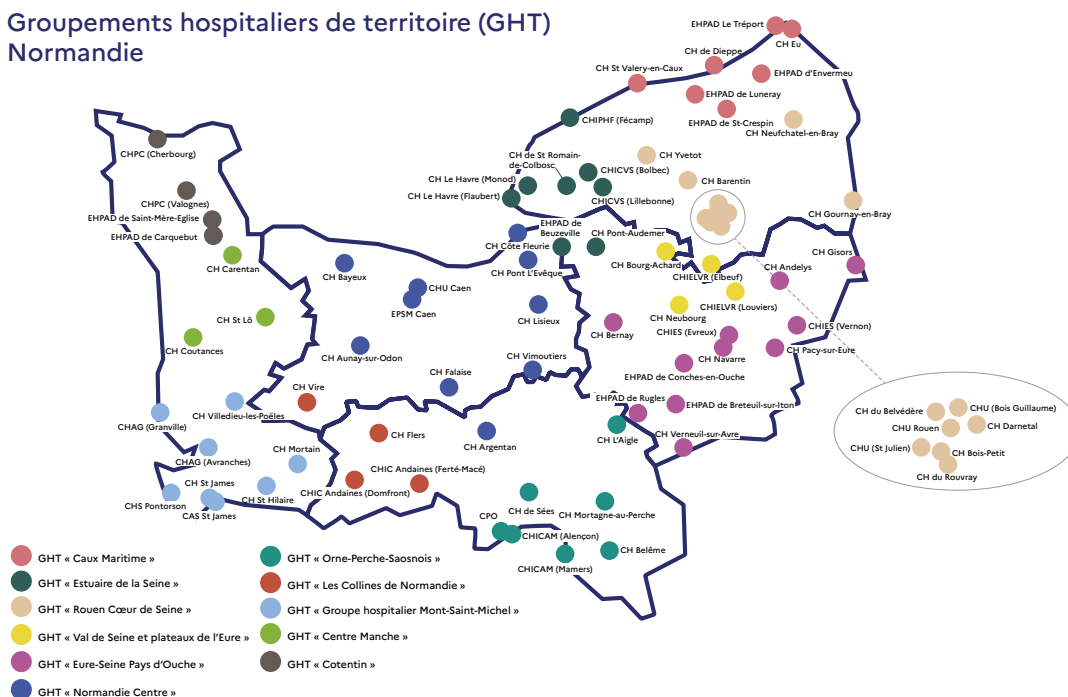
#### Chiffres clés

Pour 100 000 habitants	Normandie	France métropolitaine
 <b>Médecins généralistes libéraux (*RPPS 2022)</b>	76,9	83,9
 <b>Infirmiers libéraux (**ADELI 2022)</b>	124	153
 <b>Masseurs-kinésithérapeutes libéraux (*RPPS 2022)</b>	74	114
 <b>Chirurgiens-dentistes (*RPPS 2022)</b>	43	65

\*RPPS : Répertoire partagé des professionnels de santé \*\*ADELI : Automatisation des listes

La Normandie compte **11 Groupements hospitaliers de territoire (GHT)** composés de 54 établissements publics de santé, de 11 Établissements et services médico-sociaux publics (ESMS) publics et 79 établissements de santé privés à but lucratif et non lucratif. Le taux d'équipement en lits et places est voisin des taux nationaux mais avec de fortes inégalités entre les territoires. On constate toutefois en région une proportion importante de centres hospitaliers de taille intermédiaire.

## Groupements hospitaliers de territoire (GHT) Normandie



Si la démographie médicale, comme paramédicale, est globalement tendue sur le territoire et cela quel que soit le mode d'exercice, **la répartition inégale des professionnels génère des inégalités territoriales de santé.**

Même si les liens entre opérateurs progressent, on observe en Normandie la persistance de **logiques concurrentielles entre établissements (publics et privés), entre professionnels** (hospitaliers publics et professionnels libéraux en établissements, professionnels en établissements et professionnels libéraux installés en ambulatoire) **et entre modes d'exercice dans les territoires** (saliariat et exercice libéral). Cette situation impacte défavorablement la capacité du système de santé, en concourant à la répartition inégale des professionnels dans les territoires et en augmentant les risques de perte d'information et donc de discontinuité des parcours de prises en charge des patients.

Certains établissements sont par ailleurs confrontés à d'importantes difficultés financières.

### ■ Caractéristiques de l'offre de prévention

En Normandie, l'offre en **prévention promotion de la santé** est sous-dimensionnée au regard des enjeux de maillage du territoire. A titre d'exemple, dans l'Eure, le maillage territorial est incomplet sur des territoires identifiés prioritaires. L'offre d'accompagnement existante est parfois concentrée sur certains secteurs et non accessible, limitant les possibilités de recours en cas de repérage de difficultés.

### ■ Caractéristiques de l'offre médico-sociale

Pour les publics en situation de handicap orientés par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) de leur département, **l'offre médico-sociale repose en Normandie sur plus de 700 établissements et 30 670 places installées.** Cette offre n'est pas homogène au sein de la région. Par ailleurs, elle se décline également différemment selon la nature du handicap ou la déficience (*Source : Handidonnes.fr, 31 décembre 2022*).

Concernant l'accès aux services d'aide à domicile intervenant auprès des personnes âgées, la Normandie concentre une offre dense. Cette offre est plus accessible dans les centres-villes et les grands pôles. Pour ce même public, les structures d'accueil de jour en Normandie, qu'elles soient autonomes ou adossées à un EHPAD (Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), représentent aujourd'hui un taux de 2,53 places pour 1 000 habitants âgés de plus de 75 ans. Ce taux varie fortement en fonction de la localisation géographique.

## ENJEUX

La réponse aux besoins passe par la fluidité des dispositifs de prévention, de soins et d'accompagnement : le **parcours doit garantir à chaque individu une offre de santé et d'accompagnement pertinente, de qualité, graduée et accessible, en toute sécurité.**

Le parcours se doit d'être efficient et s'effectuer sans rupture. Pour cela, il est nécessaire de **repérer, détecter, diagnostiquer et prendre en charge plus tôt**, pour limiter les complexités de la maladie et préserver l'autonomie des personnes.

Or, la saturation des parcours de soins entraîne **des retards voire des ruptures dans la chaîne de prise en charge** pouvant générer un retard dans le diagnostic et une perte de chance pour les patients. Ainsi, il convient d'articuler les acteurs autour de nouvelles coopérations et complémentarités, en proximité et en réduisant les redondances.

Les activités doivent être rapprochées (plateformes territoriales d'offre hospitalière), en créant **des filières spécialisées de prise en charge** répondant aux enjeux de santé normands (insuffisance cardiaque, obésité...).

En outre, les nouvelles modalités de prise en charge déployées autour du médecin traitant, qui est au cœur du dispositif, ont pour objectif que chaque usager accède, dès qu'il en a besoin et sans retard, au système de soins. **La mobilisation de l'ensemble des métiers du soin et de l'accompagnement** devra donc être totale pour atteindre cet objectif (délégations de tâches, protocoles de coopérations, soignant-ressource, infirmiers en pratique avancée ...).

Compte tenu de la tension démographique et de l'indispensable qualité et sécurité des prises en charge et des accompagnements, la réponse aux besoins de la population doit être organisée selon les **principes de coopération, de complémentarité, de subsidiarité et de gradation**, tout en s'assurant de **l'accessibilité du système de santé.**

L'organisation en offre de services de proximité, adossée à une organisation de recours et spécialisée, implique une évolution des pratiques professionnelles, des organisations, en s'appuyant sur le **développement du numérique** notamment, avec en corollaire le renforcement de la cybersécurité.

À cette exigence de transformation s'ajoute la nécessaire **résilience du système face aux tensions saisonnières**, aux situations de crise, notamment climatiques, qui génèrent des tensions sur l'offre de soins.



### DU CADRE D'ORIENTATION STRATÉGIQUE À L'ACTION

Nos actions prioritaires, décrites dans le Schéma régional de santé ([cf. infra](#)), auront pour objectif d'**acculturer et d'accompagner les acteurs** pour faire face à la complexité des enjeux de transformation du système de santé.

Elles favoriseront le **rapprochement des établissements** entre eux, soutiendront les établissements dans leurs démarches d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques, et auront pour ambition de **mieux informer les usagers** dans un objectif de recours pertinent au système de santé.



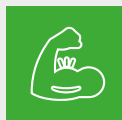
# ANNEXES

## Annexe 1. Méthode de révision du Projet régional de santé (PRS) actuel

Fondée sur son évaluation : les enseignements tirés de l'évaluation et les éléments de bilan ont permis de préciser la nature du prochain PRS et le scénario pour sa révision : **s'appuyer sur l'existant pour le faire évoluer en un cadre stratégique.**

### Forces

- La « démarche » PRS reconnue, intégrée et plébiscitée ;
- une bonne reconnaissance des éléments de caractérisation des besoins ;
- une dynamique engagée autour du PRS ;
- un ancrage territorial fort de l'Agence ;
- un dynamisme avéré des CTS.



### Faiblesses

- Des confusions sur la raison d'être, la nature et le périmètre du PRS ;
- une faible diffusion du PRS (en dehors des acteurs ayant contribué) ;
- une faible appropriation du PRS (connaissance intuitive) ;
- une faible utilisation/appropriation du PRS par manque d'agilité et de priorités ;
- l'absence de pilotage et de suivi.



### Opportunités

- Un consensus sur la nature souhaitée de « cadre d'action » du PRS ;
- une marge de manœuvre dans le cadrage de la révision du PRS et la conception du corpus (exemple : feuilles de route territoriales) ;
- la possibilité d'ouvrir plus largement les contributions (citoyens...) ;
- une utilisation possible du PRS pour faire évoluer les fonctionnements internes de l'Agence (décloisonner).



### Menaces

- Une ambiguïté sur le niveau d'opérationnalité attendu du PRS ;
- un manque de concrétisation des souhaits d'intersectorialité et de transversalité ;
- des clivages organisationnels qui demeurent au sein de l'ARS ;
- un temps contraint pour la révision du PRS ;
- une méconnaissance des leviers de l'action de l'ARS (confusion).



- Réalisation à partir des territoires : le Projet régional de santé (PRS), co-construit avec l'ensemble des acteurs du territoire au service des citoyens, constitue le cadre d'intervention collective sur l'ensemble des missions relevant du pilotage de l'Agence régionale de santé ;
- les Conseils territoriaux de santé (CTS) mobilisés sur les problématiques, besoins et objectifs : une contribution pour réviser le Projet régional de santé et initier la réflexion sur les feuilles de route ;
- la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) : actrice de la révision via notamment le Comité de réflexion et d'orientation composé de 16 participants.

## Annexe 2. Cadre légal du COS

Le Cadre d'orientation stratégique détermine les **objectifs généraux** et les **résultats attendus** à dix ans pour améliorer l'**état de santé de la population, lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé**, en particulier celles relatives à l'accès à la prévention, aux soins et à l'accompagnement médico-social.

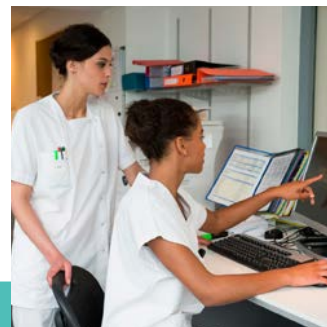
Il comporte les domaines d'action prioritaires de la Stratégie nationale de santé définie à l'article L. 1411-1-1 du code de la santé publique. Les objectifs et les résultats attendus sont établis en cohérence avec ses **objectifs d'amélioration de la santé et de la protection sociale contre la maladie**, mentionnés au même article.

Ces objectifs portent notamment sur :

- l'organisation des parcours de santé ;
- le renforcement de la pertinence, de la qualité, de la sécurité, de la continuité et de l'efficacité des prises en charge et des accompagnements ;
- les effets sur les déterminants de santé ;
- le respect et la promotion des droits des usagers ;
- le Cadre d'orientation stratégique s'inscrit dans la perspective d'une amélioration de la coordination avec les autres politiques publiques ayant un impact sur la santé.



# Le Schéma régional de santé (SRS)



Projet régional  
de **santé**  
Normandie  

---

2023-2028



---

# SOMMAIRE

---

## **Axe 1 : En réponse aux attentes immédiates des Normands, construire un maillage lisible et gradué de l'offre de dépistage, de soins et d'accompagnement, faisant toute sa part à la proximité..... 55**

### **1. Relever le défi du vieillissement et de la perte d'autonomie ..... 56**

- 1.1. Prévenir et anticiper la perte d'autonomie..... 56
- 1.2. Favoriser le maintien à domicile le plus longtemps possible ainsi que les accompagnements ambulatoires et à domicile des personnes âgées..... 58
- 1.3. Garantir l'accès aux soins et aux accompagnements en proximité pour les personnes âgées ..... 60
- 1.4. Diversifier l'offre d'hébergement en établissement et promouvoir les alternatives ..... 62
- 1.5. Assurer aux personnes accompagnées un environnement bienveillant..... 64

### **2. Mailler l'offre de soins en conjuguant ambition pour la proximité et excellence du recours et en organisant les mobilités ..... 66**

- 2.1. Garantir l'accès aux soins et aux dépistages en proximité et penser les mobilités nécessaires ..... 66
- 2.2. Veiller à la cohésion territoriale de l'offre de soins, par une gradation des soins reposant sur des équipes mutualisées et par la complémentarité des établissements implantés sur le même bassin de population..... 69
- 2.3. Apporter aux habitants une réponse efficace à leur demande de soins urgents et non programmés, reposant sur le partenariat territorial entre professionnels libéraux et établissements de santé ..... 71
- 2.4. Renforcer les capacités de gestion des périodes de tension et de crise du système de santé normand ..... 73

### **3. Améliorer la santé mentale des Normands ..... 75**

- 3.1. Conforter l'approche territorialisée des parcours de soins en mobilisant les Projets territoriaux de santé mentale (PTSM)..... 75
- 3.2. Poursuivre le développement des actions en faveur de la santé mentale des jeunes et étudiants ..... 78
- 3.3. Prévenir, repérer et prendre en charge la crise suicidaire..... 80
- 3.4. Accélérer le déploiement de la réhabilitation psychosociale avec les professionnels du sanitaire et médico-social..... 82
- 3.5. Organiser les conditions de réalisation d'une offre graduée des soins psychiques ou psychiatriques..... 83

### **4. Renforcer l'évolution inclusive de la société ..... 85**

- 4.1. Renforcer le repérage, le diagnostic et l'intervention précoces du handicap, en particulier pour les Troubles du neurodéveloppement (TND) ..... 85
- 4.2. Développer les solutions à même de répondre à tous les besoins de scolarité et de formation des enfants et des jeunes ..... 87
- 4.3. Accompagner les parcours de vie auxquels aspirent les personnes accompagnées ..... 89
- 4.4. Apporter des solutions aux personnes se trouvant dans des situations complexes et de crise..... 91

### **5. Garantir aux personnes en situation de précarité l'accès aux soins et services dont elles ont besoin..... 93**

**Axe 2 : Pour agir dans la durée sur les fondamentaux de la santé des Normands, engager la population, les usagers et les professionnels, dans le virage de la prévention et du bon usage du système de santé** .....95

**6. Agir collectivement sur les déterminants de santé publique à plus fort enjeu pour les Normands et adapter notre stratégie de prévention aux publics cibles** .....96

- 6.1. Renforcer l'offre de prévention et de promotion de la santé au plus près des usagers dans les territoires.....96
- 6.2. Autour des futurs parents et du jeune enfant, développer la synergie et l'efficacité collective de l'ensemble des acteurs de la prévention et du soin .....99
- 6.3. Renforcer le savoir-faire en matière de prévention et de promotion de la santé de tous les acteurs intervenant auprès des enfants et des adolescents..... 101
- 6.4. Assurer une meilleure couverture vaccinale des adolescents ..... 103
- 6.5. Développer la prévention, la promotion de la santé et la réduction des risques dans tous les milieux de vie..... 105

**7. Développer et renforcer l'autonomie et la capacité des personnes malades et de leurs aidants** ..... 108

- 7.1. Permettre aux patients atteints de maladie chronique de mieux vivre avec leur maladie en renforçant l'accès aux programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) et aux soins de support.....108
- 7.2. Conforter la place des savoirs expérientiels tout au long des parcours de soins ..... 110
- 7.3. Soutenir les aidants..... 111

**8. Soutenir l'usager comme acteur du système de santé**..... 112

- 8.1. Accompagner l'émancipation des usagers grâce à des communications adaptées et motivantes ..... 112
- 8.2. Participer au développement de la culture du risque sanitaire chez les populations concernées .....114
- 8.3. Ensemble, faire changer le regard sur le handicap .....115
- 8.4. Accroître la formation et l'accompagnement des usagers-acteurs du système de santé et renforcer leur participation aux instances de démocratie sanitaire ..... 116

<b>Axe 3 - Pour relever ces défis et gérer les grandes transitions, mieux appuyer les acteurs de santé normands dans leurs efforts d'attractivité et d'adaptation de leur réponse.....</b>	<b>119</b>
<b>9. Structurer de nouveaux modèles de prise en charge en favorisant les coopérations et les complémentarités entre les acteurs.....</b>	<b>120</b>
9.1. Rendre majoritaire l'exercice coordonné et développer les protocoles de coopération entre professionnels médicaux et paramédicaux.....	120
9.2. Encourager les rapprochements entre professionnels libéraux et les établissements, entre établissements de santé, entre champ sanitaire et médico-social .....	122
<b>10. Renforcer l'offre de formation au plus près des territoires ainsi que l'attractivité des métiers de la santé et la fixation des professionnels dans les territoires .....</b>	<b>124</b>
10.1. Agir en faveur des futurs professionnels par l'amélioration de la qualité de vie des étudiants en santé.....	124
10.2. Accompagner les installations de professionnels .....	126
10.3. Développer les nouvelles pratiques et les nouveaux métiers en santé, en misant sur le levier de la formation .....	127
10.4. Améliorer la qualité de vie et les conditions de travail, fidéliser les professionnels et valoriser les métiers de la santé et du soin en Normandie.....	128
10.5. Promouvoir le travail entre pairs et la mixité d'exercice .....	129
10.6. Soutenir les soignants face aux tensions du système de santé.....	130
<b>11. Accompagner les établissements et les professionnels dans leurs transformations structurelles, en encourageant notamment le virage numérique et les innovations .....</b>	<b>131</b>
11.1. Accompagner les acteurs de santé normands vers le renforcement des partenariats.....	131
11.2. Appuyer les investissements hospitaliers et médico-sociaux dans une logique de transformation et d'adaptation aux nouvelles formes de prise en charge .....	132
11.3. Appuyer les établissements sur les enjeux de qualité, sécurité et gestion des risques .....	133
11.4. Encourager le virage numérique, l'innovation et promouvoir les expérimentations.....	135
<b>12. Engager le système de santé normand dans la transition écologique .....</b>	<b>137</b>
12.1. Prévenir les pathologies en lien avec l'environnement .....	137
12.2. Réduire l'empreinte environnementale des acteurs du système de santé normand .....	140
<b>Objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre de soins .....</b>	<b>143</b>
<b>La permanence des soins en établissements de santé .....</b>	<b>235</b>
<b>Programme relatif à la prévention des violences sexuelles et à l'accès aux soins des victimes de ces violences .....</b>	<b>249</b>



54

Projet régional de santé 2023-2028

# AXE 1

## En réponse aux attentes immédiates des Normands, construire un maillage lisible et gradué de l'offre de dépistage, de soins et d'accompagnement, faisant toute sa part à la proximité

**Le nombre de professionnels de santé et le temps médical disponible vont continuer à décroître** dans les prochaines années, avant de ré-augmenter grâce aux actions structurantes engagées (suppression du numerus clausus, augmentation des capacités de formation des professions non médicales, évolutions des organisations...). Par ailleurs, **la population normande va connaître un vieillissement accéléré et plus fort que la moyenne française** dans les vingt prochaines années. Face à cette double contrainte démographique, le Projet régional de santé normand vise à **mobiliser tous les acteurs pour renforcer la réponse aux besoins** en l'inscrivant dans un maillage de l'offre lisible et gradué, faisant toute sa place à la promesse de proximité et à l'impératif de qualité/sécurité envers la population.

Avec une part de la population normande âgée de plus de 65 ans supérieure à la moyenne nationale, **les enjeux du bien vieillir et de la prévention de la perte d'autonomie sont majeurs en Normandie**. Il nous faut renforcer les actions en synergie avec les conseils départementaux et toutes les collectivités locales pour accompagner au mieux nos aînés en matière de repérage, de diagnostic et d'accès aux soins en proximité, et favoriser le maintien à domicile et l'accès aux services d'accompagnement.

Au-delà du vieillissement, nos enjeux normands de santé publique nous imposent de **renforcer l'accès en proximité à l'offre de soins**, en développant partout les soins primaires et en territorialisant l'organisation des équipes spécialisées de recours, avec également l'appui de nouvelles solutions de mobilité pour la population comme pour les professionnels de santé. Dans cet accès aux soins, **l'organisation cohérente des services d'urgence et des soins non programmés de ville** sera une priorité de ce Projet régional de santé. Enfin, cette stratégie intègre l'objectif de développer systématiquement la **complémentarité entre établissements de santé d'un même territoire**, en particulier en cas de coexistence d'une offre publique et d'une offre privée.

Le renforcement de la résilience de notre système de santé est également une priorité majeure. Après deux années de crise pandémique, et face aux tensions récurrentes sur le système de santé, il nous faut en effet **améliorer les capacités de gestion des périodes de tension par l'action conjointe et solidaire des acteurs hospitaliers et de ville**. La généralisation du **Service d'accès aux soins**, qui permettra d'apporter une réponse 24h/24 7j/7 à chaque Normand ayant une demande de soins urgents, sera un apport essentiel à la résilience collective.

Enfin, parce qu'il faut porter un effort particulier envers les populations les plus fragiles, ce Projet régional de santé s'engage spécifiquement en faveur de **l'offre de soins et d'accompagnement à destination des personnes en situation de handicap, de précarité ou encore sur la santé mentale des Normands**.

# 1. Relever le défi du **vieillissement** et de la **perte d'autonomie**

La période couverte par le présent Projet régional de santé va voir les premières cohortes de la génération du baby-boom dépasser les 80 ans, à partir de 2025. Cette transition démographique majeure concerne la France – et même l'Europe – entière, et va changer nos sociétés pour longtemps. Dans ce contexte général, **la Normandie vieillit encore plus rapidement que d'autres régions** : d'ici 2030, les plus de 65 ans y seront plus nombreux que les moins de 15 ans.

Attendue depuis longtemps, cette vague du vieillissement sera très concrète et ressentie dans l'ensemble des secteurs de la vie sociale, qu'il s'agisse du marché du travail, de la vie économique ou du secteur de la santé. Elle concernera une génération aux besoins différents en matière d'accompagnement, qui exprime en particulier l'attente de **pouvoir vieillir chez soi, le plus longtemps possible avec une offre de soins adaptée à son état de santé**.

En cela, la transition démographique qui s'amorce déjà en Normandie est autant un défi à relever qu'**une opportunité de « faire autrement »** pour tous les acteurs de santé. C'est l'ambition de ce Projet régional de santé que d'accompagner ce mouvement collectif vers le bien vieillir.

## 1.1. Prévenir et anticiper la perte d'autonomie

L'allongement de l'espérance de vie doit être **un allongement de l'espérance de vie en bonne santé**. Or, si la France se classe parmi les premiers pays européens en matière d'espérance de vie (l'INSEE évoque même le titre de « champion d'Europe avec 30 000 centenaires »), elle est plus proche du milieu de classement si l'on s'attache à l'espérance de vie en bonne santé.

En Normandie comme ailleurs, **la qualité des « années de vie supplémentaires »** représente donc un réel enjeu, et **la prévention de la perte d'autonomie** doit être une priorité partagée. Pour cela, il est important de sensibiliser l'ensemble des personnes et de développer des actions de prévention sur les territoires. Il est également essentiel d'identifier les plus fragiles afin de leur proposer des actions renforcées en proximité.



**Pour cela, les actions suivantes seront engagées prioritairement dans le cadre de ce Projet régional de santé**

- **Sensibiliser l'ensemble de la population aux enjeux du bien vieillir et de la prévention de la perte d'autonomie ;**
  - encourager les **actions de formation** des professionnels du soin et de l'accompagnement,
  - **sensibiliser les personnes âgées et les aidants,**
  - mener des **actions de communication grand public** en ciblant les populations de plus de 55 ans, y compris dans le milieu professionnel,
- **développer en proximité des actions de prévention ciblées sur les facteurs de risque de fragilité intrinsèques (liés aux capacités de la personne âgée) et extrinsèques (liés à l'environnement des personnes) ;**
  - prévenir le risque de chute en s'appuyant sur le **plan régional antichute**, notamment en sensibilisant les professionnels sur l'identification des risques de chute (signes « avant-chuteurs ») et en mobilisant les nouvelles technologies,
  - développer dans chaque territoire la **prévention par l'activité physique adaptée**, en s'appuyant sur le réseau des Maisons sport-santé,
  - améliorer la **pertinence des traitements médicamenteux** et développer la **conciliation/optimisation médicamenteuse** en s'appuyant sur l'engagement des pharmaciens,

■ repérer les personnes les plus fragiles ;

- améliorer les **outils d'observation** pour mieux identifier les plus fragiles,
- expérimenter et développer des **dispositifs de repérage et de suivi** de type « ICOPE\* » pour former et faire participer à ce repérage des fragilités toutes les personnes intervenant couramment au domicile des personnes âgées (exemple des facteurs),
- mieux coordonner et prendre en compte les **alertes des transporteurs sanitaires, des services de secours et des services de téléassistance**, qui sont susceptibles de repérer les plus fragiles lors de leurs interventions,

■ développer les actions « d'aller vers » ;

- promouvoir l'intervention à domicile des **Équipes mobiles gériatriques (EMG) post repérage**, sur la base des signalements reçus par les acteurs participant au repérage,
- encourager la **mobilisation citoyenne** à travers le déploiement d'expérimentations visant à lutter **contre l'isolement social** dans les territoires ruraux les plus isolés,
- faire mieux accéder aux soins **les personnes âgées isolées par des dispositifs d'aller vers** (médicobus, consultations avancées) ou de mobilité santé.



Indicateur d'atteinte de l'objectif

Nombre moyen annuel d'évaluations réalisées au domicile des personnes âgées par les Équipes mobiles de gériatrie à domicile (EMGD)	Valeur 2023	Valeur 2028
	160	320

*\*Programme développé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et expérimenté par le CHU de Toulouse, dont l'objectif est de prévenir l'entrée dans la dépendance en identifiant précocement les signes de fragilité chez les personnes âgées.*

## 1.2. Favoriser le maintien à domicile le plus longtemps possible ainsi que les accompagnements ambulatoires et à domicile des personnes âgées

Près de 9 Normands sur 10 déclarent souhaiter vieillir à domicile. **Ce projet de vie est souvent confronté à des obstacles** tels que la difficulté à mettre en œuvre au domicile des personnes les accompagnements, services et aides nécessaires (y compris techniques).

Ainsi, dans un contexte de perte d'autonomie, les leviers en faveur de **la préparation et de l'anticipation des enjeux du maintien à domicile** doivent pouvoir être activés notamment en développant l'information sur l'offre disponible.

Cette offre, présente sur les territoires, est assurée par des services d'aide et de soins à domicile qui seront transformés, durant la période de mise en œuvre de ce Projet régional de santé, en **Services autonomie à domicile (SAD)**. Le volume d'activité et les ressources de ces Services autonomie à domicile (SAD) devront s'accroître considérablement pour faire face aux besoins, car **ils seront la solution de référence pour les personnes en perte d'autonomie – à la différence des Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) qui constitueront la solution de recours.**

L'un des enjeux réside également dans la **bonne collaboration** des Services d'autonomie à domicile (SAD) avec l'ensemble des autres acteurs – professionnels de santé de ville, hôpital, Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) – afin d'offrir **un parcours fluide et un accompagnement de qualité aux personnes**, en réponse à leurs besoins.



Pour cela, les actions suivantes seront engagées prioritairement dans le cadre de ce Projet régional de santé

### ■ Apporter une réponse au plus près du besoin de la personne ;

- renforcer les interventions et l'efficacité des services à domicile par le **déploiement de la réforme des Services autonomie à domicile (SAD)** qui vise à ce que chaque service puisse assurer l'ensemble de la palette des accompagnements et des soins, en pilotant expressément ce déploiement. L'objectif est que le modèle Services autonomie à domicile (SAD) de Normandie réponde bien à l'enjeu de polyvalence et de réactivité attendu pour une capacité de maintien à domicile à l'échelle des besoins,
- **renforcer le lien ville-hôpital** autour des personnes âgées en situation complexe,
- **renforcer le lien hôpital-EHPAD-domicile** en mettant les Centres ressources territoriaux (CRT) des Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) au service des acteurs du domicile,
- permettre un repérage, un diagnostic et une prise en soins/accompagnement le plus rapidement possible afin d'**éviter la dégradation** de la situation au domicile,

### ■ rendre les logements mieux adaptés au maintien à domicile ;

- faciliter l'**accès aux aides techniques permettant le maintien** de la personne dans son logement,
- faciliter la **mise en place des aides techniques/équipements améliorant la prise en charge** par les professionnels des personnes accompagnées,

### ■ accompagner l'évolution des pratiques professionnelles ;

- soutenir la **formation** des professionnels,
- faciliter l'**interconnaissance des métiers** du domicile,

▪ **développer les alternatives favorisant le maintien à domicile ;**

- développer des **modalités d'accompagnement à domicile complémentaires** aux services existants par l'intermédiaire des Centres des ressources territoriaux (CRT) pour les personnes âgées qui ne souhaitent pas une orientation en établissement,
- favoriser les **initiatives innovantes sur les territoires** en commençant par mettre en œuvre sur chaque département un Centres des ressources territoriaux (CRT) qui aura pour mission d'apporter une offre de service aux usagers ainsi qu'aux professionnels,
- encourager les **démarches locales d'habitat inclusif** en collaboration avec les conseils départementaux.



**Indicateurs d'atteinte de l'objectif**

Nombre de Centres de ressources territoriaux (CRT) rattachés aux Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et déployés sur la région	Valeur 2023 <b>0</b>	<b>Valeur 2028</b> <b>11</b>
Taux de couverture en % du territoire normand en services autonomie mixtes (soins et aide)	Valeur 2023 <b>0</b>	<b>Valeur 2028</b> <b>100</b>

### 1.3. Garantir l'accès aux soins et aux accompagnements en proximité pour les personnes âgées

Le vieillissement de la population conduira dans les années à venir à une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes et de leurs besoins de soins. Il est donc nécessaire de **concevoir une offre de santé prenant en compte leurs besoins et leurs attentes**, que les personnes soient à leur domicile ou en établissement.

Il s'agira donc de faciliter pour les personnes âgées d'une part : **l'accès aux structures de soins en évitant, chaque fois que c'est possible, le passage par les urgences**, et d'autre part, la sortie de ces structures, **en assurant des parcours de soins coordonnés avec le secteur médico-social, le secteur social et les professionnels de ville**.

Il s'agira également qu'**un maximum de soins et d'accompagnements soient effectués à domicile ou en grande proximité** grâce à une offre de santé mobile permettant de couvrir les territoires les plus isolés. Dans le même objectif, le recours à la **télésanté** sera un levier essentiel (téléassistance, télésurveillance, téléconsultation) et complémentaire.



Pour cela, les actions suivantes seront engagées prioritairement dans le cadre de ce Projet régional de santé

#### ■ Favoriser le maintien à domicile en ;

- renforçant **les équipes mobiles** afin qu'elles interviennent davantage au domicile des personnes (Équipes mobiles de gériatrie à domicile, de rééducation, de psychiatrie, de soins palliatifs le cas échéant),
- mobilisant **les solutions d'« aller vers » de type medicobus** au bénéfice des personnes âgées,
- développant une offre robuste et réactive de **Services autonomie à domicile (SAD)**, dans le cadre de la réforme en cours qui vise à proposer un accompagnement global aux personnes (soins et accompagnement),
- développant les **solutions de téléassistance, télésurveillance, télémédecine,**

#### ■ lorsqu'une hospitalisation est inévitable, offrir aux personnes âgées un parcours de qualité en évitant les urgences et en visant la durée de séjour la plus courte possible ;

- intégrer les **plateformes d'expertise gériatrique** gérées par chaque Groupement hospitalier de territoire (GHT) (porte d'entrée dans les parcours de soins) dans les Services d'accès aux soins (SAS) pour faciliter les conseils et l'orientation,
- former les professionnels de l'Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) à la **gestion des épisodes aigus**,
- envisager systématiquement la **solution de l'Hospitalisation à domicile (HAD)**, y compris en Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD),
- dès l'entrée de la personne âgée à l'hôpital, initier systématiquement la **réflexion sur la sortie**,
- améliorer les **solutions d'aval à l'hospitalisation** en facilitant le recours au **dispositif d'Hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation (HTSH)** en Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD),
- faire recourir les hôpitaux au **Programme de retour à domicile (PRADO)** pour les personnes âgées porté par l'Assurance maladie,

■ **renforcer le recours à la télésanté ;**

- développer les initiatives de **télesurveillance** pour anticiper et gérer les besoins de soins,
- développer la **téléassistance** des personnes,
- permettre aux personnes âgées de bénéficier de **téléconsultations en Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)** (même si elles n'y sont pas résidentes). La quasi-totalité des établissements étant aujourd'hui équipés, il est maintenant indispensable que les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les professionnels de santé développent ensemble la réalisation de consultations, dans le cadre des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et des Groupements hospitaliers de territoire (GHT).



**Indicateurs d'atteinte de l'objectif**

Nombre de personnes ayant bénéficié d'une prise en charge en Hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation (HTSH) en Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)	Valeur 2023 <b>72</b>	<b>Valeur 2028</b> <b>300</b>
Nombre de déclenchements du Programme de retour à domicile (PRADO) personnes âgées	Valeur 2023 <b>789</b>	<b>Valeur 2028</b> <b>1 500</b>

## 1.4. Diversifier l'offre d'hébergement en établissement et promouvoir les alternatives

La région Normandie présente l'avantage d'**un taux d'équipement en hébergement pour personnes âgées supérieur à la moyenne nationale** (d'environ 5 points s'agissant des Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et de plus de 15 points s'agissant des logements sociaux de type résidence autonomie).

Cependant, cette offre d'hébergement reste peu diversifiée et centrée sur l'hébergement permanent, tandis que **les taux d'accueil de jour, d'accueil de nuit et d'hébergement temporaire sont inférieurs à la moyenne française**.

Pourtant, ces nouvelles modalités d'accompagnement sont susceptibles de répondre au souhait de rester aussi longtemps que possible à son propre domicile et de préparer progressivement, si nécessaire, la transition vers un emménagement permanent en Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Il est donc essentiel de **diversifier l'offre d'accompagnement** – séquentielle, renforcée, spécialisée – proposée par les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et de faire de ces derniers **de vrais lieux de vie**, pour mieux répondre aux besoins des personnes concernées et de leurs aidants.



Pour cela, les actions suivantes seront engagées prioritairement dans le cadre de ce Projet régional de santé

- **Mieux répondre aux besoins de soins et d'accompagnement par une diversification des modalités de prise en charge ;**
  - déployer les **Pôles d'activité et de soins adaptés (PASA)** sur les territoires et expérimenter des Pôles d'activité et de soins adaptés (PASA) ouverts en soirée. Il s'agit de développer des lieux de vie au sein des Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), destinés à accueillir durant la journée ou la soirée des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie neurodégénérative associée à des troubles du comportement modérés,
  - mieux prendre en compte les troubles du comportement en créant plus d'**Unités spécialisées pour les personnes présentant des troubles modérés** (unités de vie protégées) ou **des troubles sévères** (unités d'hébergement renforcées),
  - développer l'**offre de psychogériatrie** pour mieux prendre en compte les enjeux de santé mentale au quotidien, notamment en mobilisant le centre de ressource inter-régional en psychogériatrie et en psychiatrie de la personne âgée,
  - encourager le **recours à l'Hospitalisation à domicile (HAD) au sein de l'Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)**, notamment en sensibilisant les professionnels sur l'intérêt et les conditions et facilités de mise en œuvre de cet accompagnement,
  - faciliter le **recours aux soins palliatifs en Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)** pour améliorer l'accompagnement de la fin de vie, notamment en améliorant la formation des professionnels sur ce sujet et en facilitant le recours à l'expertise (intervention des équipes mobiles de soins palliatifs),

■ **faire des Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de vrais lieux de vie ;**

- encourager la **transformation des pratiques** dans l'ensemble de nos Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) normands, notamment par la diffusion de recommandations de bonnes pratiques professionnelles et organisationnelles et de retours d'expériences inspirants,
- accompagner des projets, notamment immobiliers, permettant de mieux prendre en compte les besoins et souhaits des personnes d'**être « comme à la maison »**, en s'appuyant sur les programmes de référence en matière de reconstruction,
- promouvoir l'**accès à l'innovation et à l'ensemble des techniques de gestion automatisée appliquées à l'habitation** (confort, sécurité, communication),
- permettre aux Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) d'être des **lieux d'accueil de la vie locale**, afin de créer du lien notamment dans une dynamique intergénérationnelle (tiers lieux),

■ **garantir l'accès à l'expertise et aux besoins de soins spécialisés ;**

- renforcer l'**accès à l'expertise gériatrique** grâce aux plateformes d'expertise gériatrique intégrées aux Services d'accès aux soins (SAS), en mobilisant le cas échéant les dispositifs de télésanté et les équipes mobiles de gériatrie,
- développer les partenariats avec les **Unités cognitivo-comportementales (UCC)** pour répondre aux troubles du comportement des résidents,
- permettre l'accès à l'**expertise en psychogériatrie**, en mobilisant le centre de ressources en psychogériatrie,
- renforcer l'accès aux **consultations mémoire de territoire**, en privilégiant la proximité en lien avec le médecin traitant et le médecin coordonnateur,

■ **développer les offres séquentielles ;**

- renforcer l'offre d'**accueil de jour et d'accueil de nuit**,
- promouvoir l'**hébergement temporaire**, y compris en sortie d'hospitalisation et, le cas échéant, en urgence.



**Indicateurs d'atteinte de l'objectif**

Pourcentage d'Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) équipés en Pôles d'activité et de soins adaptés (PASA)	Valeur 2023	<b>Valeur 2028</b>
	<b>29 %</b>	<b>40 %</b>

Nombre de Pôles d'activité et de soins adaptés (PASA) de soirée déployés	Valeur 2023	<b>Valeur 2028</b>
	<b>0</b>	<b>11</b>

## 1.5. Assurer aux personnes accompagnées un environnement bientraitant

7 Français sur 10 se disent inquiets des risques de maltraitance pour eux-mêmes ou pour leurs proches. Cette inquiétude doit nous mobiliser en faveur de la bientraitance en région Normandie.

En effet, qu'elles résident à domicile ou en établissement sanitaire ou médico-social, les personnes âgées doivent **se voir garantir un accompagnement bientraitant qui commence par le respect de l'ensemble de leurs droits et libertés**. Ce sujet est abordé de manière spécifique dans le rapport annuel de la Commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers (CSDU) sur le respect des droits des usagers.

La promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance passent notamment par **la diffusion de retours d'expériences** de façon à valoriser les initiatives positives et à inciter leur duplication sur les territoires. Il est également indispensable **d'organiser la remontée et le traitement des plaintes, réclamations, signalements d'actes de maltraitance** (qu'ils émanent des personnes elles-mêmes, des familles et aidants, ou des professionnels) pour pouvoir engager sans délai des actions correctives.

Cette priorité doit être partagée par toutes et tous. C'est pourquoi il est indispensable de **renforcer la sensibilisation du grand public, la formation des professionnels et la mobilisation des établissements afin que la bientraitance soit partie intégrante des projets de vie des personnes et des projets des établissements** (pratiques professionnelles, organisations, environnements). Par ailleurs, nos **instances normandes de démocratie sanitaire** insistent sur le fait que la question de la bientraitance des usagers ne peut être dissociée de celle des **conditions de travail et de la qualité de vie au travail des professionnels** (cf. point 10.4).



Pour cela, les actions suivantes seront engagées prioritairement dans le cadre de ce Projet régional de santé

### ■ Garantir le respect des droits et libertés des personnes ;

- garantir les **droits fondamentaux** des personnes, dans une logique d'autodétermination : information, consentement, choix, décision,
- proposer à chacun un **projet d'accompagnement individualisé** prenant en compte ses besoins et ses attentes et impliquant les proches aidants,
- assurer le **respect des libertés d'aller et venir et de recevoir**, sachant que ce droit a été sérieusement atteint pour faire face à la pandémie de Covid-19,

### ■ intégrer la bientraitance aux pratiques, organisations, environnements ;

- **former et sensibiliser** les professionnels en s'appuyant sur les recommandations de bonne pratique de la Haute autorité de santé (HAS),
- prendre en compte les **recommandations de la Haute autorité de santé (HAS)** sur la bientraitance dans l'ensemble des protocoles de soins et d'accompagnement,

### ■ renforcer l'identification, le signalement et l'analyse des situations de maltraitance ;

- organiser la **remontée et le traitement des plaintes, réclamations, signalements** d'actes de maltraitance (qu'ils émanent des personnes elles-mêmes, des familles et aidants, des professionnels),
- encourager la **remontée d'évènements indésirables de maltraitance** et l'analyse de situations,
- soutenir les établissements dans l'**analyse des évènements**,

### ■ s'assurer que la lutte contre la maltraitance est une priorité pour l'ensemble des acteurs et au sein de nos établissements ;

- développer des **actions de communication** auprès de la population visant à rétablir la confiance,
- accompagner les établissements dans **leurs initiatives**,
- procéder aux **investigations nécessaires** pour s'assurer de la réalité des actions mises en place (contrôles sur pièces et inspections sur site).



### Indicateur d'atteinte de l'objectif

Nombre d'Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ayant fait l'objet d'un contrôle sur pièces (les contrôles sur pièces s'attachent systématiquement à l'enjeu de promotion de la bientraitance et de prévention de la maltraitance)

Valeur 2023

75

**Valeur 2028**

**292**

## 2. Mailler l'offre de soins en conjuguant ambition pour la proximité et excellence du recours et en organisant les mobilités

La Normandie fait face, comme ailleurs, à une tendance générale au **regroupement des activités de soins**, liée aux tensions démographiques, mais aussi à l'évolution des pratiques professionnelles. Ce regroupement des activités se traduit de manière schématique par la **relégation de l'exercice individuel au bénéfice de la généralisation du travail en équipe**. Cette évolution des pratiques est d'ailleurs le fruit d'une évolution des besoins des patients eux-mêmes, dont le vieillissement et le poids des maladies chroniques nécessitent une prise en charge de plus en plus coordonnée entre professionnels de santé.

En dépit de cette tendance au regroupement, le **maillage de l'offre de soins se doit d'apporter indifféremment à chaque Normand, quel que soit son lieu d'habitation, l'ensemble des prises en charge nécessaires à ses besoins**. Ceci signifie que même si toutes les activités de soins ne peuvent être réalisées partout, notamment les plus pointues d'entre elles, les **territoires les plus éloignés des grands centres doivent faire l'objet d'un effort supplémentaire** pour que l'accès aux soins et aux accompagnements y soit une réalité. Sans cela, nous courons le risque d'un isolement géographique et générationnel d'une grande partie de la population vis-à-vis de l'offre de soins.

La priorité doit donc être donnée à la **proximité dans le maillage de l'offre de soins**. Ceci passe par un triple effort :

- l'implantation en proximité des soins primaires, par l'exercice coordonné des professions de ville et par le développement de la médecine hospitalière dans tous les territoires ;
- le développement résolu de l'offre diagnostique dans tous les territoires, par davantage de dépistages, d'équipements médicaux lourds, de consultations avancées et d'explorations fonctionnelles au plus près des populations ;
- la consolidation de l'offre de second recours présente dans les territoires et les villes moyennes par la systématisation de partenariats forts, entre l'hôpital et la clinique d'une même ville comme entre les hôpitaux de petite taille et leur établissement support de groupement.

Enfin, parce que ce maillage, même ambitieux, ne saurait tout résoudre, la **question des mobilités en santé s'impose**. « L'aller vers » en santé, mais aussi la mobilité organisée des populations âgées ou isolées vers les lieux de soins, doivent nous mobiliser collectivement en Normandie.

### 2.1. Garantir l'accès aux soins et aux dépistages en proximité et penser les mobilités nécessaires

L'objectif de la proximité est de **garantir l'accès à des services en santé indispensables au plus près des usagers**. La notion de proximité est d'abord perçue d'un point de vue géographique, mais elle suppose un juste équilibre entre les notions d'accessibilité, de pertinence, de qualité, de sécurité et d'efficacité des soins et de prévention.

L'accessibilité est un facteur très important de qualité de vie, notamment pour les usagers atteints de maladies chroniques.



**Pour cela, les actions suivantes seront engagées prioritairement dans le cadre de ce Projet régional de santé**

- Poursuivre, accompagner et piloter dans les territoires prioritaires **le déploiement de l'exercice coordonné**, des Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) aux centres de santé salariés ;
- avec l'Assurance maladie, **faciliter l'accès à un médecin traitant et à un soignant relai** en particulier pour les personnes atteintes de maladies chroniques en affection de longue durée ;
- **réduire les délais de diagnostic en développant l'offre de biologie, d'imagerie en coupe et d'explorations fonctionnelles en proximité**, de manière à orienter plus rapidement les patients vers les centres de traitement ou de chirurgie ;
- **développer l'offre de médecine polyvalente ou gériatrique**, ainsi que l'offre de traitements chroniques, dans le cadre d'hôpitaux de proximité ;
- **étendre le nombre d'établissements associés en chimiothérapie**, afin de permettre la poursuite en établissement de proximité de traitements primo-prescrits par un établissement de santé titulaire de l'autorisation de cancérologie ;
- structurer et développer **l'offre de soins palliatifs**, en garantissant à l'échelle régionale et territoriale, la définition d'une filière de soins palliatifs assurant la mise en œuvre de parcours gradués et coordonnés de proximité et de recours, en cohérence avec les besoins des personnes nécessitant des soins palliatifs ;
- développer **l'offre d'équipes mobiles** à l'appui des professionnels de premier recours (par exemple en soins palliatifs ou également en réadaptation) ;
- développer **l'offre de soins à domicile** en déployant l'Hospitalisation à domicile (HAD) en soins médicaux et de réadaptation ;
- conforter **l'offre obstétricale de proximité** en renforçant les services rendus par les centres périnataux de proximité et en élargissant l'offre d'Hospitalisation à domicile (HAD) vers les soins ante et post-partum et l'Hospitalisation à domicile (HAD) post-natale ;
- structurer une **offre de mobilité et « d'aller vers »** les usagers ;
  - poursuivre le développement et renforcer la **télé médecine** pour garantir l'accès à des services en santé en proximité,
  - organiser une nouvelle mobilité des patients dans toute la région, en lien avec les collectivités locales et l'offre de transports sanitaires,
  - développer les dispositifs du type « medicobus » pour compléter le maillage d'accès aux soins,
- développer la **prise en charge de l'endométriose** en ciblant les populations et les territoires dont la prise en charge est inégale ;
- faciliter **l'accès au dépistage organisé des cancers** par la mobilisation des professionnels de santé et les actions « d'aller vers » les personnes les plus éloignées socialement, territorialement, et en écart aux soins ;
- développer **la prévention et le diagnostic des maladies cardiovasculaires**, en particulier des femmes pour lesquelles il existe un biais culturel défavorable de repérage ;

- poursuivre le **déploiement du projet régional « Repérage précoce intervention brève »** (RPIB) (alcool/tabac/cannabis). Ce projet permettra d'offrir, dans un premier temps, aux professionnels libéraux et à la santé scolaire, une formation à la technique de l'intervention brève et sera l'occasion de nouer un partenariat pérenne avec les acteurs spécialisés en addictologie présents sur leur territoire, tout particulièrement entre « consultations jeunes consommateurs » et établissements scolaires, et entre Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et professionnels libéraux ;
- clarifier la place de chaque acteur dans le **dépistage du VIH et des Infections sexuellement transmissibles (IST)** pour permettre une réponse proportionnée et adaptée aux besoins des différents publics dans tous les territoires.



### Indicateurs d'atteinte de l'objectif

Nombre total d'équipements matériels lourds d'imagerie (nombre de scanners et IRM installés et mis en œuvre)	Valeur 2023 <b>136</b>	<b>Valeur 2028</b> <b>162</b>
Taux de recours à l'Hospitalisation à domicile (HAD)	Valeur 2023 <b>19 patients</b> par jour /100 000 hbts	<b>Valeur 2028</b> <b>30 patients</b> par jour /100 000 hbts
Nombre de patients atteints d'une pathologie chronique bénéficiant de télésanté dans leur parcours	Valeur 2023 <b>28 000</b>	<b>Valeur 2028</b> <b>100 000</b>

## 2.2. Veiller à la cohésion territoriale de l'offre de soins, par une gradation des soins reposant sur des équipes mutualisées et par la complémentarité des établissements implantés sur le même bassin de population

L'offre de soins repose sur un principe nécessaire de gradation, reposant sur le constat que si les activités les plus pointues ne doivent nécessairement être assurées que dans certains grands établissements de santé, l'accès à ces derniers doit être garanti depuis tous les points du territoire.

Par ailleurs, certaines activités reposent sur l'engagement d'équipes médicales nombreuses, en particulier lorsqu'elles sont sujettes à des gardes et à de la permanence de soins (notamment urgences, anesthésie, chirurgie obstétrique). Aussi, pour en protéger le maillage dans un contexte de raréfaction des médecins, il est indispensable d'organiser la complémentarité des acteurs et d'éviter des concurrences contre-productives dans les territoires les plus fragiles.

Pour consolider l'offre de second recours présente dans les territoires et les villes moyennes, ce Projet régional de santé incitera au rapprochement entre établissements publics et privés de santé d'un même bassin de vie, en corrélant les autorisations d'activité de soins à la production d'un descriptif partagé de l'articulation des projets médicaux des établissements et veillera à l'instauration d'Équipes médicales de territoire (EMT) dans les spécialités à garde entre les hôpitaux de petite taille et leur établissement support de groupement.



### Pour cela, les actions suivantes seront engagées prioritairement dans le cadre de ce Projet régional de santé

- Conforter les centres de recours et de référence pour les soins les plus complexes, afin de développer des prises en charge de haut niveau par des équipes médico-soignantes spécialisées ;
  - assurer l'accessibilité effective de l'offre de soins de recours et de référence, pour que chaque patient puisse avoir accès à une équipe spécialisée rapidement,
  - organiser des équipes médicales mutualisées de territoire dans les spécialités à garde entre les hôpitaux de taille intermédiaire et leur établissement support de groupement,
  - développer l'offre de télémédecine et de consultations avancées,
- inciter au rapprochement entre établissements publics et privés de santé d'un même bassin de vie, en corrélant les autorisations d'activité de soins à la production d'un descriptif partagé de l'articulation des projets médicaux des structures et des groupements auxquelles elles participent avec l'appui proactif d'un « comité des coopérations » indépendant, placé auprès de la commission spécialisée de l'offre de soins, qui peut être missionné en cas de difficultés dans la définition des modalités de cette articulation ;
- permettre à tous les établissements dotés d'un service d'urgences de s'équiper en matériel d'imagerie lourde (scanner et/ou IRM) ;
- faciliter l'accès du patient aux ressources matérielles et médicales rares ;
- proposer un projet médical cohérent au patient, par filière, du dépistage à l'hospitalisation aiguë ;
- généraliser les consultations avancées pour organiser l'accès au spécialiste et à l'établissement de recours ou de référence pour le traitement ;
- favoriser la coordination des professionnels pour les prises en charge les plus complexes.



### Indicateurs d'atteinte de l'objectif

Nombre d'Equipes médicales de territoire (EMT)	Valeur 2023	<b>Valeur 2028</b>
	16	29

Nombre de descriptifs partagés de l'articulation des projets médicaux des structures et des groupements à l'appui des demandes d'autorisation	Valeur 2023	<b>Valeur 2028</b>
	0	7

### 2.3. Apporter aux habitants une réponse efficace à leur demande de soins urgents et non programmés, reposant sur le partenariat territorial entre professionnels libéraux et établissements de santé

La fragilité des services d'urgence s'est traduite depuis l'été 2022 par **des difficultés croissantes pour assurer la continuité des soins**. Le contexte démographique des cinq prochaines années constitue un risque supplémentaire. Or, **une part significative des passages aux urgences relève d'une prise en charge par la médecine de ville**.

Les usagers rencontrent des **difficultés pour accéder à leur médecin traitant** qui peine à répondre à l'augmentation de la demande de soins. Aussi, en cas de besoin de soins non programmés, les patients s'orientent tout naturellement **vers les services d'urgence qui absorbent très difficilement ces demandes qui ne relèvent pas de l'urgence vitale**. A cela, s'ajoute l'accès direct aux services d'urgences qui n'incite pas au développement d'une offre structurée de soins non programmés de ville.

La demande de soins non programmés augmente par ailleurs sous l'effet de la **baisse du nombre de médecins** de premier recours installés. L'enjeu sur la durée du Projet régional de santé, sera donc d'organiser une réponse nouvelle, basée sur la **complémentarité de l'offre des professionnels de santé de ville et de l'hôpital**, s'appuyant sur un **renforcement des solutions d'orientation des patients**.



Pour cela, les actions suivantes seront engagées prioritairement dans le cadre de ce Projet régional de santé

- **Développer l'offre de régulation pour mieux orienter** les patients en situation d'urgence ressentie ;
- **développer les Services d'accès aux soins (SAS) sur l'ensemble des territoires** pour offrir à chaque Normand une réponse à une demande de soins urgents 24h/24 7j/7, qu'il s'agisse d'une urgence vitale ou d'un soin non programmé ;
- **construire des organisations territorialisées et coordonnées** entre professionnels libéraux et établissements de santé ;
- **développer et améliorer l'organisation de l'offre de soins non programmés** des médecins généralistes en ville ;
- **dynamiser les protocoles de coopération** entre personnel médical, paramédical et pharmaceutique pour la prise en charge des soins non programmés en ville ;
- **généraliser le principe d'orientation préalable à l'accès aux services d'urgence ;**
- clarifier le parcours de soins non programmés en l'absence de médecin traitant et communiquer sur le **réflexe « j'appelle le 15 »**.



### Indicateurs d'atteinte de l'objectif

Taux de couverture de la population par un Service d'accès aux soins (SAS)	Valeur 2023 <b>28,5 %</b>	<b>Valeur 2028 100 %</b>
--	------------------------------	------------------------------

Taux d'établissements support de service d'urgence disposant d'un dispositif formalisé d'orientation des patients	Valeur 2023 <b>15 %</b>	<b>Valeur 2028 100 %</b>
---	----------------------------	------------------------------

## 2.4. Renforcer les capacités de gestion des périodes de tension et de crise du système de santé normand

Profondément fragilisé par deux années de crise sanitaire, **notre système de santé connaît des tensions majeures récurrentes** qui s'exercent en Normandie sur une offre déjà fragilisée par la démographie médicale défavorable.

Par ailleurs, le système de santé est marqué par **des tensions saisonnières récurrentes** : hivernales avec les épidémies respiratoires, et estivales avec l'afflux touristique sur certains territoires et la pression des congés sur les effectifs soignants.

Il apparaît donc indispensable d'intégrer structurellement cette dimension à notre système de santé, pour répondre à ces difficultés par un ensemble de **mesures territorialisées**. L'objectif est de **définir et de soutenir des organisations territoriales renforçant l'accès aux soins urgents et non programmés**.



Pour cela, les actions suivantes seront engagées prioritairement dans le cadre de ce Projet régional de santé

- **Formaliser les procédures d'adaptation de l'offre d'hospitalisation en aval des services d'urgence et du court séjour ;**
  - ouverture de lits supplémentaires, déprogrammation, gestion territoriale des lits disponibles et autres mesures dans les établissements de court séjour, spécialisés en Soins médicaux et de réadaptation (SMR), en santé mentale et dans les établissements médico-sociaux,
- **décliner dans chaque territoire un plan territorial de continuité des soins en période de tensions accrues sur les ressources humaines du système de santé normand ;**
  - soutenir l'accès aux soins urgents et non programmés : gradation des services d'urgence, coordination de l'orientation des patients vers les effecteurs hospitaliers et libéraux, gestion territoriale des lits, renforcement des capacités d'orientation des patients dans le système de santé,
- **s'assurer de l'opérationnalité des moyens tactiques des établissements de santé ;**
- **accompagner les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) normandes dans la formalisation de leur plan de gestion de crise sanitaire, articulé avec le dispositif d'Organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles (ORSAN) normand ;**
- **s'appuyer sur les partenaires régionaux en cas de Situation sanitaire exceptionnelle (SSE) et notamment avec le Service de santé des armées (SSA).**



### Indicateurs d'atteinte de l'objectif

Nombre de cellules territoriales de gestion de lits	Valeur 2023	<b>Valeur 2028</b>
	0	9

Pourcentage de CPTS ayant formalisé un plan de gestion de crise sanitaire	Valeur 2023	<b>Valeur 2028</b>
	0 %	100 %

### 3. Améliorer la santé mentale des Normands

La santé mentale constitue plus que jamais une priorité de santé publique, tant est difficile la situation des personnes vivant avec des troubles psychiques. La **demande de soins est en augmentation constante**, notamment pour les troubles anxio-dépressifs, les psychotraumatismes, les troubles du comportement et les addictions. **Ces troubles appartiennent aux causes principales de morbidité et de mortalité représentant aujourd'hui le premier poste des dépenses de santé en France**, avec un coût total de 23,4 milliards d'euros pour l'Assurance maladie (14,5 % des dépenses) et de 30 milliards d'euros avec les aides indirectes (indemnités journalières - aide sociale). Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), plus de 500 troubles psychiques sont répertoriés et une personne sur trois vivra un trouble psychique au cours sa vie. La dépression est l'une des principales causes d'incapacité. Il ressort des prévisions actuelles que, d'ici 2030, la dépression viendra en tête des causes de morbidité dans le monde. Par ailleurs, les personnes atteintes de troubles mentaux graves meurent prématurément en raison le plus souvent de pathologies physiques évitables.

La Normandie n'échappe pas à ce constat avec **un nombre de passages pour troubles psychiques aux urgences adultes plus élevé** sur les deux années 2022 et 2023 (environ 8 500 passages entre janvier et mars) en comparaison à la moyenne des années 2019 à 2021 (6 600 passages entre janvier et mars). Chez l'enfant, le nombre mensuel de passages aux urgences pour troubles psychiques en 2022 est également supérieur aux années 2018 à 2020, mais aussi à 2021.

Cette hausse du passage dans les structures d'urgence est le **reflet d'une dégradation de la santé mentale de la population au décours de la pandémie de Covid-19**, et se heurte à un accès difficile aux soins en aval des urgences.

En effet, en Normandie, les délais d'accès aux soins psychiques ou psychiatriques ambulatoires sont contraints par un **déficit d'offre** (notamment de psychiatres) dans certains domaines, mais également par le **dépassement de nos modèles d'organisation parfois anciens**. Le partage des avancées et des bonnes pratiques contribue à faire progresser les organisations, la qualité des soins, la prévention et l'accompagnement et à optimiser le parcours de santé au service des personnes.

Dans ce contexte, la **perspective d'une structuration territoriale de la recherche en psychiatrie et santé mentale visant un rapprochement des acteurs de la recherche avec l'ensemble des acteurs du soin et de l'accompagnement est essentielle**. Elle viendra utilement compléter la dynamique territoriale engagée dans la démarche « Projet territorial de santé mentale » au bénéfice des parcours de soins et de vie.

#### 3.1. Conforter l'approche territorialisée des parcours de soins en mobilisant les Projets territoriaux de santé mentale (PTSM)

Issu de la loi de modernisation de notre système de santé, le **Projet territorial de santé mentale (PTSM)** vise à organiser un meilleur accès de la population :

- à la prévention, notamment **repérage, diagnostic et intervention précoce** des troubles ;
- à l'ensemble des **modalités et techniques de soins et de prises en charge spécifiques** ;
- aux **modalités d'accompagnement et d'insertion sociale**.

En Normandie, il existe 7 Projets territoriaux de santé mentale (PTSM), **un par territoire de santé**. Outre les enjeux de déstigmatisation et de prévention, ces sept projets visent à **améliorer les parcours en santé mentale, à tous les âges de la vie, fondés sur les besoins et aspirations des personnes et de leurs aidants** en favorisant une meilleure articulation entre les secteurs sanitaire, social et médico-social en lien avec une coordination des politiques publiques.

Lorsque l'on rentre dans l'opérationnalité des parcours, les différentes populations mobilisent des acteurs différents, en ayant **une attention particulière pour les personnes vulnérables** (en raison des situations ou des environnements auxquels elles sont confrontées), notamment la périnatalité, les enfants, les adolescents et jeunes adultes, les adultes, les personnes âgées et les personnes détenues ou en obligation de soins.

Dans les faits, et dans le cadre de cette démarche territorialisée, les états des lieux ont mis en avant la **nécessité d'une meilleure connaissance des acteurs entre eux et des dispositifs existants**, préalable pour pouvoir envisager une coordination plus efficace.

Par ailleurs, dans certains secteurs, l'insuffisance d'offre, notamment ambulatoire, est un frein à la fluidité des parcours. Ainsi, la priorité est au **renforcement de l'offre, notamment en psychiatrie**. Un des leviers consiste à renforcer la gradation de l'offre, en s'appuyant notamment sur les campagnes d'appels à projets conduites par le niveau national.



### Pour cela, les actions suivantes seront engagées prioritairement dans le cadre de ce Projet régional de santé

- Poursuivre les **initiatives en faveur de la déstigmatisation** des troubles mentaux et la **promotion de la santé mentale tout au long de la vie**, en s'inspirant des Semaines d'information en santé mentale (SISM) et en déployant la formation aux Premiers secours en santé mentale (PSSM) ;
- poursuivre la mise en place de **groupes de travail par populations**, dans l'objectif de structurer les parcours de soins et de vie avec l'ensemble des acteurs impliqués sur le territoire concerné. Une attention toute particulière devra être donnée à la **parole des usagers et des aidants** dans la construction des réponses ;
- renforcer la gradation des soins, en s'appuyant sur les différents **centres ressources/supports** (psychiatrie périnatale, troubles des conduites alimentaires, réhabilitation psychosociale, psychogériatrie et psychiatrie de la personne âgée, auteurs de violences sexuelles, autisme, psychotraumatisme...), dont le rôle est le suivant :
  - proposer un plan de **formation** à l'ensemble des acteurs concernés,
  - fournir un appui à la **structuration des offres de recours** (aide à l'ingénierie de projets, formation des professionnels...),
  - soutenir le fonctionnement des **offres de proximité** et participer à l'**animation territoriale** (mise à disposition d'outils cliniques et de protocoles validés, organisation de réunions d'échanges, accès à des évaluations et modalités de soins non disponibles en proximité),
  - contribuer à la **formation aux bonnes pratiques et au transfert de connaissances** à destination de l'ensemble des acteurs concernés,
- **établir des liens étroits et structurés** sur le thème de la santé mentale (gestion des situations complexes, la démarche Projet territorial de santé mentale (PTSM)) entre acteurs chargés de coordonner, notamment les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les Dispositifs d'appui à la coordination (DAC) et les Communautés 360 ;
- **veiller à la cohérence** des axes « santé mentale » des Contrats locaux de santé (CLS) et des Conseils locaux de santé mentale (CLSM) avec la démarche PTSM, en établissant des liens privilégiés entre les différents coordonnateurs sur un territoire de Projet territorial de santé mentale (PTSM) ;
- utiliser cette **démarche collaborative** qui bénéficie d'un coordonnateur pour organiser une **communication centralisée et lisible** pour la population sur des sujets relatifs à la santé mentale dans chaque territoire.



### Indicateurs d'atteinte de l'objectif

Nombre de formateurs accrédités aux Premiers secours en santé mentale (PSSM)	Valeur 2023	<b>Valeur 2028</b>
	<b>32</b>	<b>85</b>

Nombre de dispositifs de communication centralisés mis en place sur la santé mentale au bénéfice des territoires	Valeur 2023	<b>Valeur 2028</b>
	<b>0</b>	<b>7</b> (un par TS*)

\*TS : Territoire de santé

### 3.2. Poursuivre le développement des actions en faveur de la santé mentale des jeunes et étudiants

À la suite de la pandémie de Covid-19, la santé mentale de la population et notamment celle des jeunes est devenue une **priorité majeure**. Une récente étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) révèle ainsi que près d'un enfant sur six a eu besoin de soins de santé mentale entre mars 2020 et juillet 2021.

Dans ce contexte, le concept des **1 000 premiers jours** met en évidence cette période clé pour le développement de l'enfant. Ces 1 000 premiers jours sont le moment clé pour **agir, dans une approche globale de la santé de la mère et de l'enfant**, contre les inégalités sociales et leur reproduction, en œuvrant **pour l'égalité des chances**.

Ainsi, la **poursuite du développement de la psychiatrie périnatale** engagée récemment en Normandie (création au Havre d'un centre ressource régional de psychiatrie périnatale) est un impératif collectif.

Par ailleurs, la pluralité des facteurs qui conditionne la survenue d'un trouble psychique associée aux difficultés d'accès aux soins pour les enfants et les adolescents dans notre région conduit à une réflexion collective sur **la place des lieux d'écoute, de conseil et d'évaluation pluridisciplinaire de première ligne**. Là aussi, l'objectif est d'atteindre une organisation lisible et graduée de l'offre, à laquelle chaque échelon prend sa part.

Ces dernières années, **le recours aux services d'urgence normands** pour des motifs en lien avec la santé mentale a considérablement augmenté, mettant en évidence l'enjeu de mieux organiser l'offre de manière pluridisciplinaire et pluripartenariale sur chaque territoire. Une récente étude de Santé publique France montre en effet qu'en Normandie, le nombre mensuel de passages aux urgences de mineurs pour troubles psychiques entre janvier et mars 2023 (1 670) est en hausse de +50 % par rapport à la moyenne des années 2019-2021 (1 100), et encore de +10 % rien que par rapport à 2022 (1 519).



**Pour cela, les actions suivantes seront engagées prioritairement dans le cadre de ce Projet régional de santé**

- **Poursuivre les actions en faveur de la psychiatrie périnatale ;**
  - développer le **centre ressource de psychiatrie périnatale** avec notamment son volet « formation graduée » sur les thèmes périnataux (grossesse, accouchement, parentalité/pères, interactions précoces, développement émotionnel, troubles mentaux périnataux et traitements) et les thèmes de l'attachement, des traumatismes, des vulnérabilités environnementales (protection de l'enfance, pathologie borderline...),
  - **structurer un parcours en santé mentale et psychiatrie périnatale** avec l'ensemble des acteurs concernés, allant de la prévention à l'organisation graduée des soins psychiques en développant une offre dédiée à la psychiatrie périnatale dans chaque territoire,
  - organiser, via le centre ressource régional, des **Réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP)** dans toute la région sur les situations de psychiatrie périnatale,

- **développer des actions de prévention et de promotion de la santé mentale positive et des actions visant à éviter de basculer dans certains troubles mentaux tout au long de la vie dont ;**
  - **renforcer les compétences psychosociales** en poursuivant de manière volontariste la mise en œuvre de la stratégie nationale multisectorielle de développement des Compétences psychosociales (CPS) chez les enfants et les jeunes,
  - **accompagner les familles** en situation de fragilité psychosociale,
  - développer le **repérage précoce** de la souffrance psychique, notamment en formant et en sensibilisant les acteurs susceptibles d’y être confrontés : professionnels de la petite enfance, éducation nationale, enseignement supérieur et professionnel, aide sociale à l’enfance, Protection judiciaire de la jeunesse,
  - mieux **prévenir les conduites addictives**, avec des actions de prévention et d’intervention précoce auprès des jeunes consommateurs,
- **faciliter l’accès aux soins spécialisés en développant des lieux d’écoute, de conseils et d’évaluation pluridisciplinaire pour les enfants en lien avec l’ensemble des acteurs concernés ;**
- **faire évoluer le fonctionnement des Maisons des adolescents (MDA)** portées par les établissements de santé, en favorisant l’implication d’autres partenaires dans leur gouvernance afin de garantir une partie socle de services comprenant ;
  - une fonction **ressource** autour de l’adolescence,
  - le développement d’actions de **prévention** et de **promotion de la santé mentale positive**,
  - le déploiement de **lieux d’écoute, de conseils, d’évaluations** pluriprofessionnelles et d’orientation si besoin, de soutien et d’accompagnement,
  - une évolution des gouvernances en favorisant l’implication d’autres partenaires, notamment celles portées par des établissements de santé.



### Indicateurs d’atteinte de l’objectif

Nombre de territoires ayant mis en place une organisation graduée des soins en psychiatrie périnatale, incluant des Réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) avec le centre ressource du Havre	Valeur 2023 <b>0</b>	<b>Valeur 2028</b> <b>7</b> (un par TS*)
Nombre de Maisons des adolescents (MDA) portées par des établissements de santé ayant fait évoluer leur gouvernance	Valeur 2023 <b>0</b>	<b>Valeur 2028</b> <b>5</b>

\*TS : Territoire de santé

### 3.3. Prévenir, repérer et prendre en charge la crise suicidaire

La Normandie est la **2<sup>e</sup> région la plus impactée par le suicide** avec une surmortalité par rapport à la France de plus de 25 %, avec de fortes hétérogénéités infrarégionales (les territoires les plus touchés sont localisés en dessous de l'axe Cherbourg - L'Aigle, autour des territoires du Risle-Perche et du nord de la Seine-Maritime).

En 2023, **le taux d'hospitalisation standardisé normand pour tentative de suicide se situait au-dessus du taux national** (233,5 pour 100 000 habitants contre 152,1 pour 100 000 habitants en France métropolitaine). Le département de la Manche figurait parmi les départements présentant les taux d'hospitalisation pour tentative de suicide les plus élevés de France chez les hommes et les femmes. La Seine-Maritime est également l'un des départements affichant un taux d'hospitalisations très important chez les femmes.



Pour cela, les actions suivantes seront engagées prioritairement dans le cadre de ce Projet régional de santé

- **Répondre aux besoins d'écoute et d'accompagnement des personnes en souffrance ;**
  - développer et conforter le **soutien aux associations d'écoute** en diversifiant le public ciblé (Nightline, Solidarité paysans...),
  - favoriser le développement d'actions de **prévention sur le harcèlement**, basées sur les compétences psychosociales, en lien avec les Maisons des adolescents (MDA),
  - soutenir l'implantation du **numéro national de prévention du suicide 3114**, grâce au développement des partenariats (police, gendarmerie, secteur personnes âgées et personnes en situation de handicap, personnes détenues...), notamment sur les territoires prioritaires (Manche, Orne, Risle-Perche, Dieppe) et en faveur de populations prioritaires (notamment les jeunes),
- **renforcer le repérage du risque et de la crise suicidaires ;**
  - travailler la déclinaison territoriale des **formations prévention du suicide** (module « évaluation/ orientation » et « sentinelle »),
  - mettre en place des **modules de sensibilisation** et de **dispositifs sentinelle**,
- **prévenir la récurrence et la contagion suicidaires ;**
  - accompagner les **équipes Vigilans** dans le déploiement et l'animation du réseau des services d'urgences afin que la totalité d'entre eux participent à terme au dispositif,
  - repérer les **principaux lieux à risque** (hot-spots) et initier une réflexion sur la sécurisation de ces lieux avec les collectivités concernées,
  - développer les compétences des acteurs sur la **postvention**,
- **améliorer la communication spécifique à la prévention du suicide ;**
  - développer les compétences des acteurs sur la **communication sur la prévention du suicide** (média-training),
  - développer une **communication grand public régulière**.



### Indicateurs d'atteinte de l'objectif

Nombre minimal total cumulé d'actions de prévention du harcèlement (au moins 3 actions / territoire / an ; soit 21 actions au total chaque année)	Valeur 2023 <b>12</b>	<b>Valeur 2028 105</b>
Part de services d'accueil des urgences participant à Vigilans	Valeur 2023 <b>90 %</b>	<b>Valeur 2028 100 %</b>
Partenariats formalisés entre le 3114 avec chacun des services suivants : services de police, gendarmerie, Services départementaux d'incendie et de secours (SDIS)	Valeur 2023 <b>13 %</b>	<b>Valeur 2028 100 %</b>

### 3.4. Accélérer le déploiement de la réhabilitation psychosociale avec les professionnels du sanitaire et médico-social

**Le rétablissement en santé mentale est un processus par étape**, qui vise à ce qu'une personne ayant reçu un diagnostic de trouble psychique sévère puisse, malgré la maladie, trouver **sa place dans la société** en construisant un projet qui lui soit adapté.

Il est considéré comme une priorité de santé. Le Projet territorial de santé mentale (PTSM) a pour priorité **l'organisation d'un parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture**, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale. A ce titre, il prévoit les actions destinées à prévenir la survenue ou l'aggravation du handicap, par l'accès le plus précoce possible aux soins notamment de réhabilitation, et aux accompagnements sociaux et médico-sociaux.



Pour cela, les actions suivantes seront engagées prioritairement dans le cadre de ce Projet régional de santé

- **Poursuivre la politique d'information et de formation à la culture et aux outils de réhabilitation psychosociale engagée par le centre support régional**, visant à développer un langage commun entre les différents secteurs (sanitaire, social et médico-social) ainsi que de nouvelles compétences ;
- **poursuivre le développement des centres de soins de réhabilitation psychosociale de proximité** visant un égal accès aux soins de réhabilitation psychosociale en tout point de la région en 2025 ;
- mettre en place une organisation sanitaire, sociale et médico-sociale permettant le **déploiement d'évaluations médico-sociales complémentaires aux évaluations psychosociales**, indispensables à l'élaboration d'un projet de vie réaliste pour chaque personne concernée ;
- **poursuivre le développement de la psychoéducation** à travers l'éducation thérapeutique des personnes concernées et des aidants, et mener des actions de prévention et de surveillance des effets secondaires des psychotropes ;
- **favoriser la pair-aidance** dans les dispositifs de soins et d'accompagnement social et médico-social, en soutenant notamment la professionnalisation.



#### Indicateurs d'atteinte de l'objectif

Nombre de centres de soins de réhabilitation psychosociale de proximité	Valeur 2023	<b>Valeur 2028</b>
	0	18

Nombre de territoires dotés de pair-aidants professionnels ou en cours de professionnalisation	Valeur 2023	<b>Valeur 2028</b>
	2	7

### 3.5. Organiser les conditions de réalisation d'une offre graduée des soins psychiques ou psychiatriques

Au regard de l'incidence des troubles mentaux, la **notion de gradation des soins psychiques et psychiatriques est essentielle entre le premier recours et les services spécialisés** et mérite d'être davantage structurée. La Normandie, particulièrement concernée par les problématiques de santé mentale, doit rendre cet objectif prioritaire.

La région connaît des **taux de prise en charge pour troubles de l'humeur et addiction supérieurs à la moyenne nationale**, avec 17,2 % des bénéficiaires du régime général âgés de 18 à 64 ans pris en charge pour des troubles de l'humeur (contre 16,8 % en France) et 6,3 % pour addiction (contre 5,2 % en France). On observe également une **augmentation du recours aux urgences** avec un nombre de passages aux urgences pour troubles de l'humeur en mai 2022 supérieur à celui de 2021 (+25 %) et à la moyenne des passages des années 2018 à 2020 en mai (+66 %).

Le **lien entre suicide et troubles mentaux** (en particulier la dépression et les troubles liés à l'usage de l'alcool) est bien établi dans les pays à revenu élevé (Organisation mondiale de la santé). Sans qu'il s'agisse d'un facteur unique, la maladie mentale est très souvent retrouvée dans les autopsies psychologiques des personnes suicidées.

Si cette maladie est connue et ancrée dans tous les esprits, de **nombreux cas de dépression ne sont pourtant ni repérés ni traités**, augmentant le risque de suicide et entraînant une dégradation de la vie sociale et personnelle. Les **médecins généralistes sont en première ligne** pour détecter cette maladie et leur rôle doit être conforté.

Or, environ 40 % des personnes souffrant de dépression ne recourent pas aux soins dans notre pays, ce qui emporte des effets délétères sur leur vie quotidienne et aggrave le risque de suicide. A l'inverse, certaines dépressives passagères ou certains troubles psychiques graves sont parfois pris pour des dépressions et traités de façon inadéquate. Enfin, même lorsque la dépression est correctement diagnostiquée, on observe souvent un **mauvais usage des antidépresseurs**, trop souvent prescrits pour des dépressions légères, pas assez dans des dépressions sévères, ou délivrés sans psychothérapie ni suivi (*Haute autorité de santé (HAS), nov. 2017*).

Aussi, dans une région qui connaît une surmortalité par suicide par rapport à la moyenne française (+25 %), une **attention toute particulière sur le repérage et la prise en charge des troubles mentaux est nécessaire**.

Pour ce faire, un **rapprochement entre médecins généralistes et psychiatres s'impose**. Ce rapprochement doit également contribuer à favoriser le dépistage et les soins somatiques des personnes atteintes de troubles mentaux graves pour lesquelles la mortalité prématurée en raison le plus souvent de pathologies physiques évitables est largement documentée.



**Pour cela, les actions suivantes seront engagées prioritairement dans le cadre de ce Projet régional de santé**

- **Structurer dans chaque territoire une organisation graduée d'accès au diagnostic et aux soins, où le médecin généraliste et/ou le pédiatre sont positionnés en premier recours.** Dans ce cadre il est important que les liens avec la psychiatrie se structurent notamment en ;
  - améliorant la communication entre les deux secteurs par des **outils de liaison** dédiés et un appui réactif (ligne téléphonique dédiée...),
  - facilitant la prise en charge de la santé mentale **par les professionnels** (Espace santé mentale dans « Améli PRO »),
  - développant l'**offre de « Monsoutienpsy »** pour faire face à la sollicitation croissante du dispositif et répondre à la demande continue de patients adressés par leurs médecins, en augmentant le nombre de psychologues conventionnés,
  - promouvant les interventions type « collaborative care » avec des **programmes de prises en charge structurés, des approches pluriprofessionnelles** avec l'intervention de case managers, une communication interprofessionnelle renforcée (Dossier médical partagé (DMP), Réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP)...),
- **mettre en place une politique volontariste de formation initiale et continue** des soignants du premier recours et des acteurs de l'accompagnement médico-social à la santé mentale et à la psychiatrie et promouvoir les règles de bonnes pratiques ;
- **intégrer les professionnels du premier recours dans les travaux des Projets territoriaux de santé mentale (PTSM),** notamment les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les Dispositifs d'appui à la coordination (DAC) et plus largement les représentants des professions libérales ;
- **favoriser le déploiement des Infirmiers en pratique avancée (IPA) en psychiatrie et santé mentale.**



**Indicateurs d'atteinte de l'objectif**

Nombre cumulé d'Infirmiers en pratique avancée (IPA) spécialisés en psychiatrie et santé mentale	Valeur 2023 <b>17</b>	<b>Valeur 2028</b> <b>60</b>
Nombre de formations continues dans le cadre de l'organisation graduée des soins entre le premier recours et la psychiatrie, en lien avec les centres ressources/supports/référents	Valeur 2023 <b>1</b> <small>(avec 3 MSP* sur le sujet des TCA*)</small>	<b>Valeur 2028</b> En augmentation sur l'ensemble des filières

\* MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle / TCA : Troubles des conduites alimentaires

## 4. Renforcer l'évolution inclusive de la société

L'inclusion des personnes en situation de handicap est un enjeu important qui nécessite de prendre en compte leurs **besoins spécifiques en matière d'information et de communication, d'accessibilité physique ou numérique, de scolarisation et de formation ou encore de soins et d'accompagnement**.

Le Projet régional de santé vise la **pleine mobilisation des professionnels et des établissements** en faveur d'un meilleur accès aux soins et aux accompagnements de ce public. Une attention particulière devra être portée sur la **vie sociale des personnes en situation de handicap** pour favoriser, avec l'ensemble des partenaires, les temps de partage et de vie en collectivité.

De la même manière, les **enjeux de scolarisation et de formation** des jeunes en situation de handicap nécessitent une **action synergique avec l'Éducation nationale et les conseils départementaux** pour améliorer nos réponses aux situations rencontrées.

Au-delà de ces enjeux, il nous faut structurer nos réponses aux situations complexes et de crise pour **accompagner les moments-clés des parcours de prise en charge** et renforcer les coopérations entre acteurs.

### 4.1. Renforcer le repérage, le diagnostic et l'intervention précoces du handicap, en particulier pour les Troubles du neurodéveloppement (TND)

Environ 1 500 enfants naissent chaque année en Normandie avec un Trouble du neurodéveloppement. Selon l'étude IPSOS 2019 sur l'impact de la stratégie nationale autisme au sein des Troubles du neurodéveloppement, ils seront **diagnostiqués en moyenne vers l'âge de sept ans**. Il est pourtant possible de repérer certains troubles plus précocement. **L'enjeu est ainsi « d'agir tôt » alors que l'enfant bénéficie encore d'une plus grande plasticité cérébrale, en agissant auprès des parents et des professionnels**. En outre, les leviers de la formation au repérage précoce devront être activés.



Pour cela, les actions suivantes seront engagées prioritairement dans le cadre de ce Projet régional de santé

- **Renforcer l'information des parents et la formation des professionnels de santé, de la petite enfance et de l'Éducation nationale sur le repérage précoce des troubles du neurodéveloppement ;**
  - renforcer l'information des futurs parents sur les conduites à risque,
  - améliorer les **compétences parentales** sur le développement de l'enfant,
  - renforcer le déploiement et la communication des **outils de repérage** réalisés par la Haute autorité de santé (HAS) pour les 0-6 ans,
- **améliorer l'orientation des enfants via les Plateformes de coordination et d'orientation (PCO) ;**
  - **faciliter l'orientation** des enfants avec un potentiel de troubles du neurodéveloppement vers les plateformes de coordination et d'orientation, le cas échéant via un système d'information partagé et sécurisé,
  - améliorer la capacité des Plateformes de coordination et d'orientation à **coordonner les parcours des enfants** jusqu'à la pose d'un diagnostic et la mise en place d'un plan d'accompagnement,
  - **renforcer la communication entre les acteurs de 1<sup>re</sup> ligne** (Centre d'action médico-social précoce (CAMSP), Centre médico-psychopédagogique (CMPP), Centre médico-psychologique (CMP)) afin de réduire les délais entre repérage et prise en charge,
  - s'assurer de la mise en place d'une **démarche diagnostique en amont ou concomitamment à l'accompagnement**,

■ **renforcer l'intervention précoce pour les enfants de 0 à 6 ans ;**

- promouvoir le **respect des recommandations de bonnes pratiques** de la Haute autorité de santé (HAS) auprès des structures de 1<sup>re</sup> ligne et des professionnels libéraux,
- renforcer les **équipes d'intervention précoce** pour les enfants de 0 à 3 ans afin de soutenir le développement de leurs compétences,
- promouvoir la mise en place des **forfaits d'interventions précoces** chez les professionnels libéraux (ergothérapeute, psychomotricien et psychologue),
- **augmenter l'intensité des accompagnements** réalisés par les acteurs de 1<sup>re</sup> ligne en renforçant leurs équipes,

■ **renforcer l'accompagnement des parents d'enfants en situation de handicap en favorisant la guidance parentale ;**

- faciliter l'accès des parents à des modules de guidance parentale leur permettant de développer leurs compétences dans l'accompagnement de leur enfant,
- **faciliter le transfert de compétences** entre les professionnels et les parents afin de faciliter la généralisation des acquis à la maison,
- développer la **formation à la guidance parentale** des professionnels du réseau d'intervention précoce,
- **faciliter l'accès à la guidance** en réduisant le reste à charge de ces formations,
- **intégrer des objectifs de développement** de cette modalité au sein de toutes les structures de 1<sup>re</sup> ligne.



**Indicateur d'atteinte de l'objectif**

Nombre d'enfants repérés par les Plateformes de coordination et d'orientation (PCO) (en cumul depuis l'ouverture des plateformes)	Valeur 2023	<b>Valeur 2028</b>
	<b>2 680</b>	<b>5 360</b>

## 4.2. Développer les solutions à même de répondre aux besoins de scolarité et de formation des enfants et des jeunes

L'école inclusive repose sur le principe que tout enfant est en capacité d'apprendre et que l'environnement scolaire doit s'adapter à ses besoins éducatifs. Ainsi, au niveau national, la scolarisation des élèves en situation de handicap dans les établissements scolaires a connu une augmentation significative passant de 321 500 élèves accueillis en 2017 à plus de 430 000 en 2022.

En Normandie, ils étaient 14 794 en 2017 et sont aujourd'hui 20 797 soit plus de 40 % d'augmentation.

Comme l'a rappelé la Conférence nationale du handicap (CNH) de 2023, si l'Éducation nationale porte la mission de la scolarisation des élèves en situation de handicap, elle ne peut agir seule. Ainsi, depuis de nombreuses années, **l'Agence régionale de santé (ARS) et le Rectorat font vivre un partenariat dans l'ambition de permettre à tous les enfants de bénéficier d'une scolarité adaptée** alliant les compétences du milieu ordinaire de scolarisation et du secteur médico-social.



Pour cela, les actions suivantes seront engagées prioritairement dans le cadre de ce Projet régional de santé

- **Apporter aux enfants en situation de handicap un accompagnement à la scolarité de qualité, adapté à leurs besoins ;**
  - améliorer la **connaissance des besoins** des enfants pour mieux y répondre, notamment par un travail renforcé avec les Maisons départementales pour les personnes handicapées (MDPH) sur la base des notifications et listes d'attente,
  - garantir des accompagnements de qualité par des **actions de sensibilisation et de formation** des professionnels de l'Éducation nationale et du secteur médico-social,
- **favoriser une scolarisation en milieu ordinaire des enfants en situation de handicap ;**
  - structurer et développer la fonction ressource médico-sociale d'appui à la scolarisation via les **Équipes mobiles d'appui à la scolarisation (EMAS)** et la mobilisation de l'ensemble des établissements médico-sociaux,
  - développer des **formations croisées** entre les professionnels des établissements médico-sociaux et les professionnels de l'Éducation nationale,
  - renforcer le **déploiement de modes de scolarisation en milieu ordinaire** associant le médico-social tels que les Dispositifs d'autorégulation (DAR) ou les Unités d'enseignement élémentaire autisme (UEEA),
  - accompagner les **organisations innovantes**,
- **renforcer la scolarisation des enfants accompagnés en établissements médico-sociaux en priorisant l'accès au milieu ordinaire ;**
  - poursuivre le **développement des Unités d'enseignement externalisées (UEE)** - dispositifs médico-sociaux - et garantir leur caractère inclusif, définir leur place au sein de l'école,
  - **développer les scolarités partagées** entre les unités externalisées et le milieu ordinaire,
  - **permettre aux enfants présentant un retentissement important de leur handicap d'accéder à l'école ordinaire** (accompagnement au sein d'une école d'un groupe d'enfants ne pouvant être scolarisés en unité d'enseignement externalisée),
  - **favoriser l'accès aux apprentissages** pour les enfants polyhandicapés,

■ **améliorer la continuité des parcours de vie des jeunes de plus de 16 ans en situation de handicap ;**

- **préparer la sortie d'établissement médico-social « enfant »** pour organiser la suite du parcours des jeunes sur le secteur adulte et créer des débouchés (médico-social, habitat inclusif ou ordinaire) en nombre et en type adaptés pour les jeunes adultes en situation de handicap,
- développer l'**appui médico-social aux établissements d'enseignement** général, technologique et professionnel,
- favoriser le **développement de coopérations** entre les Instituts médico-professionnels (IMPro) et le secteur de l'enseignement préprofessionnel et de l'enseignement professionnel.



**Indicateurs d'atteinte de l'objectif**

Part des enfants en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire (rapporté au nombre total d'enfants scolarisés)	Valeur 2023 <b>3,3 %</b>	<b>Valeur 2028</b> <b>5 %</b>
Nombre de dispositifs d'autorégulation déployés	Valeur 2023 <b>2</b>	<b>Valeur 2028</b> <b>8</b>

### 4.3. Accompagner les parcours de vie auxquels aspirent les personnes accompagnées

La participation sociale des personnes en situation de handicap est l'enjeu principal de la politique d'inclusion portée en Normandie.

Faciliter cette participation, c'est avant tout **s'assurer d'un projet de vie répondant aux aspirations de la personne**. Il doit s'évaluer sur les différentes dimensions d'interactions entre la personne elle-même, son niveau d'activité et son environnement.

Pour ce faire, le Projet régional de santé visera à décliner ces trois dimensions :

- l'**accès à une offre de soins et de prévention en santé** pour toutes les personnes en situation de handicap ;
- l'**accès à l'emploi** par la mise en place des conditions optimales d'accès et de maintien en emploi des personnes en situation de handicap ;
- une orientation collective très forte pour les cinq années à venir, celle de l'**accès à l'habitat inclusif au sein de la cité**, accessible ou adapté aux besoins de la personne par la mise en place de services sur mesure.

La définition par la personne de son projet de vie et sa mise en œuvre nécessitent parfois la **mise en place d'un accompagnement dédié** à cette mission. C'est le cas pour la construction du projet par l'intermédiaire des facilitateurs de projets de vie, et dans la mise en œuvre par des coordonnateurs de parcours dédiés à cette fonction (coordonnateurs parcours au sein des Communautés 360).



Pour cela, les actions suivantes seront engagées prioritairement dans le cadre de ce Projet régional de santé

- **Permettre aux personnes en situation de handicap d'accéder à l'offre de santé dont elles ont besoin ;**
  - renforcer l'offre de **consultations dédiées** en établissements sanitaires (consultations polyvalentes et spécifiques notamment de soins bucco-dentaires),
  - **développer l'offre de santé au sein des établissements sociaux et médico-sociaux** par la venue de professionnels de santé,
  - **généralisation** du dispositif Handigynéco en maison d'accueil spécialisée et foyer d'accueil médicalisé sur l'ensemble de la région,
  - déploiement de **dispositifs bucco-dentaires** (prévention, dépistage, soins),
  - initiation de projets de **dépistage de troubles sensoriels** en Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD),
  - amélioration de l'**accès aux soins des personnes en situation de handicap vieillissantes** au sein des établissements non médicalisés,
  - poursuivre la **mise en place d'équipes et de dispositifs mobiles** dans cette même logique de favoriser l'« aller vers »,
  - encourager l'**offre de télésanté** (exemple du télé-dépistage bucco-dentaire en établissement social et médico-social),

- faciliter l'accès à l'emploi des personnes en situation de handicap ;**
  - garantir le renforcement des **droits des personnes**, notamment dans le cadre du plan de modernisation des Établissements et services d'aide par le travail (ESAT),
  - encourager les initiatives favorisant l'**immersion des personnes en milieu ordinaire** dans le cadre de stages de découverte, le plus en amont possible,
  - simplifier les démarches et fluidifier les parcours des personnes en **facilitant les allers-retours** tout en permettant la poursuite d'accompagnement par l'Établissement et service d'aide par le travail (ESAT) d'origine ou le cumul d'activités le cas échéant,
  - sensibiliser et **accompagner les employeurs** en s'appuyant sur les services de Pôle emploi,
- faciliter l'accès au logement en encourageant les initiatives d'habitat inclusif sur les territoires ;**
  - améliorer la **visibilité de l'offre d'habitat inclusif/logement partagé** auprès des personnes concernées – personnes en situation de handicap et aidants le cas échéant,
  - **sensibiliser les professionnels et établissements sociaux et médico-sociaux à l'existence de cette offre** afin qu'elle soit discutée avec les personnes concernées et pleinement intégrée à leur parcours de vie selon leurs souhaits,
  - **accompagner les collectivités** en commençant par donner davantage de visibilité à leurs initiatives et appels à projets,
- améliorer l'accompagnement à la vie sociale des personnes en situation de handicap ;**
  - garantir la **prise en compte de l'autodétermination** et des enjeux de coordination par l'ensemble des professionnels dans l'accompagnement des personnes,
  - encourager le **déploiement des facilitateurs** pour accompagner les personnes dans la définition de leurs projets de vie,
  - favoriser la **mise en œuvre de coordonnateurs de parcours** pour permettre d'accompagner la mise en œuvre des projets de vie,
  - **développer les Groupes d'entraide mutuelle (GEM) et la pair-aidance,**
  - **amplifier l'adaptation de l'offre existante pour les personnes en situation de handicap vieillissantes** en améliorant l'accès aux soins dans les foyers de vie, en favorisant l'adaptation des Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et des établissements d'accueil médicalisés au vieillissement et en favorisant le développement de projets d'habitat inclusif.



### Indicateurs d'atteinte de l'objectif

Part des personnes en situation de handicap parmi les demandeurs d'emploi	Valeur 2023 <b>9,4 %</b>	Valeur 2028 <b>8,6 %</b>
Nombre de professionnels « facilitateurs de parcours » mis en place en Normandie	Valeur 2023 <b>0</b>	Valeur 2028 <b>14</b>

#### 4.4. Apporter des solutions aux personnes se trouvant dans des situations complexes et de crise

En 2016, la Normandie s'est engagée dans la **démarche « réponse accompagnée pour tous » afin de favoriser sur les territoires la construction collective de réponses individuelles sur mesure. Six ans plus tard, les Communautés 360** ont été créées puis déployées afin de mobiliser plus efficacement l'ensemble des acteurs pour apporter des solutions concrètes aux personnes, le plus rapidement possible, et éviter les ruptures de parcours.

Ce dernier enjeu est majeur et passe d'abord par l'anticipation. Il s'agit de **repérer le plus précocement possible les situations à risque**, notamment par une plus forte sensibilisation des professionnels.

Au-delà, il est **essentiel d'accompagner les professionnels pour mieux gérer la crise**, notamment en favorisant l'intervention de tiers : solutions copportées par plusieurs établissements sociaux et médico-sociaux, intervention d'équipes mobiles en appui, mobilisation du secteur sanitaire, en particulier psychiatrique.

Enfin, il est important de procéder à des analyses de situations a posteriori, dans le cadre de **Comités de retours d'expérience (CREX)** afin de capitaliser sur les bonnes pratiques et sur les solutions pertinentes qui auront été mises en œuvre sur les territoires.



Pour cela, les actions suivantes seront engagées prioritairement dans le cadre de ce Projet régional de santé

- **Repérer les situations à risque pour mieux anticiper les crises et prévenir les ruptures de parcours ;**
  - sensibiliser les professionnels à la **détection des signaux faibles**,
  - **outiller les professionnels** pour leur permettre de réduire les risques,
- **faciliter la gestion des situations complexes et de crise ;**
  - encourager les **solutions copportées**,
  - favoriser l'**intervention de tiers** comme les équipes mobiles,
  - expérimenter de **nouveaux modèles d'accompagnement**,
  - coordonner de manière spécifique des **parcours dédiés** pour les situations complexes qui le nécessitent,
  - renforcer la collaboration entre les Communautés 360 et les Dispositifs d'appui à la coordination (DAC) en favorisant une intervention complémentaire (accompagnement de la personne en situation de handicap par la Communauté 360 et facilitation de l'accès aux soins par les Dispositifs d'appui à la coordination (DAC)),
- **développer les actions d'évaluation des solutions ;**
  - systématiser l'**évaluation des expérimentations**,
  - encourager le développement de **Comités de retours d'expérience (CREX) lors de la survenue d'évènements indésirables** tels que des ruptures de parcours,
  - **faire participer les personnes accompagnées à l'évaluation des solutions**, notamment en termes de satisfaction.



### Indicateur d'atteinte de l'objectif

Nombre de places en unités résidentielles spécialisées dans l'accueil des personnes avec Troubles du spectre de l'autisme (TSA) très complexes	Valeur 2023	<b>Valeur 2028</b>
	0	12

## 5. Garantir aux personnes en situation de précarité l'accès aux soins et services dont elles ont besoin

La réduction des inégalités sociales de santé est un **impératif collectif et transversal** qui traverse les sujets d'organisation du système de santé et l'ensemble des politiques publiques qui ont un impact direct ou indirect sur l'état de santé des populations.

Le **contexte de crise sanitaire a contribué à accroître les inégalités de santé**, soit en lien direct avec le virus par une surmortalité dans les territoires les plus pauvres, soit de façon indirecte avec un impact sur l'accès aux droits et aux soins, la santé mentale, les violences intrafamiliales ou encore la sédentarité.

Réduire les inégalités sociales de santé implique donc d'**agir globalement. L'ensemble des stratégies de prévention, d'accès aux soins, d'accompagnement doit être adapté en fonction de la situation de chaque personne.** À ce titre, la réduction des inégalités sociales de santé est un enjeu transversal inscrit dans le Cadre d'orientation stratégique (COS) du Projet régional de santé et traduit dans plusieurs objectifs prioritaires du Schéma régional de santé (SRS). Pour les publics et territoires vulnérables en matière d'accès à l'offre de santé, il faudra promouvoir l'usage des solutions numériques, en complémentarité des maisons et bus France services.

Le **Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS)** va au bout de cet engagement en proposant une approche sur mesure pour les catégories d'usagers en situation de grande précarité et éloignés du système de santé.

Entre 2018 et 2023, la mobilisation collective des acteurs a permis de réaliser de nombreuses avancées. De même, les moyens complémentaires très significatifs apportés depuis 2021 ont permis d'**accélérer le développement d'une offre adaptée aux différentes difficultés des personnes concernées** par le développement de la médiation en santé et de l'interprétariat, grâce au soutien de « l'aller vers » des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) et la création de Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) dentaires d'autre part, par l'augmentation significative des capacités des dispositifs médico-sociaux pour les publics spécifiques. Dans le même temps, des modalités d'information et de concertation entre les acteurs dans les territoires ont été entreprises.

Malgré ces fortes avancées, le **gradient social reste important pour les maladies chroniques** (notamment pathologies cardiovasculaires et respiratoires). Entre 2017 et 2021, le taux de non recours a augmenté globalement et l'écart entre les plus favorisés et les plus défavorisés s'est accentué.

Face à ce constat, les objectifs du Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) 2023-2028 sont de :

- **développer des modalités d'intervention adaptées aux personnes concernées** (développement de « l'aller vers », de la médiation en santé, de l'interprétariat en santé...);
- **développer et consolider les passerelles vers le droit commun** (Permanences d'accès aux soins de santé (PASS), Lits halte soins santé (LHSS), Lits d'accueil médicalisés (LAM), Appartements de coordination thérapeutique (ACP), Équipes spécialisées en soins infirmiers précarité (ESSIP), organisations dédiées pour la prise en charge sanitaire et médico-sociale des personnes détenues ou sortantes de détention).



Pour cela, les actions suivantes seront engagées prioritairement dans le cadre de ce Projet régional de santé

- **Faciliter l'accès aux droits et au système de santé pour tous en développant des modalités de prise en charge adaptées aux difficultés des publics ;**
  - développer et consolider les **modalités « d'aller vers »**,
  - développer la **médiation en santé** et les approches interculturelles,
  - développer l'**interprétariat** en santé,
  - développer l'**adaptation des messages** et la prise en compte par les professionnels de santé des différents niveaux de compréhension par les personnes,
  - sensibiliser et former les professionnels à la **prise en compte de la précarité** et aux approches santé,
- **adapter et rendre accessible l'offre de soins et d'accompagnement aux publics les plus vulnérables ;**
  - consolider les **Permanences d'accès aux soins de santé (PASS)**,
  - développer les **actions de dépistage de la tuberculose** ciblé chez les populations à risque,
  - consolider et développer une **offre de soins adaptée pour les personnes détenues**,
  - consolider et développer des **accompagnements médico-sociaux spécifiques**,
  - consolider et améliorer la **couverture territoriale des Équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP)**,
  - **mieux prendre en compte les publics en situation de précarité** par les dispositifs d'organisation territoriale de l'offre de soins et de coordination,
- **prendre en compte les contraintes spécifiques de certains usagers ;**
  - le parcours santé des **personnes migrantes**,
  - les **personnes sans abri ou mal logées**,
  - les **personnes placées sous-main de justice**,
  - les **gens du voyage**,
  - les **personnes en situation de prostitution**.



Indicateur d'atteinte de l'objectif

Nombre d'Équipes spécialisées en soins infirmiers précarité (ESSIP) déployées	Valeur 2023	Valeur 2028
	0	3

## AXE 2

Pour agir dans la durée sur les fondamentaux de la santé des Normands, engager la population, les usagers et les professionnels, dans le virage de la prévention et du bon usage du système de santé

Au-delà des actions sur le maillage de l'offre pour faire face au vieillissement de la population et aux difficultés démographiques des professionnels de santé, le Projet régional de santé de Normandie vise à **amplifier l'engagement de toutes et tous en faveur du virage préventif du système de santé, pour améliorer durablement la santé des Normands et réduire la pression sur le système de santé grâce à un meilleur usage**. L'augmentation conséquente des besoins, notamment du fait du vieillissement de la population, nous oblige par ailleurs à une meilleure information des professionnels, des élus et de la population, quant à l'utilisation du système de santé, en fonction de l'offre de services du territoire.

Il s'agira, d'une part, d'**agir très précocement avec l'ensemble de nos partenaires pour améliorer la santé de l'enfant**, dès la période préconceptionnelle et les 1 000 premiers jours de l'enfant. D'autre part, il conviendra de **renforcer nos actions sur les principaux déterminants de santé** à l'origine d'une surmorbidity importante en Normandie (facteurs de risque cardiovasculaire, addictions, nutrition, environnement...).

La Normandie est marquée par des **enjeux environnementaux importants** face auxquels le **Plan régional de santé environnement de quatrième génération (PRSE 4)** construit des réponses collectives. Pollution des sols, espèces nuisibles, qualité de l'air intérieur et extérieur, sécurité et qualité des eaux sont autant d'enjeux majeurs pour la population normande.

Par ailleurs, l'**usager joue un rôle essentiel en tant qu'acteur de sa santé et du système de santé**. Il est important de renforcer sa place comme **acteur du système de santé** et d'affirmer la **responsabilité partagée entre les individus et le système de santé dans lequel ils évoluent**. Le rôle de l'usager en matière d'éducation à la santé doit ainsi être renforcé pour s'approprier les enjeux liés à sa santé et favoriser les changements de comportement ou pour favoriser l'adoption d'un mode de vie sain et éviter les comportements à risques.

Parallèlement, le système de santé joue un rôle essentiel en fournissant des services de santé accessibles, de qualité et centrés sur le patient. Dans ce cadre, il est crucial de **favoriser l'autonomie de l'usager** en lui donnant accès à l'information, en respectant ses droits et en lui offrant des possibilités de participation et de prise de décisions éclairées.

L'usager est donc un acteur clé de sa santé et du système de santé. En adoptant un mode de vie sain, en se tenant informé, en communiquant efficacement avec les professionnels de santé et en prenant des décisions éclairées, **chacun peut contribuer à améliorer sa propre santé et à faire un usage vertueux du système de santé dans son ensemble**.

## 6. Agir collectivement sur les déterminants de santé publique à plus fort enjeu pour les Normands et adapter notre stratégie de prévention aux publics cibles

Bien que l'on constate de fortes disparités territoriales, la Normandie présente globalement des **indicateurs de mortalité générale et prématurée plus défavorables qu'au niveau national**. Les principaux facteurs de risques sont le **suicide, les addictions, le surpoids et l'obésité ainsi que les maladies cardiovasculaires**.

Les indicateurs mettent également en évidence la **persistance d'inégalités sociales** qui se traduisent sur l'état de santé de la population.

La région étant à la fois agricole et industrielle, la population normande est exposée selon les territoires à différents **facteurs de risques liés à l'environnement**. **Les inégalités environnementales sont indissociables des inégalités sociales** car celles-ci déterminent les parcours résidentiels ou professionnels des populations et leurs capacités à agir pour améliorer leurs cadres de vie.

L'amélioration de l'état de santé des Normands passe donc par des **actions plus massives et combinées sur les déterminants de santé** sur lesquels on peut agir :

- **déterminants personnels** : ressources physiques, psychologiques et sociales ; habitudes de vie ayant un rapport avec la santé (pratiques addictives, alimentation, activité physique) ;
- **déterminants environnementaux** (qualité de l'air et de l'eau, habitat, transports, urbanisme, conditions de travail) ;
- **déterminants sociaux** (niveau d'éducation, insertion sociale et support social, milieu culturel, accès aux services publics...) **et économiques** (niveau de revenus, statut sur le plan de l'emploi) ;
- **déterminants liés au système de santé** (accès aux soins, qualité et pertinence des soins).

L'Agence régionale de santé (ARS) seule ne détient pas l'ensemble des leviers pour agir sur les déterminants de la santé. **Le développement de la promotion de la santé nécessite la mobilisation collective des autres services de l'État, des organismes de protection sociale, des collectivités territoriales, des professionnels et acteurs de l'éducation, de la santé, du social et du médico-social, ou encore des associations d'usagers.**

### 6.1. Renforcer l'offre de prévention et de promotion de la santé au plus près des usagers dans les territoires

**La prévention vise à empêcher** la survenue ou l'aggravation de la maladie. **La promotion de la santé a pour objectif de donner aux individus et à la collectivité les moyens d'agir** favorablement sur les facteurs déterminants de la santé.

Si les actions de prévention et promotion de la santé ont connu un développement important ces dernières années, le **maillage du territoire reste à compléter** pour permettre leur accès en proximité des lieux de vie des Normands. Pour cela, les dispositifs régionaux et territoriaux d'accompagnement des promoteurs seront mobilisés pour **soutenir le déploiement des projets dans les territoires**.

Au-delà de la couverture territoriale, l'enjeu réside également dans la **meilleure connaissance de l'offre** de prévention et de promotion de la santé par la population. En effet, les ateliers territoriaux du Conseil national de la Refondation Santé ont largement mis en évidence un **déficit de connaissance** des dispositifs et des acteurs de prévention et de promotion de la santé.

Pour atteindre cet objectif, les acteurs locaux, notamment les collectivités territoriales, les associations et les professionnels de santé de premier recours, sont des partenaires incontournables.



**Pour cela, les actions suivantes seront engagées prioritairement dans le cadre de ce Projet régional de santé**

- **Formaliser les partenariats avec les autres institutions** (Éducation nationale, conseils départementaux et collectivités locales, organismes de protection sociale...) pour faciliter le déploiement des actions de prévention et de promotion de la santé dans tous les milieux de vie et garantir la cohérence et l'efficacité des interventions ;
- **mettre l'expertise régionale de prévention et de promotion de la santé au service des territoires** en collaboration avec les principaux opérateurs mobilisés sur les actions de prévention et promotion de la santé ;
  - **former** les acteurs,
  - accompagner le déploiement de **programmes probants/prometteurs en région**,
  - assurer une **veille documentaire** sur les nouveaux programmes probants,
  - **évaluer** les programmes prometteurs afin d'être qualifiés en programmes probants (développement de la recherche interventionnelle en promotion de la santé),
- **conforter les capacités des réseaux territoriaux de promotion de la santé, des ateliers santé ville, des pôles de prévention compétents en addictologie pour accompagner les acteurs des territoires dans le déploiement de projets en proximité des lieux de vie** (en particulier addictions, nutrition), notamment dans les territoires qui présentent les indicateurs socio-sanitaires les plus défavorables ;
- **poursuivre la structuration de l'offre de prévention et de promotion de la santé dans les territoires ;**
  - **définir les programmes d'action** à mobiliser pour répondre aux besoins de chaque territoire et **identifier les opérateurs** à même de mettre en œuvre ces programmes,
  - **mobiliser et coordonner tous les acteurs** susceptibles de déployer des projets (collectivités notamment en politique de la ville, associations, structures de soins de premier recours, établissements de santé et médico-sociaux, acteurs sociaux et éducatifs...) via la mobilisation des **Comités territoriaux de promotion de la santé (CTPS)** en lien avec les Conseils territoriaux de santé (CTS),
- **mettre en œuvre une communication territorialisée et ciblée sur l'offre de prévention et de promotion de la santé** à destination de la population et des professionnels de santé, notamment de premier recours.



### Indicateurs d'atteinte de l'objectif

Part de réalisation des objectifs fixés dans chaque plan d'actions des Comités territoriaux de promotion de la santé (CTPS) de chaque département	Valeur 2023	<b>Valeur 2028</b>
	<b>0 %</b>	<b>75 %</b>

## 6.2. Autour des futurs parents et du jeune enfant, développer la synergie et l'efficacité collective de l'ensemble des acteurs de la prévention et du soin

La **période allant de la conception aux deux premières années de la vie après la naissance** est déterminante pour le développement de l'enfant et la santé de l'adulte qu'il deviendra.

La **précocité des interventions** est également un déterminant clé pour lutter contre les inégalités sociales de santé.

L'**accompagnement et le soutien des parents, la promotion d'environnements favorables à la santé doivent être développés dans un cadre partenarial** associant les institutions œuvrant en faveur de la parentalité, les professionnels et les représentants des familles.



Pour cela, les actions suivantes seront engagées prioritairement dans le cadre de ce Projet régional de santé

- **Consolider les partenariats avec les institutions normandes intervenant en faveur des enfants et des parents** (services déconcentrés de l'État dont les Directions départementales de l'emploi, du travail et des solidarités (DDETS), le commissariat à la lutte contre la pauvreté, conseils départementaux, Caisses d'allocations familiales (CAF), Assurance maladie...) pour amplifier les actions favorisant la parentalité et le développement des enfants ;
- **faciliter l'accès à la prévention et aux dépistages précoces des femmes enceintes** (alimentation-activité physique, prévention des addictions, notamment pour la prévention du syndrome d'alcoolisation fœtale, via des actions de repérage précoce et intervention brève) ;
  - développer les **entretiens pré-nataux précoces**,
  - **sensibiliser les acteurs de prévention** aux besoins spécifiques des femmes enceintes et les inciter à développer des interventions adaptées,
  - poursuivre l'expérimentation d'un programme visant à **augmenter l'activité physique autour de la grossesse**,
- **accompagner les parents pour renforcer leurs connaissances sur les besoins des enfants** (compétences psychosociales, alimentation, usage raisonné des écrans et des réseaux, santé bucco-dentaire - dont dispositif MT'Dents pour l'accès aux soins dentaires) ;
- **favoriser les environnements favorables à la santé de la mère et de l'enfant** pour réduire les expositions défavorables pendant la grossesse et tout au long du développement de l'enfant ;
- **mobiliser les professionnels du premier recours et les établissements de santé pour renforcer l'offre périnatale de proximité**, particulièrement les Centres périnataux de proximité (CPP), la psychiatrie périnatale, les dépistages et l'offre de contraception ;
- **accompagner la démarche « Initiative hôpital ami des bébés » (IHAB)** pour promouvoir l'allaitement et l'accompagnement à la parentalité ;
- **faire fonctionner de manière plus intégrée les maternités normandes de proximité et de recours** dans une logique d'équipes médicales de territoire, pour renforcer la sécurité des prises en charge, **favoriser l'attractivité de l'activité de naissance auprès des professionnels, mieux répartir la pénibilité** ;
- **adapter les modes d'intervention aux personnes en situation de précarité.**



### Indicateurs d'atteinte de l'objectif

Part de services de périnatalité ayant développé un partenariat avec un Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) / Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD)	Valeur 2023 <b>15 %</b>	<b>Valeur 2028</b> <b>90 %</b>
Nombre de territoires de santé bénéficiant d'actions territorialisées mises en place sur le bon usage des écrans en lien avec les 1 000 premiers jours	Valeur 2023 <b>2</b>	<b>Valeur 2028</b> <b>7</b>

### 6.3. Renforcer le savoir-faire en matière de prévention et de promotion de la santé de tous les acteurs intervenant auprès des enfants et des adolescents

**Les Compétences psychosociales (CPS) sont des compétences de vie, utiles au quotidien pour chacun, aidant à se positionner notamment vis-à-vis des enjeux de santé.** Elles contribuent à favoriser le bien-être mental, physique et social, et à prévenir une large gamme de comportements et d'attitudes aux incidences négatives sur la santé.

**Chez les enfants et les jeunes, ces compétences ont un impact positif sur le développement global,** le bien-être, la résilience, la réussite scolaire, et permettent de réduire les troubles anxio-dépressifs, le suicide et les conduites à risque (en matière de comportements sexuels, violences, addictions...). Chez les adultes, le renforcement des compétences psychosociales **améliore le sentiment personnel d'efficacité, les relations adultes-enfants et la qualité de vie.**

Pour toutes ces raisons, les **programmes probants de prévention primaire s'appuient tous sur le développement des Compétences psychosociales (CPS) dès le plus jeune âge** qui doit se penser comme un appui et un apprentissage continu, à intégrer dans le quotidien des enfants et des jeunes à tous les temps de vie.

Cette approche implique à la fois :

- un **investissement de l'ensemble des adultes en contact régulier avec les enfants et les jeunes** dans un souci de cohérence (par opposition à l'idée que la prévention pourrait être confiée à certains acteurs spécialisés au coup par coup) ;
- une **appropriation dans la posture professionnelle** pour un exemple auprès des enfants et des jeunes ;
- une **coordination entre les milieux scolaires et extrascolaires** pour une continuité entre tous les milieux de vie.

Pour favoriser le déploiement des Compétences psychosociales (CPS, des **actions de sensibilisation et de formation des acteurs** (parents, professionnels et associations) sont nécessaires.

En Normandie, des formations relatives à l'éducation pour la santé et aux Compétences psychosociales (CPS) des enfants et des jeunes sont réalisées depuis plusieurs années en milieu scolaire et extrascolaire. Cependant, le déploiement de ces interventions est très hétérogène selon les territoires avec le **constat d'une appropriation inégale du concept et des pratiques.** Il est donc **nécessaire de développer et renforcer les formations** initiales et continues dans les cinq départements normands.



**Pour cela, les actions suivantes seront engagées prioritairement dans le cadre de ce Projet régional de santé**

- **Renforcer l'offre de formation dans les cinq départements normands ;**
  - **étendre les territoires d'intervention** des acteurs compétents pour la formation aux compétences psychosociales,
  - identifier de **nouveaux formateurs,**
- **contractualiser avec les partenaires État** (Académie, enseignement agricole, protection judiciaire de la jeunesse) **pour former leurs professionnels aux compétences psychosociales ;**
- **communiquer sur l'offre de formation à destination des professionnels intervenant auprès des enfants et des adolescents, et de leurs employeurs** (accueils collectifs de mineurs, conseils départementaux, crèches, assistantes familiales...);
- **mobiliser les étudiants participant au service sanitaire des étudiants en santé.**



### Indicateur d'atteinte de l'objectif

Nombre de personnes formées au développement des Compétences psychosociales (CPS)	Valeur 2023	<b>Valeur 2028</b>
	<b>1 500</b>	<b>4 300</b>

## 6.4. Assurer une meilleure couverture vaccinale des adolescents

L'obtention et le maintien d'une bonne couverture vaccinale permettent de contrôler voire d'éliminer les maladies infectieuses pour lesquelles des vaccins sont disponibles. L'objectif est d'atteindre ou de maintenir une couverture vaccinale assez élevée pour **permettre l'éradication de ces maladies aux âges appropriés**.

**Chez les enfants de moins de deux ans, onze vaccins sont désormais obligatoires** pour tous les enfants nés après le 1<sup>er</sup> janvier 2018 alors que huit d'entre eux étaient seulement recommandés auparavant (Bulletin de santé publique, mai 2021). La couverture de 95 % pour la primo-vaccination dans la première année de vie contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite (DTP), les infections invasives à haemophilus influenzae b, la coqueluche et le pneumocoque est déjà atteinte.

**La Normandie fait partie des régions de France où les couvertures vaccinales sont les plus élevées**. La vaccination contre les papillomavirus progresse en Normandie mais elle reste très insuffisante chez les garçons et doit encore être améliorée chez les filles.

Après analyse du contexte, les actions en Normandie ont été réorientées en 2019 autour de **quatre axes prioritaires** en prenant en compte les connaissances acquises sur les actions de promotion de la vaccination ayant fait leurs preuves :

- la **vaccination des jeunes adolescents**, car il s'agit d'un âge où coïncident plusieurs recommandations vaccinales (rappels, primo-vaccination contre les infections à papillomavirus humains (HPV) et rattrapages) ;
- la **communication vers les professionnels**, de santé qui sont des relais efficaces vers la population alors que la communication verticale est inopérante ;
- la **vaccination des personnes vulnérables**, notamment celles ayant des difficultés d'accès au système de santé (santé précarité) ;
- la **surveillance des couvertures vaccinales avec Santé publique France** permettant d'avoir des actions ciblées vers des populations spécifiques ou des territoires.

*À l'âge de 14 ans, chaque adolescent et chaque adolescente devrait avoir reçu : une primo-vaccination (DTCP, HVB, HIB) et deux rappels (DTCP)\*, deux doses de Rougeole-oreillons-rubéole (ROR\*), deux doses de vaccin antiméningo C\*, trois doses de vaccin antipneumococcique\*, trois doses de vaccin antiméningo B, deux doses de vaccin contre les infections à papillomavirus humains (HPV) (\*vaccins obligatoires).*



**Pour cela, les actions suivantes seront engagées prioritairement dans le cadre de ce Projet régional de santé**

- **Généraliser l'intervention des centres de vaccination dans l'ensemble des collèges de Normandie** dès l'année scolaire 2023/2024 ;
- **sensibiliser les professionnels de santé à l'importance de la vaccination contre les infections à papillomavirus humains (HPV)** chez les garçons et chez les filles ;
- **sensibiliser les professionnels de santé à l'importance du rattrapage vaccinal** ;
- **mettre en place des séances de vaccination avancées dans les territoires de faible couverture vaccinale** (notamment Orne).



### Indicateurs d'atteinte de l'objectif

Couverture vaccinale contre les infections à papillomavirus humains (HPV) (deux doses) chez les garçons de 16 ans	Valeur 2023 <b>11,2 %</b>	<b>Valeur 2028</b> <b>60 %</b>
Couverture vaccinale contre les infections à papillomavirus humains (HPV) (deux doses) chez les filles de 16 ans	Valeur 2023 <b>51,2 %</b>	<b>Valeur 2028</b> <b>80 %</b>

## 6.5. Développer la prévention, la promotion de la santé et la réduction des risques dans tous les milieux de vie

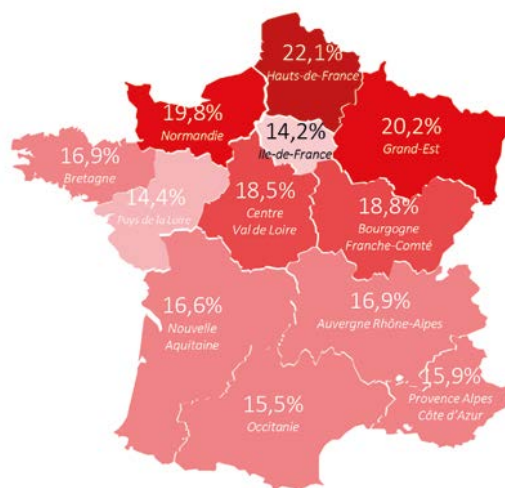
La Normandie enregistre une **surmortalité prématurée liée à une consommation d'alcool et de tabac** (+ 33 % et + 12 % par rapport à la France métropolitaine). Elle est la 3<sup>e</sup> région française concernant l'usage quotidien de tabac chez les jeunes de 17 ans, se situe au 2<sup>e</sup> rang quant à la prévalence de l'usage régulier d'alcool et est au 6<sup>e</sup> rang concernant la prévalence des alcoolisations ponctuelles intensives. Elle présente cependant un usage régulier de cannabis comparable à celui de la France métropolitaine. Avec l'augmentation du tabagisme des femmes, l'incidence du cancer du poumon chez les femmes dans les prochaines années est un enjeu de santé publique majeur.

La Normandie est la 3<sup>e</sup> région la plus touchée par l'**obésité** (19,8 % de la population concernée). Alors que le surpoids touche la moitié des Français, l'obésité concerne aujourd'hui 17 % des adultes soit 8,5 millions de nos concitoyens. Une hausse notable de l'obésité est particulièrement marquée chez les Français les plus jeunes. Depuis 1997, l'obésité chez les 18-24 ans a en effet été multipliée par plus de quatre, et par près de trois chez les 25-34 ans. Chez les enfants également, 17 % sont en surpoids dont 4 % obèses.

La **nutrition, avec les deux volets indissociables que sont l'alimentation et l'activité physique, constitue un enjeu majeur de santé publique** pour prévenir le surpoids et l'obésité et constitue un levier de prévention et de thérapie pour l'ensemble des maladies chroniques.

S'agissant de la **santé sexuelle**, l'ORS-CREAI Normandie a réalisé en 2021 une enquête santé sexuelle auprès des jeunes en missions locales. Il en ressort notamment une **méconnaissance par les jeunes des moyens de contraception et de prévention des Infections sexuellement transmissibles (IST)**.

### Répartition territoriale de l'obésité



Source : étude Obépi-Roche 2020



Pour cela, les actions suivantes seront engagées prioritairement dans le cadre de ce Projet régional de santé

#### ■ Lutter contre la sédentarité et favoriser une alimentation saine ;

- soutenir des **programmes d'actions efficaces en milieu scolaire et périscolaires** portant sur l'éducation nutritionnelle et une alimentation de qualité, sur la pratique d'activité physique et sur l'**usage raisonné des écrans et des réseaux sociaux**,
- renforcer la sensibilisation et l'**accompagnement des collectivités pour mettre en place des programmes nutrition santé** sur leur territoire, en particulier sur le volet alimentation (dont la restauration collective) et sur la mise en place d'environnements favorables à la santé (mobilités douces, aménagements urbains, accès aux équipements sportifs),
- détecter précocement et favoriser la **prise en charge pluridisciplinaire du surpoids et de l'obésité** non complexe chez l'enfant (« mission : retrouve ton cap » de l'Assurance maladie),
- inscrire un **volet « santé » dans chaque projet alimentaire de territoire** (lien avec la Direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt - DRAAF) et systématiser le lien avec le Contrat local de santé (CLS),

- **assurer l'accès des personnes souffrant de pathologies chroniques et des personnes âgées à l'Activité physique adaptée (APA) et aux Maisons sport-santé, et améliorer la connaissance de l'offre ;**
    - rendre opérationnel le dispositif de **formation des professionnels de santé à la prescription d'activité physique adaptée** dans tous les départements,
    - organiser les **collaborations** entre Maisons sport-santé et prescripteurs d'activité physique adaptée,
    - orienter tous les patients porteurs d'Affection de longue durée (ALD) vers les Maisons sport-santé de leur territoire et systématiser la proposition d'activité physique adaptée par les Maisons sport-santé,
    - promouvoir le site internet « Sport santé Normandie » ([www.sportsantenormandie.fr](http://www.sportsantenormandie.fr)),
- **déployer plus massivement des programmes d'actions efficaces pour prévenir les pratiques addictives ;**
    - renforcer les capacités d'intervention des **consultations jeunes consommateurs** via la contractualisation avec les lieux d'accueil des jeunes pour réduire les usages à risques,
    - mobiliser les conventions pluriannuelles avec l'Éducation nationale, l'enseignement agricole, la Protection judiciaire de la jeunesse, les missions locales pour faciliter l'**implantation des programmes probants**,
    - renforcer le **partenariat avec les collectivités territoriales** pour répondre aux besoins locaux, pour associer les acteurs de première ligne et pour communiquer auprès de la population,
- **renforcer les actions de prévention et de promotion de la santé en faveur des étudiants, des jeunes en insertion (Missions locales, Protection judiciaire de la jeunesse, Aide sociale à l'enfance) et des jeunes en errance ;**
    - **contractualiser avec les Missions locales** pour mettre en œuvre un programme d'actions portant sur addictions, santé sexuelle, nutrition et santé mentale,
    - déployer les **consultations jeunes consommateurs sur les lieux de vie étudiants** en articulation avec les Services de santé étudiante,
    - étendre le **dispositif Travail alternatif payé à la journée (TAPAJ)** sur l'ensemble des territoires normands, c'est-à-dire un accompagnement global (médico-psychosocial) des jeunes de 16 à 25 ans, en situation de précarité notamment, pour prévenir leurs conduites addictives,
    - candidater à l'implantation d'un **dispositif « Un chez soi d'abord – jeunes »**,
- **renforcer les actions d'éducation à la santé sexuelle et de dépistage** (Infections sexuellement transmissibles, prévention des grossesses non désirées et prévention des violences) ;
    - soutenir des **programmes d'actions efficaces en milieux scolaires et périscolaires**, en faveur des jeunes accueillis par la Protection judiciaire de la jeunesse, par l'Aide sociale à l'enfance, en faveur des jeunes en insertion et des étudiants,
    - organiser la coordination et la complémentarité des acteurs pour **assurer une meilleure couverture des territoires** (centres de santé sexuelle, Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic - CeGIDD, planning familial).



### Indicateurs d'atteinte de l'objectif

Nombre de jeunes qui ont pratiqué au moins une heure d'activité physique supplémentaire hebdomadaire dans le cadre du programme Intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité (ICAPS)	Valeur 2021-2022 <b>272</b>	<b>Valeur 2028 1 000 jeunes / an</b>
Taux d'établissements de santé engagés dans la démarche « lieu de santé sans tabac »	Valeur 2023 <b>55 %</b>	<b>Valeur 2028 100 %</b>
Taux de Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) développant un dispositif mobile et un dispositif de « Réduction des risques et des dommages (RdRD) à distance » sur leur territoire d'intervention	Valeur 2023 <b>20 %</b>	<b>Valeur 2028 100 %</b>
Taux de Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) développant une offre « consultation jeunes consommateurs » ouverte au moins 4 jours par semaine	Valeur 2023 <b>19 %</b>	<b>Valeur 2028 90 %</b>
Renforcement de l'offre Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) sur les territoires les plus faiblement équipés (Saint-Lô, Flers, L'Aigle, Bayeux, Falaise, Val-de-Reuil, Pont-Audemer, Gisors, Gournay, Neufchâtel-en-Bray)	Valeur 2023 <b>0/10</b>	<b>Valeur 2028 10/10</b>

## 7. Développer et renforcer l'autonomie et la capacité des personnes malades et de leurs aidants

Depuis la loi du 4 mars 2022 relative aux droits des malades, le **droit d'un patient à prendre les décisions concernant sa santé est pleinement reconnu**.

Compte tenu du caractère chronique de certaines pathologies, les patients atteints d'Affection de longue durée (ALD) gagnent en **qualité de vie** après l'acquisition de connaissances et compétences nécessaires à la prise en charge optimale de leur pathologie. Ainsi, ce Projet régional de santé vise à **accroître l'engagement collectif pour le renforcement de l'accès aux programmes d'Éducation thérapeutique du patient (ETP) ainsi qu'aux soins de support sur l'ensemble de la région**. Il en est de même pour les **savoirs expérientiels** qui sont capitaux dans certaines pathologies et prises en charge pour permettre au patient d'exprimer ses besoins et de construire avec lui les solutions thérapeutiques.

Enfin, du fait du vieillissement de la population et de l'augmentation des pathologies chroniques en Normandie, les **aidants doivent être mieux soutenus, que ce soit en matière de formation qu'en terme de reconnaissance de leur rôle et expertise**. Par ailleurs, il nous faudra renforcer l'offre de répit au bénéfice des aidants pour faire face aux situations complexes et de crise.

### 7.1. Permettre aux patients atteints de maladie chronique de mieux vivre avec leur maladie en renforçant l'accès aux programmes d'Éducation thérapeutique du patient (ETP) et aux soins de support

L'Éducation thérapeutique du patient (ETP) est un processus continu dont le but est d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait **partie intégrante de la prise en charge du patient** et vise l'acquisition et le maintien par le patient de **compétences d'auto-soins et de compétences s'appuyant sur le vécu et l'expérience antérieure** du patient.

L'Éducation thérapeutique du patient (ETP) est donc à la fois utile pour :

- **améliorer la qualité de vie** des patients ;
- **améliorer la qualité et la sécurité des soins** ;
- **prévenir de nouvelles complications** de la maladie (et donc le recours à de nouvelles prises en charge hospitalières).

160 programmes sont déployés en Normandie grâce à l'implication des centres hospitaliers et d'opérateurs spécialisés.

Cependant l'**Éducation thérapeutique du patient (ETP) reste insuffisamment connue** et mobilisée, que ce soit par les malades chroniques ou par les acteurs qui les accompagnent et qui sont en situation de la conseiller, voire de la pratiquer.

Il est donc important de **développer une offre d'Éducation thérapeutique du patient (ETP) « en ville »** pour permettre une prise en charge de proximité. Ce développement doit se faire de manière coordonnée, multi professionnelle et pluridisciplinaire.

Par ailleurs, **dans le champ particulier du cancer, les soins de support** (définis comme l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades pendant et après la maladie) restent mal connus aussi bien au niveau de la population générale que par les professionnels de premier recours. La feuille de route normande 2022 -2025 de lutte contre les cancers, construite par l'Agence régionale de santé (ARS) Normandie et le réseau régional de cancérologie OncoNormandie avec l'ensemble des acteurs concernés, fait de leur développement une priorité des cinq prochaines années.



Pour cela, les actions suivantes seront engagées prioritairement dans le cadre de ce Projet régional de santé

- Développer et reconnaître l'Éducation thérapeutique du patient (ETP) dans les **formations initiales des professionnels de santé** ;
- **informer les malades chroniques de l'existence de l'Éducation thérapeutique du patient (ETP) dès l'annonce de la maladie** ;
- **poursuivre le développement de l'Éducation thérapeutique du patient (ETP) en proximité des patients** en mobilisant les professionnels de santé de premier recours et les établissements de santé ;
- **communiquer sur la complémentarité de l'Éducation thérapeutique du patient (ETP) avec l'activité physique adaptée** ;
- **renforcer l'accessibilité des programmes d'Éducation thérapeutique du patient (ETP) pour les personnes en situation de handicap et/ou de précarité** ;
- promouvoir et développer des **programmes d'Éducation thérapeutique du patient (ETP) pluripathologiques** ;
- **développer le recours aux soins oncologiques de support** après le traitement d'un cancer, conformément aux orientations de la feuille de route normande 2022 - 2025.



Indicateur d'atteinte de l'objectif

Nombre de personnes ayant suivi un programme d'Éducation thérapeutique du patient (ETP)	Valeur 2022	<b>Valeur 2028</b>
	<b>16 634</b>	<b>20 000</b>

## 7.2. Conforter la place des savoirs expérientiels tout au long des parcours de soins

L'expérience de la maladie, du handicap ou de toute autre forme d'altération de la santé vécue par les patients est aujourd'hui considérée comme une réelle **source de savoir et d'expertise**.

Les savoirs expérientiels en santé font l'objet d'un paradoxe car le bénéfice auprès des usagers est une évidence mais ils ne trouvent pas pour autant tout à fait leur place dans le parcours de soins.

Le moment est donc venu de donner un véritable rôle à ces savoirs dans la relation thérapeutique.



Pour cela, les actions suivantes seront engagées prioritairement dans le cadre de ce Projet régional de santé

- **Développer la place des patients experts dans les structures d'addictologie** (en priorité dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues - CAARUD) ;
- **permettre aux patients experts** (malades et/ou en situation de handicap) **d'intervenir dans la formation des professionnels** (notamment dans l'Éducation thérapeutique du patient (ETP) et dans la prise en charge des personnes en situation de handicap) ;
- **positionner le centre support régional dans l'accompagnement des futurs médiateurs santé-pair** à la formation et en les accompagnant durant leur cursus ;
- soutenir la **formation des usagers** patients experts, patients ressources... ;
- **poursuivre le déploiement des Groupes d'entraide mutuelle (GEM) pour le handicap psychique.**



Indicateur d'atteinte de l'objectif

Nombre de Groupes d'entraide mutuelle (GEM)	Valeur 2022	<b>Valeur 2028</b>
	<b>34</b>	<b>45</b>

### 7.3. Soutenir les aidants

9,3 millions de personnes déclarent **apporter une aide régulière à un proche en situation de handicap, de maladie ou de perte d'autonomie**. Cela représente 1 personne sur 6.

Cet investissement soutenu des aidants est susceptible d'affecter leur état de santé, leur qualité de vie, voire leur situation sociale ou financière. Il est donc indispensable de leur **proposer une offre de service afin de les préserver du risque d'épuisement** et de leur apporter le plus de soutien possible.



Pour cela, les actions suivantes seront engagées prioritairement dans le cadre de ce Projet régional de santé

#### ■ Informer et former les aidants ;

- améliorer l'**information aux aidants** sur leurs droits ainsi que sur les dispositifs de soutien existants, dont l'offre de répit,
- développer des **formations au bénéfice des aidants** pour leur permettre de mieux appréhender les besoins et spécificités des personnes (personnes âgées, personnes en situation de handicap),

#### ■ reconnaître le rôle et l'expertise des aidants ;

- veiller à la bonne **association des usagers et des aidants à la vie des établissements**,
- **associer davantage les aidants** à l'élaboration des projets de vie des personnes pour garantir des parcours plus fluides,
- intégrer cet enjeu à la **formation des professionnels de santé et d'accompagnement**,
- favoriser l'**intervention des aidants dans les formations et actions de sensibilisation** afin qu'ils puissent partager leur expérience,

#### ■ renforcer l'offre de répit au bénéfice des aidants ;

- poursuivre la **structuration du réseau de plateformes de répit** sur les territoires et suivre les expérimentations de maisons de répit afin d'en accompagner le déploiement le cas échéant,
- **développer dans les établissements sociaux et médico-sociaux une offre de répit**, notamment via les modalités séquentielles d'accompagnement (accueil de jour ; accueil de nuit ; hébergement temporaire).



Indicateur d'atteinte de l'objectif

Nombre de places d'accueil de jour en Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)	Valeur 2023	Valeur 2028
	827	1 000

## 8. Soutenir l'usager comme acteur du système de santé

La **démocratie en santé** recouvre deux dimensions. Il s'agit d'une part de **promouvoir les droits individuels** (accès à l'information, consentement, accès au dossier médical ou la réparation des accidents médicaux) **et collectifs** (participation des usagers dans les instances de santé) des usagers et des personnes concernées. D'autre part, la démocratie en santé promeut une démarche qui vise à **associer l'ensemble des acteurs du système de santé normand** dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé, dans un esprit de dialogue et de concertation.

### 8.1. Accompagner l'émancipation des usagers grâce à des communications adaptées et motivantes

**L'information en santé est omniprésente, à disposition de toutes et tous.** Dans certaines situations, nos capacités à gérer ces informations peuvent être inadéquates ou dépassées et ce déséquilibre peut entraîner des conséquences néfastes pour la santé.

Chaque usager doit avoir **accès à des informations fiables et compréhensibles** pour qu'il participe activement à la prise de décision partagée avec les professionnels de la santé et les autorités sanitaires concernant la prévention et la promotion de la santé, les soins et les accompagnements.

**Améliorer la littératie en santé des usagers** (y compris des aidants et des représentants des associations) et la compréhension de notre système de santé permet ainsi de **renforcer la sécurité et la qualité des soins et de réduire les inégalités sociales en matière de santé.**

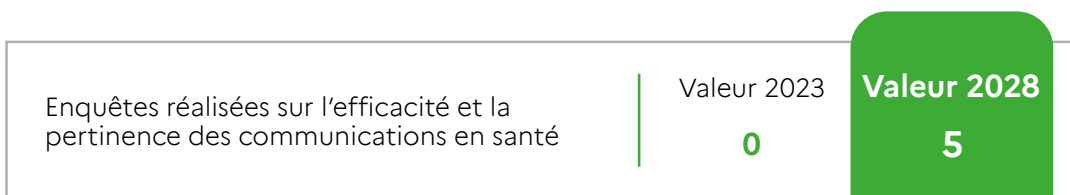


Pour cela, les actions suivantes seront engagées prioritairement dans le cadre de ce Projet régional de santé

- **Sensibiliser et former les professionnels à la nécessaire adaptation de leur communication** aux différents niveaux de compréhension des usagers ;
- structurer et poursuivre **les efforts de communication et de lisibilité des actions et dispositifs** de prévention et promotion de la santé, en termes d'organisation des soins et des accompagnements ;
- **former et sensibiliser les professionnels au respect de la dignité de la personne**, notamment sur la prise en compte de la douleur ;
- **promouvoir le site internet « sante.fr » auprès des professionnels et des usagers**, en valorisant notamment l'action des associations d'usagers du système de santé, habituées à communiquer auprès des publics concernés ;
- **rendre compréhensible la politique régionale de santé** pour permettre au citoyen de se l'approprier et de développer son pouvoir d'agir.



### Indicateurs d'atteinte de l'objectif



## 8.2. Participer au développement de la culture du risque sanitaire chez les populations concernées

Le **risque sanitaire correspond à la probabilité que survienne un événement nuisible à la santé d'un groupe d'individus**. Plusieurs critères sont retenus : le degré de gravité, le fait d'être attendu ou fortuit, d'être accepté ou subi. On parle de risque collectif lorsqu'un nombre important de personnes est concerné par la menace (épidémies, pandémies, altérations environnementales).

Les risques sanitaires susceptibles d'affecter la santé de la population peuvent résulter d'agents infectieux (virus, bacilles), du dégagement de substances toxiques à la suite d'un accident industriel, de substances radioactives ou encore de polluants d'origine anthropique (microparticules atmosphériques ou pesticides).

Au-delà du nécessaire **renforcement de la prévention du risque industriel**, la connaissance par les populations concernées du risque pour leur santé est peu répandue. **L'acculturation des populations aux risques sanitaires doit permettre de gérer plus efficacement les situations de crise**. Il s'agit de comprendre les risques, analyser l'information donnée et savoir réagir.



Pour cela, les actions suivantes seront engagées prioritairement dans le cadre de ce Projet régional de santé

- Apporter un appui aux collectivités et aux préfetures pour la prise en compte de la culture du risque dans leurs plans de réponse ;
- mobiliser les expertises sanitaires pour élaborer des supports d'information et de sensibilisation ;
- favoriser la participation de la population dans les exercices préfectoraux.



Indicateur d'atteinte de l'objectif

Part d'exercices départementaux d'adaptation au risque associant la population	Valeur 2023	Valeur 2028
	10 %	30 %

### 8.3. Ensemble, faire changer le regard sur le handicap

Depuis cinq ans, l'**amélioration du quotidien des personnes handicapées** est une priorité première en Normandie. Des progrès sont visibles, davantage d'enfants en situation de handicap sont scolarisés, des salariés handicapés ont retrouvé le chemin de l'emploi, la participation sociale des personnes en situation de handicap monte en puissance.

Il est désormais **nécessaire d'aller plus loin** en érigeant en grande cause régionale le **respect des droits fondamentaux des personnes en situation de handicap**.



Pour cela, les actions suivantes seront engagées prioritairement dans le cadre de ce Projet régional de santé

#### Améliorer la connaissance ;

- **sensibiliser l'ensemble de la population** par des campagnes de communication,
- renforcer les actions permettant de **prendre conscience de l'enjeu d'inclusion** des personnes en situation de handicap dès le plus jeune âge, en milieu scolaire et périscolaire,
- réaliser des **études permettant de mieux qualifier les besoins et les souhaits** des personnes en situation de handicap,

#### améliorer la compréhension ;

- développer des **actions de sensibilisation et de formation sur le handicap**, incluant une dimension de simulation,
- **favoriser les évènements**, notamment sportifs, de type « faire ensemble » (exemple : ateliers handisport),
- encourager les **partages d'expériences et les témoignages**,

#### améliorer l'implication de l'ensemble des acteurs dans les politiques d'inclusion ;

- inscrire cet objectif dans les **politiques et projets d'établissements**,
- **accompagner des initiatives** visant à renforcer l'inclusion,
- **valoriser** les parties prenantes impliquées.



Indicateur d'atteinte de l'objectif

Existence de dispositifs adaptés pour les personnes en situation de handicap dans les établissements de santé	Valeur 2023	<b>Valeur 2028</b>
	<b>41 %</b>	<b>100 %</b>

## 8.4. Accroître la formation et l'accompagnement des usagers-acteurs du système de santé et renforcer leur participation aux instances de démocratie sanitaire

Par leurs retours, leurs actions et leurs comportements vis-à-vis du système de santé, les **usagers contribuent directement à la régulation** de celui-ci. Par ailleurs, leur rôle de représentation auprès des opérateurs de santé est essentiel à la démarche générale d'amélioration continue. La **montée en connaissance et en compétence des usagers est donc un enjeu à part entière**.



Pour cela, les actions suivantes seront engagées prioritairement dans le cadre de ce Projet régional de santé

- **Développer et organiser l'information à l'attention des usagers sur les résultats** en matière de pertinence des soins en lien avec l'Instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS) ;
- **améliorer la pertinence du recours au système de santé** en améliorant les connaissances des usagers sur leur santé quotidienne, en particulier dans le cadre du projet régional « santé des familles » issu des travaux du Conseil national de la Refondation Santé en Normandie ;
- **poursuivre le repérage, la valorisation et le soutien des initiatives visant à promouvoir les droits individuels et collectifs des usagers du système de santé**, en particulier à travers le dispositif du label « Droits des usagers du système de santé » ;
- **informer les citoyens de l'existence, du rôle et des avis des instances de démocratie sanitaire ;**
- dans la continuité des **travaux du Conseil national de la Refondation Santé**, faire vivre la démocratie en santé au plus près des habitants et des habitantes, notamment en accompagnant les Conseils territoriaux de santé (CTS) dans la mise en œuvre de leur mission d'organisation du débat public en santé ;
- **associer les représentants d'usagers à la gestion des plaintes et réclamations**, en réalisant un bilan annuel dans les établissements ainsi qu'auprès des instances de démocratie en santé ;
- **renforcer la notoriété des représentants d'usagers** en faisant connaître leur rôle dans les instances des établissements auprès des citoyens et des professionnels ;
- **poursuivre l'accompagnement à la prise de mandats des représentants d'usagers** désignés pour siéger au sein des instances de santé publique ou des instances de démocratie en santé ;
- **accompagner les mises en réseau d'élus de Conseil de vie sociale (CVS) des établissements médico-sociaux** à l'échelle départementale ou infra-départementale et contribuer à l'animation et à l'outillage de ces communautés ;
- **renforcer la formation**, en lien avec France assos santé (FAS), des représentants des usagers des instances de démocratie en santé, des Conseils de vie sociale (CVS) et des Commissions des usagers (CDU) ;
- **favoriser une participation active des usagers** dans les instances en accompagnant l'engagement bénévole des usagers et de leurs représentants au sein des instances de démocratie en santé et plus largement dans toutes les missions qu'ils portent (recueil de la parole, promotion des droits, partage de leur savoir expérientiel, actions de plaidoyer, lanceurs d'alerte...) ;
- **simplifier l'articulation entre les différentes instances de démocratie en santé** en formalisant un processus continu d'articulation et de concertation des instances de démocratie en santé entre elles, ainsi qu'avec d'autres institutions intervenant dans le champ de la santé, pour permettre et faciliter la synergie des actions et des démarches.



### Indicateurs d'atteinte de l'objectif

Taux de postes vacants dans le collège des représentants d'usagers à la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) et dans les Conseils territoriaux de santé (CTS)	Valeur 2023 <b>CRSA : 21 %</b> <b>Tous CTS confondus : 39 %</b>	<b>Valeur 2028</b> <b>10 %</b>
Nombres d'enquêtes sur le fonctionnement des instances de démocratie en santé (Commission des usagers (CDU) et Conseil de vie sociale (CVS)) réalisées sur 5 ans	Valeur 2023 <b>1/10</b>	<b>Valeur 2028</b> <b>10/10</b>



118

Projet régional de santé 2023-2028

## AXE 3

### Pour relever ces défis et gérer les grandes transitions, mieux appuyer les acteurs de santé normands dans leurs efforts d'attractivité et d'adaptation de leur réponse

Les défis qui attendent les professionnels et les établissements engagés dans la politique de santé en Normandie sont majeurs.

Aussi, afin de **répondre aux transformations attendues à court et à moyen terme en matière d'accès aux soins, de réponse au vieillissement ou encore de prévention**, l'Agence régionale de santé (ARS) Normandie sera pleinement mobilisée pour accompagner les acteurs – établissements de santé et médico-sociaux, professionnels de santé, organismes gestionnaires.

Tout d'abord, il nous faudra **renforcer et accélérer le déploiement des nouveaux modes de prise en charge et favoriser les coopérations**. En effet, dans le contexte de tensions démographiques en santé, il est indispensable d'utiliser au mieux les ressources disponibles pour renforcer le temps médical disponible à destination des patients dont la situation le nécessite, et de favoriser les complémentarités entre l'ensemble des professionnels de santé constitués en équipes structurées et coordonnées.

Il en est de même **en matière d'offre de soins hospitalière, où il nous faut renforcer les collaborations entre établissements** afin de construire des filières coordonnées et structurées sur les territoires facilitant les prises en charge des patients, avec une offre lisible du diagnostic en proximité au recours en établissement spécialisé.

Par ailleurs face aux enjeux démographiques, l'Agence régionale de santé (ARS) Normandie poursuivra son **engagement résolu en matière de formation des étudiants en santé** avec l'ensemble de ses partenaires – Région Normandie, Universités, instituts de formations. Le **développement de l'offre de stages**, en assurant un maillage optimal sur le territoire, est également la clé de l'attractivité des territoires et de l'installation de futurs professionnels en synergie avec les collectivités territoriales. La fixation des professionnels en région nécessite enfin un travail partenarial sur **l'amélioration des conditions de travail pour l'ensemble des professionnels et modes d'exercice** (aides directes, appui aux établissements, évolution des méthodes managériales).

Sur le **numérique en santé**, la dynamique engagée sera également amplifiée pour améliorer l'offre de soins dans les territoires (télésanté), pour améliorer les conditions de travail des professionnels et optimiser le temps médical disponible et pour renforcer la place et les données accessibles aux usagers.

Enfin, l'Agence régionale de santé (ARS) poursuivra son **rôle d'appui et d'offre de services aux acteurs pour leurs propres transformations structurelles**, comme les investissements du Ségur de la santé auprès des établissements sanitaires et médico-sociaux, la transition écologique du système de santé pour réduire notre empreinte carbone ou encore l'accompagnement des établissements dans l'approfondissement des coopérations et la performance.

## 9. Structurer de **nouveaux modèles de prise en charge** en favorisant les coopérations et les complémentarités entre acteurs

Dans une région marquée par la sous-densité médicale, le **développement de l'exercice coordonné et des coopérations professionnelles** est indispensable pour améliorer l'accès aux soins dans les territoires.

L'Agence régionale de santé (ARS) Normandie sera pleinement engagée aux côtés des professionnels de santé libéraux et de l'Assurance maladie pour renforcer le développement de l'exercice coordonné, sous toutes ses formes et modalités, au service de la population. Le **déploiement des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)** sur l'ensemble de la région est un objectif central pour optimiser l'organisation collective des professionnels de santé, pour renforcer l'accès aux soins ou encore le déploiement d'actions de prévention à destination de la population.

Par ailleurs, ce contexte démographique nous engage à renforcer les coopérations entre tous les acteurs (ville – hôpital, hôpital – clinique, établissements de santé au sein d'un groupement hospitalier de territoire) pour **répondre par la solidarité territoriale aux enjeux de permanence et de continuité des soins**.

### 9.1. Rendre majoritaire l'exercice coordonné et développer les protocoles de coopération entre professionnels médicaux et paramédicaux

L'exercice coordonné en structure professionnelle est un outil central pour améliorer l'accès aux soins dans les territoires. Il permet d'**attirer de nouveaux professionnels** et d'**améliorer leur coordination**. Pour les professionnels, ce mode d'exercice est attractif. Il est également un **moteur de la transformation des pratiques**. Il favorise notamment les protocoles de coopérations entre professionnels de santé et permet de proposer une offre de soins élargie, de réduire les délais d'accès à une prise en charge en optimisant les parcours de soins et d'apporter ainsi une **réponse aux attentes des patients comme des professionnels**.

La Normandie s'est dotée d'une **charte d'accès aux soins** associant l'ensemble des institutions, des représentants des professionnels et des collectivités souhaitant participer au développement de l'exercice coordonné. Malgré une dynamique importante en région pour structurer l'exercice coordonné (Pôle de santé libéral ambulatoire (PSLA) / Maison de santé pluriprofessionnelle, centre de santé ...), il nous faudra **poursuivre les efforts** en la matière.



Pour cela, les actions suivantes seront engagées prioritairement dans le cadre de ce Projet régional de santé

- **Poursuivre l'appui au déploiement des Maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) / Pôles de santé libéraux ambulatoires (PSLA) et renforcer l'appui aux autres formes d'exercice coordonné** (équipes de soins primaires, équipes de soins spécialisées, centres de santé ...)
- **augmenter le nombre de postes mixtes ville/hôpital en particulier dans les territoires sous-denses ;**
- **appuyer le déploiement de protocoles de coopération entre professionnels médicaux et paramédicaux ;**
- **développer les structures d'appui aux professionnels de premier recours pour la prise en charge de cas complexes.**



### Indicateurs d'atteinte de l'objectif

Nombre de structures d'exercice coordonné	Valeur 2023	<b>Valeur 2028</b>
	<b>135</b>	<b>235</b>

Taux de couverture de la population par une Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS)	Valeur 2023	<b>Valeur 2028</b>
	<b>36 %</b>	<b>100 %</b>

## 9.2. Encourager les rapprochements entre professionnels libéraux et les établissements, entre établissements de santé, entre champ sanitaire et champ médico-social

Au cours des cinq prochaines années, l'évolution défavorable de la démographie médicale rendra indispensable la construction de coopérations entre acteurs dans l'objectif de **mieux utiliser le temps médical disponible et prévenir les ruptures de parcours**. L'augmentation de la prévalence des maladies chroniques attendue en raison du vieillissement de la population devrait **augmenter la part des parcours complexes, nécessitant également une coordination plus grande des acteurs de santé**.

Reposant sur un nombre trop réduit de professionnels, la **charge de la permanence des soins impacte fortement les établissements et limite l'attractivité des postes médicaux** et donc le renouvellement des équipes. L'organisation de la permanence des soins devra évoluer pour **associer un plus grand nombre de professionnels, exerçant dans le public comme dans le privé**.

Au-delà de la permanence des soins, et en dehors des plus grandes agglomérations (Caen, Rouen, Le Havre), l'**insuffisance des coopérations entre établissements de santé** se traduit encore trop souvent en Normandie par des stratégies non coopératives qui rendent plus difficiles la spécialisation des équipes et l'atteinte de volumes d'activités minimums, alors que le lien entre qualité et volume d'activité est établi pour de nombreuses pratiques chirurgicales, médicales ou obstétricales. Ces stratégies non coopératives peuvent également réduire les performances des acteurs de soins en empêchant toute mutualisation de fonctions support.



Pour cela, les actions suivantes seront engagées prioritairement dans le cadre de ce Projet régional de santé

- Promouvoir dans les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les hôpitaux de proximité une gouvernance associant professionnels libéraux, établissements publics et privés sanitaires et médico-sociaux et représentants des usagers ;
- rénover le schéma régional de la permanence des soins en établissement pour développer les organisations associant professionnels libéraux et hospitaliers, établissements privés et établissements publics de santé ;
- inciter au rapprochement entre établissements publics et privés de santé d'un même bassin de vie en corrélant les autorisations d'activité de soins à la production d'un descriptif partagé de l'articulation des projets médicaux des structures et des groupements auxquelles elles participent. L'appui proactif d'un « comité des coopérations » indépendant, placé auprès de la commission spécialisée de l'offre de soins, qui peut être missionné en cas de difficultés dans la définition des modalités de cette articulation ;
- renforcer les liens entre les différents établissements d'un même territoire, par la **constitution d'Équipes médicales de territoire (EMT) pour les activités les plus soumises à la permanence des soins et aux tensions démographiques** afin de soutenir les dynamiques territoriales.



### Indicateur d'atteinte de l'objectif

Nombre de lignes de Permanence des soins en établissement de santé (PDES) associant public et privé	Valeur 2023	<b>Valeur 2028</b>
	5	13

## 10. Renforcer l'offre de formation au plus près des territoires ainsi que l'attractivité des métiers de la santé et la fixation des professionnels dans les territoires

Favoriser l'installation des professionnels de santé en Normandie nécessite la **participation de tous les acteurs le plus tôt possible**, dès lors qu'un collégien ou qu'un lycéen émet le souhait de s'orienter vers un métier de la santé. Il en sera de même pour toute personne en réorientation professionnelle.

Les métiers du soin et leur niveau de formation doivent être bien identifiés afin de ne pas décourager les candidats. Lors de leur formation, qu'elle soit ou non intégrée à l'Université, il s'agit de **mettre en place toutes les actions d'accompagnement pour la réussite individuelle en mettant l'accent sur la qualité d'encadrement**, notamment lors des stages. En effet, lors de ces multiples périodes d'immersion professionnelle, les étudiants en santé sont confrontés aux conditions et organisation du travail qui vont inévitablement influencer sur leur motivation et leur projet d'affectation.

Par ailleurs, l'installation inégale des professionnels dans les territoires ne permet pas de répondre de manière optimale aux besoins. Aussi, la **promotion des territoires sous dotés et une meilleure répartition des professionnels permettrait d'améliorer l'accès aux soins de la population normande**. De plus, certaines perspectives d'évolution ou de diversification des champs professionnels et des métiers sont encouragés et accompagnés en Normandie.

### 10.1. Agir en faveur des futurs professionnels par l'amélioration de la qualité de vie des étudiants en santé

Afin d'**adapter l'offre de formation des professionnels aux besoins du système de santé**, les capacités de formation ont fortement augmenté depuis 2019. Pour implanter ces futurs professionnels dans les territoires, il est nécessaire d'**offrir des lieux de formation qualifiants au plus près des lieux d'exercice** et ainsi les attirer vers les zones les plus déficitaires. La mise en place des **territoires universitaires de santé**, par lesquels des enseignants associés à l'Université sont nommés dans les territoires éloignés des CHU, y contribue activement.

Il convient alors d'**adapter la formation** tout en préservant la qualité de la formation et notamment en mettant l'accent sur les conditions de formation et l'accompagnement pédagogique. L'objectif est de **fidéliser les étudiants et favoriser leur futur exercice en région Normandie**.

Plusieurs enquêtes et témoignages d'étudiants mettent en lumière leurs **difficultés d'ordres financier, physique et psychologique**, souvent sous estimées, d'où la nécessité d'une mobilisation collective pour réduire ces facteurs.



Pour cela, les actions suivantes seront engagées prioritairement dans le cadre de ce Projet régional de santé

- **Donner l'ambition aux jeunes des territoires les plus éloignés des villes universitaires notamment ruraux d'accéder aux formations médicales et paramédicales** (Service national universel, services civiques, mini stages) ;
- **promouvoir des candidatures du bassin d'emploi ou de la région, notamment par le dispositif des cordées de la réussite en partenariat avec l'Éducation nationale et les autres dispositifs ;**
- **améliorer les conditions de formation des étudiants en santé ;**
- **reconnaître et répondre à la précarité étudiante** afin de limiter les interruptions de formation ;
- **prévenir et promouvoir la santé mentale et somatique des étudiants ;**
- **améliorer l'encadrement des étudiants en santé ;**

- renforcer les offres de stages et la qualité des contenus et de l'encadrement ;
- renforcer le suivi individualisé sur les terrains de stage (tutorat) ;
- accompagner le développement des Territoires universitaires de santé.



### Indicateur d'atteinte de l'objectif

Taux de réussite au diplôme infirmier par rapport au capacitaire n-3	Valeur 2023 <b>79 %*</b>	<b>Valeur 2028</b> <b>90 %</b>
Nombre d'étudiants formés en odontologie (chaque année en sortie de cycle universitaire)	Valeur 2023 <b>35 (Caen)</b> <b>15 (Rouen)</b>	<b>Valeur 2028</b> <b>100</b>

\* Année universitaire 2022

## 10.2. Accompagner les installations de professionnels

L'Agence régionale de santé (ARS) Normandie poursuivra le soutien au post-internat, destiné à améliorer l'attractivité et la fidélisation sur le territoire régional au profit des zones plus particulièrement sous-denses.



Pour cela, les actions suivantes seront engagées prioritairement dans le cadre de ce Projet régional de santé

- **Assurer une meilleure répartition de l'offre de soins dans les territoires** en actualisant régulièrement l'identification des territoires les mieux dotés et les moins dotés en professionnels de santé (zonage) ;
- **renforcer et développer les dispositifs visant à simplifier l'installation des professionnels de santé** de premier et de second recours et la lisibilité des dispositifs ;
  - soutien au développement des postes d'Assistants spécialistes régionaux (ASR) permettant aux jeunes professionnels médecins d'avoir un 1<sup>er</sup> exercice à temps partagé entre un centre hospitalier universitaire et un centre hospitalier périphérique,
  - déploiement en médecine générale de postes d'assistants universitaires de médecine générale ou de chefs de clinique universitaires de médecine générale (poste à temps partagé entre l'université et des zones médicales sous-dense), associés au développement des maisons de santé universitaires,
  - le déploiement des assistants à temps partagé ville-hôpital en région avec deux volets différents (temps partagé entre établissements de santé, et temps partagé entre structures ambulatoires et établissements de santé),
  - **inciter à l'installation des étudiants dans les territoires les plus en tension** (Contrat d'accompagnement dans l'emploi (CAE), Contrat d'engagement de service public (CESP)).



### Indicateurs d'atteinte de l'objectif

Nombre annuel de Contrats d'accompagnement dans l'emploi (CAE) financés par l'ARS	Valeur 2023 <b>0</b>	Valeur 2028 <b>30</b>
Nombre de Contrats d'engagement de service public (CESP)	Valeur 2023 <b>157</b>	Valeur 2028 <b>160</b>

### 10.3. Développer les nouvelles pratiques et les nouveaux métiers en santé, en misant sur le levier de la formation

L'innovation dans le champ de la formation est un outil de réponse à l'évolution des besoins de santé. **L'universitarisation des formations paramédicales représente un atout** pour l'attractivité des métiers et pour l'évolution des pratiques et des modes d'exercice, notamment par le prisme de la recherche. Cette évolution est un des leviers pour **développer l'ambition autour des métiers de demain**.

La création dès 2018 de la **formation des Infirmiers en pratique avancée (IPA)** par l'Université santé Normandie permet aux professionnels paramédicaux d'accéder à un nouveau champ de compétences. Il convient désormais d'**amplifier la démarche**.



Pour cela, les actions suivantes seront engagées prioritairement dans le cadre de ce Projet régional de santé

- **Accroître sensiblement le nombre d'étudiants Infirmiers en pratique avancée ;**
- **outiller et massifier le déploiement des protocoles de coopération nationaux ;**
- **soutenir l'expérimentation d'universitarisation des formations paramédicales** et encourager le développement de master puis de doctorat pour ces formations ;
- **construire des parcours de formation pour les nouveaux métiers du soin avec les principaux partenaires.**



#### Indicateurs d'atteinte de l'objectif

Nombre d'Infirmiers en pratique avancée (IPA) diplômés depuis 2020	Valeur 2023 <b>60</b>	Valeur 2028 <b>230</b>
Nombre de professionnels de santé adhérents à un protocole de coopération national	Valeur 2023 <b>1 055</b>	Valeur 2028 <b>1 500</b>

## 10.4. Améliorer la qualité de vie et les conditions de travail, fidéliser les professionnels et valoriser les métiers de la santé et du soin en Normandie

Les **métiers de la santé et du soin sont soumis à des contraintes** économiques, aux changements d'organisation, au vieillissement des patients ou encore aux changements de comportement de la population.

Le **déficit d'attractivité** qui en résulte vis-à-vis des nouvelles générations et le turn-over des soignants en poste suscitent des **tensions sur les ressources humaines** dans les établissements et impacte in fine la qualité des soins.

L'Agence régionale de santé (ARS) Normandie souhaite donc accompagner les partenaires et encourager les dispositifs visant l'**amélioration de la qualité de vie au travail, la fidélisation des professionnels et la valorisation des métiers, au service de la qualité des soins.**

Il faudra aussi réfléchir davantage au développement des coopérations avec les acteurs de la prévention, notamment les Services de prévention et de santé au travail (SPST) pour contribuer au maintien dans l'emploi et à la prévention de la désinsertion professionnelle.



Pour cela, les actions suivantes seront engagées prioritairement dans le cadre de ce Projet régional de santé

- **Piloter un plan régional d'attractivité des métiers du sanitaire, du médico-social et du social** dans le cadre d'une gouvernance partenariale avec la Région Normandie, l'ensemble des collectivités, l'Éducation nationale, la Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités ainsi que Pôle emploi ;
- **créer un observatoire de la démographie et de l'attractivité des professions de santé** en Normandie avec l'ensemble des partenaires impliqués ;
- contribuer et promouvoir les **dispositifs de soutien matériel déployés par les collectivités** : logement, transports, aide à l'installation de la famille... ;
- faire connaître aux établissements les **dispositifs de soutien des partenariats existants** par une communication spécifique ;
- **promouvoir la qualité de vie et des conditions de travail dans les établissements et services ;**
- **fidéliser les soignants en poste** par l'échange de bonnes pratiques en groupe de travail régional ;
- **valoriser les parcours professionnels ;**
- **mutualiser les dispositifs de prévention professionnelle entre établissements** (projet formation formateurs PRAP2S).



Indicateurs d'atteinte de l'objectif

Pourcentage d'établissements avec un taux d'absentéisme annuel inférieur à 8%	Valeur 2023	Valeur 2028
		<b>&gt; 50%</b>

## 10.5. Promouvoir le travail entre pairs et la mixité d'exercice

Les contraintes avec lesquelles les soignants doivent exercer au quotidien doivent nous conduire à **élaborer des modes d'organisations innovants**. Le **rapprochement des pairs est un moyen** de prévenir les risques psychosociaux en luttant notamment contre l'isolement et en favorisant l'échange des pratiques, mais également en recentrant le travail sur du temps soignant.

L'**exercice partagé ville-hôpital** répond également à l'un des enjeux de la société actuelle, obtenir une certaine souplesse dans le déroulé de sa carrière et favoriser l'adéquation vie-privée vie professionnelle. Les **innovations pédagogiques** développées dans le cadre de la formation professionnelle continue permettent également de consolider ou de développer des acquis dans des formats plus souples.



Pour cela, les actions suivantes seront engagées prioritairement dans le cadre de ce Projet régional de santé

- Accompagner le projet d'**Assistant spécialiste régional (ASR) ville/hôpital** ;
- étudier la possibilité d'un **exercice partagé ville-hôpital pour les métiers paramédicaux** ;
- **accompagner l'installation des modes d'exercice partagé** ;
- favoriser et accompagner la **création d'outils pédagogiques innovants pour les formations initiales et continues** ;
- promouvoir l'**amélioration des organisations du travail et des modes de management**.



### Indicateurs d'atteinte de l'objectif

Nombre d'Assistants spécialistes régionaux (ASR) Ville-hôpital	Valeur 2023 <b>0</b>	<b>Valeur 2028</b> <b>20</b>
Nombre d'expérimentations exercice partagé paramédicaux ville hôpital	Valeur 2023 <b>0</b>	<b>Valeur 2028</b> <b>20</b>

## 10.6. Soutenir les soignants face aux tensions du système de santé

Les professionnels de santé sont régulièrement impactés par des **situations de crise dans l'exercice de leurs fonctions**. Crise sanitaire, plannings incomplets, agressions : ces situations impactent particulièrement le personnel soignant.

C'est ainsi que le **personnel hospitalier déclare plus souvent des symptômes de dépression et d'anxiété que l'ensemble des personnes en emploi**. À l'hôpital, 41 % des personnes ont des symptômes de dépression légère à sévère contre 33 % dans l'ensemble des personnes en emploi.

Ces constats renvoient à la **problématique plus globale de la pénibilité** qui touche l'ensemble du secteur de la santé. Les rythmes de vie difficiles, la fatigue, l'absentéisme élevé, le turn-over, la charge de travail soutenue sont autant d'éléments qui exposent davantage ces personnels aux risques psychosociaux.

Enfin, les violences physiques ou verbales commises à l'encontre des professionnels de santé pèsent sur les conditions d'exercice des soignants ainsi que sur leur état de santé.



**Pour cela, les actions suivantes seront engagées prioritairement dans le cadre de ce Projet régional de santé**

- Soutenir le **plan de lutte contre les violences faites aux soignants** ;
- déployer une **offre de prise en charge globale du risque psychosocial des étudiants et des soignants** ;
- favoriser les **démarches de prévention du risque psychosocial** auprès des personnels de santé et en particulier étendre le soutien aux personnels libéraux ;
- **soutenir la gestion des tensions en ressources humaines des établissements** ;
- **pérenniser le dispositif de médiation régionale** ;
- **contribuer à la prévention et à la résolution des crises dans le cadre du dialogue social régional**.



**Indicateur d'atteinte de l'objectif**

Nombre d'appels passés sur le numéro d'urgence psychosociale - Soins aux professionnels de la santé (SPS)	Valeur 2023	<b>Valeur 2028 Triplement (450)</b>
	<b>150</b>	

## 11. Accompagner les établissements et les professionnels dans leurs **transformations structurelles**, en encourageant notamment le **virage numérique** et les **innovations**

La complexité des enjeux de transformation rend indispensable une **acculturation des acteurs et un accompagnement renforcé**. L'évolution des pratiques et des organisations, les **enjeux de qualité et la transformation numérique** sont autant de défis majeurs, nouveaux ou en permanente évolution.

Le Projet régional de santé a l'ambition, au cours des cinq prochaines années, d'accompagner de manière active ces transformations en animant une **démarche régionale de partage des connaissances et des pratiques, d'appui aux projets et à leur mise en œuvre**, pour atteindre les cibles régionales dans ces domaines.

### 11.1. Accompagner les acteurs de santé normands vers le renforcement des partenariats

Le système de santé est confronté à des **évolutions profondes à travers les différents « virages »**, qui concernent tant le secteur sanitaire que le secteur médico-social : virage ambulatoire, domiciliaire, inclusif ou encore territorial avec les diverses coopérations qui se renforcent et prennent leur essor.

Or, les **opérations de rapprochement d'établissements** (mutualisations, directions communes, le cas échéant fusions) **ou de coordination des acteurs** entre eux peuvent s'avérer complexes et nécessiter un appui, dans le cadre d'une animation territoriale renforcée.



Pour cela, les actions suivantes seront engagées prioritairement dans le cadre de ce Projet régional de santé

#### ■ Encourager les initiatives de rapprochement entre acteurs ;

- favoriser les **rapprochements** d'établissements lorsque c'est pertinent,
- **permettre aux professionnels d'établissements différents d'exercer ensemble** ou d'intervenir plus facilement dans un autre établissement que celui d'origine, favoriser le **développement d'équipes de territoire**,
- impulser et soutenir les **projets de mutualisations** notamment des fonctions logistiques, médico-techniques et supports,

#### ■ assurer une meilleure coordination de l'ensemble des parties prenantes ;

- développer et expérimenter le **déploiement de métiers de coordonnateurs** dans les champs sanitaire et médico-social,
- s'assurer de l'**efficacité concrète des dispositifs** de coordination (dispositifs d'appui à la coordination des parcours, Communautés 360 et plateformes d'expertise gériatrique) au bénéfice des usagers et des opérateurs,
- faire évoluer les **outils numériques de coordination** pour améliorer le recueil des données et faciliter un partage d'information plus fiable en temps réel,

#### ■ appuyer la transformation de l'offre sanitaire et médico-sociale ;

- développer l'**appui à la transformation et à la performance des établissements et des communautés de professionnels de santé**,
- **encourager les initiatives** de fonctionnement **en mode parcours** dans le champ médico-social.

## 11.2. Appuyer les investissements hospitaliers et médico-sociaux dans une logique de transformation et d'adaptation aux nouvelles formes de prise en charge

Avec la Région Normandie et la métropole Rouen Normandie pour le sanitaire, et avec les départements pour le médico-social, l'Agence régionale de santé (ARS) Normandie accompagne résolument les **projets d'investissement en santé dans les territoires**. Cet accompagnement a pris une ampleur inédite avec le Ségur de la santé, avec un **niveau de cofinancement des collectivités territoriales normandes inégalé ailleurs en France**.

L'objectif est de **permettre aux établissements de s'adapter** aux évolutions organisationnelles, technologiques et de pratiques, ainsi qu'aux attentes des usagers.

Cet appui à l'investissement dépasse le seul soutien financier et intègre un **suivi exigeant des projets** pour en recueillir tout le potentiel de transformation.



Pour cela, les actions suivantes seront engagées prioritairement dans le cadre de ce Projet régional de santé

- **Garantir la bonne intégration des grands enjeux sociétaux dans tous les projets de modernisation ;**
  - virage **écologique**,
  - virages **domiciliaire et ambulatoire**,
  - virages **inclusif et d'accessibilité sur les territoires**,
- **poursuivre l'accompagnement financier des projets de modernisation ;**
  - soutenir l'investissement hospitalier et médico-social structurant pour les territoires, dans le cadre de la **stratégie des investissements Ségur de la santé** en Normandie,
  - soutenir l'**investissement du quotidien** pour des améliorations concrètes et rapides au bénéfice des professionnels et des résidents,
- **cadrer la gestion de projets des établissements ;**
  - s'assurer de la robustesse des **équipes de maîtrise d'ouvrage et de la conduite de projets**,
  - encourager les **partages d'expériences et valoriser les réalisations**,
  - partager et faire **respecter les référentiels** (appui Agence nationale de l'appui à la performance, Conseil scientifique de l'investissement en santé et Caisse nationale solidarité autonomie).



Indicateur d'atteinte de l'objectif

Nombre de places d'établissements sociaux et médico-sociaux restructurées ou modernisées dans le cadre du Plan d'aide à l'investissement (PAI) annoncé dans le cadre du Ségur de la santé initié en 2021	Valeur 2023	<b>Valeur 2028</b>
	0	<b>2 714</b>

### 11.3. Appuyer les établissements sur les enjeux de qualité, sécurité et gestion des risques

Les établissements sanitaires et médico-sociaux sont soumis à des **démarches d'évaluation externe de la qualité placées sous l'égide de la Haute autorité de santé (HAS)**. Celles-ci permettent d'apprécier le niveau d'engagement des établissements dans la **dynamique d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques** et de les remobiliser, le cas échéant, sur des sujets prioritaires.

Pour soutenir les établissements dans cette démarche, l'Agence régionale de santé (ARS) Normandie et ses partenaires ont développé une **offre de services – formations, outils, audits, conseils, dispositifs de soutien spécialisés** – qu'il convient de renforcer en prenant en compte les besoins des établissements et l'opportunité que représentent les solutions d'appui en ligne de type webinaire.

La gestion des risques – intégrant la gestion de crise – suscite également des attentes, avec la nécessité absolue de **mieux prendre en compte l'ensemble des plaintes, réclamations et signalements d'événements indésirables pour mieux les prévenir**. Les retours et partages d'expériences représentent un levier majeur et seront encouragés dans ce cadre.



Pour cela, les actions suivantes seront engagées prioritairement dans le cadre de ce Projet régional de santé

- **Proposer aux établissements une offre de services en faveur de l'amélioration continue de la qualité ;**
  - développer **des formations** au bénéfice des professionnels avec les structures d'appui à la qualité,
  - mettre à disposition **des outils** faciles à appréhender et à utiliser au quotidien,
  - apporter **un appui et un conseil technique** aux établissements sanitaires dans le cadre de la démarche de certification (pour les établissements en difficulté suivi des plans d'actions de résolutions de problèmes),
  - renforcer **le suivi des conclusions des rapports de certification et des évaluations externes** dans le cadre de la procédure d'évaluation de la Haute autorité de santé,
  - promouvoir **des dispositifs d'appui sur l'hygiène** dans les établissements médico-sociaux,
- **amener les établissements à mettre en place une démarche robuste de gestion des risques ;**
  - inscrire **dans les contrats de financement et les autorisations** des établissements l'identification de leurs principaux risques pour mieux les prévenir,
  - améliorer **le traitement et la prise en compte des plaintes et réclamations** et systématiser **le signalement** des événements indésirables graves associés aux soins,
  - encourager la mise en place de **Comités de retour d'expérience (CREX)** et développer la culture de l'erreur apprenante,
  - développer les **accompagnements spécialisés** de type audit, (par ex. en s'appuyant sur l'Observatoire des médicaments, dispositifs médicaux et innovations thérapeutiques - OMEDIT - pour le circuit du médicament),
  - intégrer **l'amélioration des conditions de travail** et la **prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles** dès la programmation du projet de construction, d'extension ou de réhabilitation d'établissements.



### Indicateurs d'atteinte de l'objectif

Taux de certification ou certification avec mention des établissements de santé	Valeur 2023 <b>80 %</b>	<b>Valeur 2028</b> <b>87 %</b>
Taux d'établissements sociaux et médico-sociaux ayant fait l'objet d'une évaluation externe dans le cadre de la procédure de la Haute autorité de santé (HAS)	Valeur 2023 <b>0 %</b>	<b>Valeur 2028</b> <b>100 %</b>

## 11.4. Encourager le virage numérique, l'innovation et promouvoir les expérimentations

L'importance croissante du numérique dans les différents domaines de la santé amène une évolution forte des méthodes dans les systèmes de prise en charge et de soin. L'Agence régionale de santé (ARS) Normandie doit accompagner encore plus l'ensemble des professionnels de santé dans cette dynamique de croissance du numérique, en lien avec l'Assurance maladie et le Groupement régional d'appui au développement de la e-santé (GRADEs).



Pour cela, les actions suivantes seront engagées prioritairement dans le cadre de ce Projet régional de santé

- **Faire converger les enjeux numériques de projets de santé** en mobilisant systématiquement les compétences « e-santé » pour renforcer l'accompagnement de l'Agence régionale de santé (ARS) ;
- **appuyer financièrement la modernisation des infrastructures ;**
  - **promouvoir et informer** des opportunités existantes,
  - aider à l'**entrée dans les programmes** (candidature, conventionnement...),
  - octroyer d'**appuis financiers** selon les conditions prévues,
  - **suivre individuellement et venir en appui** sur la progression vers les cibles d'usages,
- **former les professionnels de santé ;**
  - participer à la **définition des orientations pédagogiques** et des **contenus**,
  - **intervenir directement auprès des étudiants** si cela est souhaité,
- **développer les usages des services socles nationaux ;**
  - travailler en **coconstruction avec des établissements pilotes** et **développement d'usages** ayant vocation à se généraliser,
  - mettre en place des **outils d'aide au développement** de ces usages,
  - venir en appui aux **dynamiques complémentaires d'accompagnement** (collectifs Système d'information (SI)...),
  - mettre en œuvre des **partenariats** forts avec les acteurs régionaux et départementaux,
- **appuyer les dispositifs de coordination et faciliter l'accès aux soins ;**
  - généraliser de la **solution e-Parcours** auprès des Dispositifs d'appui à la coordination (DAC),
  - déployer les usages du **Répertoire opérationnel des ressources (ROR)**, de **ViaTrajectoire**, du système d'information décisionnel « **SID-SDO** » et le suivi des **enjeux d'interopérabilités** des solutions,
  - développer les usages de la **plateforme numérique Service accès aux soins**,
  - participer activement et suivre les projets de déploiement de **solutions de télémédecine**,
  - organiser des **appels à projets annuels** pour financer des projets territoriaux,
  - s'impliquer sur les **expérimentations de solutions innovantes** et/ou alternatives,
  - accompagner les **dispositifs régionaux de télésurveillance** (Suivi clinique à domicile - SCAD...),
  - soutenir le développement d'une **solution numérique de coordination** (RRAMU),
  - étudier les **opportunités offertes par l' Intelligence artificielle IA** en réponse aux problématiques fortes du terrain,

- **réguler et promouvoir l'éthique numérique en santé ;**
  - organiser des **événements régionaux** positionnés sur cette thématique,
  - participer activement aux **instances de réflexion et de gouvernance**,
  - conduire une **veille territoriale** sur les questions éthiques,
  - organiser la **gouvernance régionale** et veiller aux développements des usages,
- **accompagner la démarche d'identitovigilance ;**
  - accompagner les professionnels de santé dans la **mise en œuvre du programme Ségur sur le versant identitovigilance** et de l'Identité nationale de santé (INS),
  - animer une **instance opérationnelle régionale** d'identitovigilance,
  - **accompagner les établissements** dans la compréhension des enjeux d'identitovigilance tant en matière de bonnes pratiques lors des prises en charge que de sécurisation numérique de l'identité (notamment en lien avec les critères de la certification HAS),
- **renforcer la cybersécurité dans les structures de santé ;**
  - assurer un **suivi fin des établissements** sur leurs obligations, enjeux et difficultés,
  - mettre en place d'une **offre régionale de services** pour appuyer les structures,
  - appuyer systématiquement les structures **en cas de difficultés ou d'incidents cyber**,
  - participer à l'ensemble des **travaux autour des sujets de cybersécurité**,
- **encourager l'innovation et promouvoir les expérimentations ;**
  - suivre et accompagner les **projets régionaux inscrits en « Article 51 »**,
    - conseil et accompagnement dans le **processus de candidature**,
    - **promotion du programme « Article 51 »** et orientation de potentiels porteurs,
  - **suivre et cartographier des dynamiques innovantes** : en partenariat avec les acteurs institutionnels régionaux de l'innovation, l'Agence régionale de santé (ARS) participe à la mise en place d'un suivi des dynamiques innovantes pour permettre une accélération des expérimentations.



### Indicateurs d'atteinte de l'objectif

Taux de structures inscrites dans un programme d'appui financier : - sanitaires - médico-sociales	Valeur 2023	<b>Valeur 2028</b>
	<b>93 %</b> <b>38 %</b>	<b>100 %</b> <b>75 %</b>
Taux d'établissement de santé disposant d'une procédure d'information sur mon Mon Espace Santé	Valeur 2023	<b>Valeur 2028</b>
	<b>18 %</b>	<b>100 %</b>

## 12. Engager le **système de santé normand** dans la **transition écologique**

Face à l'urgence climatique, écologique et énergétique, la **réduction de l'empreinte environnementale du système de santé**, qui pèse pour 10 % des émissions de gaz à effet de serre, devient un impératif.

Ainsi, il est nécessaire de **planifier et d'accélérer la transformation écologique et la décarbonation de l'ensemble des activités du secteur**, en améliorant nos politiques régionales en matière de développement durable.

L'Agence régionale de santé (ARS) Normandie accompagnera les établissements de santé et médico-sociaux dans ces démarches de développement durable et de **soutien aux pratiques écoresponsables**.

Ce virage écologique du système de santé **viendra conforter par ailleurs la politique régionale d'attractivité** à destination des professionnels de santé et des usagers, lesquels sont pleinement mobilisés sur ces enjeux et expriment une demande de sens au travail.

Par ailleurs, ces dernières années ont permis de prendre conscience de l'**interdépendance des enjeux de santé humaine, santé animale et santé environnementale au travers du concept de santé globale** (ou « One Health »). L'approche intégrée des systèmes et l'interdépendance des actions entreprises avec l'ensemble de nos partenaires sera au cœur des orientations du **Plan régional santé environnement 4**.

### 12.1. Prévenir les pathologies en lien avec l'environnement

Nuisances sonores, proximité d'installations dangereuses ou d'axes routiers importants, logement insalubre, pollution atmosphérique, dégradation de la qualité de l'eau potable sont des déterminants de santé d'origine environnementale. En raison du caractère industriel et urbanisé de zones importantes du territoire, **une part conséquente de la population régionale est soumise à des expositions multiples pouvant porter atteinte à sa santé**. Par ailleurs, avec 68,8 % de son territoire dédié à un usage agricole en 2020, la Normandie se place au deuxième rang des régions françaises les plus marquées par le poids du secteur primaire.

Or, **il est établi que vivre dans un environnement favorable aux interactions sociales, à la mobilité active et sécurisée, doté d'espaces verts accessibles, est bénéfique pour la santé des populations**.

L'**amélioration de la qualité de l'air** est certes notable ces dernières années pour certains polluants, mais la région, du fait de son tissu industriel et urbain, présente encore des enjeux importants dans ce domaine. L'activité économique, le chauffage, mais également les déplacements ont un impact sur la qualité de l'air. En Normandie, 81 % des déplacements domicile-travail se font en voiture contre 73 % en France métropolitaine.

Si la population normande bénéficie d'une eau potable de qualité, la région voit la **fragilité des ressources en eau** progresser, avec des **situations plus fréquentes de dépassement** des limites de qualité (notamment nitrates, pesticides, épisodes de turbidité), qui nécessitent à la fois des **actions préventives et curatives**.

Par ailleurs, les **inégalités environnementales sont bien souvent indissociables des inégalités sociales**, car elles déterminent en particulier les parcours résidentiels ou professionnels des populations et leur capacité à agir pour améliorer leur cadre de vie. Parce qu'elles peuvent plus difficilement se soustraire à des conditions défavorables d'exposition, les populations vulnérables sont généralement davantage exposées que les autres aux facteurs de risques environnementaux et cumulent souvent différentes sources d'exposition et de nuisances.

Une partie de la mortalité prématurée pourrait donc être évitée, et l'incidence de certaines pathologies chroniques réduite en développant des modalités d'actions capables d'en diminuer la fréquence.

Enfin, les **changements climatiques ont déjà des impacts sur la santé des populations**, en particulier les populations vulnérables, et favorisent le développement de certaines espèces exotiques nuisibles à la santé, accroissant la pression sur la disponibilité des ressources (en particulier la ressource en eau).

**Les collectivités**, de par leurs compétences dans les différents domaines à fort impact environnemental (eau, déchets, urbanisme, déplacements), **sont les plus à même d'agir dans l'objectif d'adapter l'aménagement de leur territoire** pour répondre à ces enjeux. Elles sont également à la manœuvre pour proposer des actions, des aménagements favorables à la santé et travailler plus largement à un urbanisme favorable à la santé.

**Le Plan régional santé environnement (PRSE) constitue le cadre régional d'action dans le domaine de la santé environnementale.** Il a pour objectif de mieux connaître, prévenir et réduire les impacts de l'environnement sur notre santé selon le principe d'« une seule santé ».



**Pour cela, les actions suivantes seront engagées prioritairement dans le cadre de ce Projet régional de santé**

- **Informier, former et sensibiliser pour rendre chacun acteur de sa santé, son environnement ;**
  - **informer** le grand public sur les liens entre santé et environnement, développer son pouvoir d'agir,
  - développer les **compétences des jeunes en santé-environnement en milieu scolaire,**
  - faire monter en **compétences les professionnels encadrant les jeunes** aux enjeux de santé-environnement,
  - développer un **environnement favorable à la santé et au développement de l'enfant,**
  - développer la **formation initiale et continue en santé-environnement** des professionnels de santé,
- **réduire les expositions et développer des environnements favorables à la santé ;**
  - prévenir et agir dans les **territoires concernés par la pollution des sols,**
  - prévenir les **impacts sanitaires des espèces nuisibles** par des méthodes compatibles avec la préservation de l'environnement,
  - **améliorer la qualité de l'air intérieur** au-delà des actions à la source sur les produits ménagers et les biocides,
  - renforcer la **protection des captages** utilisés pour la production d'eau potable et la **sécurisation de l'alimentation en eau potable** par une gestion préventive,
  - réduire les expositions liées à la **qualité de l'air extérieur,**
- **développer les actions concrètes dans les territoires ;**
  - renforcer la capacité à agir des territoires pour déployer des actions opérationnelles visant à **réduire les inégalités sociales et territoriales en santé-environnement,**
  - renforcer la **sensibilisation, la formation des collectivités, professionnels de l'urbanisme, de l'aménagement, associations** et leur coopération pour intégrer la santé-environnement et l'urbanisme favorable à la santé dans les politiques territoriales d'aménagement,
- **mieux connaître les expositions et les effets de l'environnement sur la santé des populations et des écosystèmes ;**
  - surveiller la **santé de la faune terrestre** et prévenir les zoonoses\*.

Des **publics prioritaires** sont identifiés dans le Plan régional santé environnement (PRSE) :

- les **professionnels de santé** (objectif de renforcement de leurs compétences en santé environnement) ;
- les **femmes enceintes** et les **futurs parents,** les **enfants** et les **jeunes** (objectif de réduction des expositions, éducation pour la santé environnementale) ;
- les publics en situation de **précarité.**

\*Maladie infectieuse qui est passée de l'animal à l'homme - OMS



### Indicateurs d'atteinte de l'objectif

Taux de Contrats locaux de santé comportant un volet santé-environnement	Valeur 2023 <b>NC</b>	<b>Valeur 2027</b> <b>100 %</b>
Nombre de collectivités menant une ou des actions faisant l'objet d'un suivi ou d'un financement dans le cadre du PRSE4 (eau, aménagement et cadre de vie, air...)	Valeur 2023 <b>0</b>	<b>Valeur 2027</b> <b>En augmentation</b>
Nombre d'actions de formation / sensibilisation auprès de professionnels visés par le PRSE (santé, bâtiment, urbanisme / aménagement) faisant l'objet d'un suivi ou d'un financement dans le cadre du PRSE4	Valeur 2023 <b>0</b>	<b>Valeur 2027</b> <b>En augmentation</b>

## 12.2. Réduire l’empreinte environnementale des acteurs du système de santé normand

S’agissant des enjeux environnementaux, l’impact du système de santé au niveau national est non négligeable, représentant à lui seul près de 10 % des émissions de CO<sup>2</sup>. Pour **accompagner au mieux la transformation écologique et les enjeux de décarbonation du système de santé pour les professionnels, les établissements et les services**, la stratégie régionale repose sur plusieurs piliers : **animation, connaissance, accompagnement, promotion et attractivité**.



Pour cela, les actions suivantes seront engagées prioritairement dans le cadre de ce Projet régional de santé

### ■ Piloter et animer la politique régionale de développement durable en santé ;

- animer une **démarche régionale et transversale** aux secteurs sanitaire, médico-social et aux professionnels de ville de transformation écologique du système de santé,
- appuyer la transformation du système de santé normand en s’appuyant sur un **réseau de conseillers en transition énergétique et écologique en santé** et sur les **partenaires investis** dans la promotion du développement durable, telles que l’Agence de l’environnement et de la maîtrise de l’énergie (ADEME), les agences de l’eau...

### ■ améliorer la connaissance du développement durable chez les acteurs de la santé ;

- favoriser les **partages d’expériences** en identifiant les initiatives responsables existantes et en mettant en avant, autant que possible, les bilans financiers à court, moyen et long terme (logique de co-bénéfice),
- renforcer la **culture du développement durable en santé et dans le médico-social**,

### ■ aider les établissements à développer une politique de développement durable ;

- encourager et promouvoir les **actions de sensibilisation et de formation** des professionnels à la transition écologique et à la santé environnementale,
- doter chaque établissement sanitaire et médico-social et les communautés de professionnels de ville d’un **projet éco-responsable**,
- accompagner les établissements ou groupe dans une **politique de promotion des achats responsables** en intégrant l’économie circulaire,

### ■ encourager la mise en œuvre d’actions et de pratiques écoresponsables ;

- promouvoir la réalisation de **diagnostics environnementaux** préalables (postes de consommation en énergie, en eau, production de déchets...) afin de structurer, budgétiser et prioriser les actions à mettre en œuvre,
- soutenir la réalisation et la promotion d’**actions écoresponsables** (réduction des déchets, mobilité, énergie, achat...),
- réduire les **déplacements**, développer des transports plus écologiques, encourager la **télémedecine** et la **téléexpertise**,
- **lutter contre le gaspillage**, en lien avec les politiques de pertinence (notamment pertinence de prescription des traitements médicamenteux) en lien avec l’Observatoire des médicaments, dispositifs médicaux et innovations thérapeutiques (OMEDIT),

■ **faire du virage écologique un levier d'attractivité pour les professionnels et pour les usagers ;**

- développer des **supports de communication** sur les pratiques écoresponsables dans le domaine de la santé à destination des usagers et des professionnels,
- donner une meilleure **visibilité aux initiatives et innovations** à destination des futurs professionnels de santé et des usagers,
- promouvoir la **création d'indicateurs** en amont de la mise en place d'actions écoresponsables et encourager la culture de l'évaluation.



**Indicateurs d'atteinte de l'objectif**

Taux d'établissements disposant d'un plan pluriannuel de transition écologique en santé	Valeur 2023	<b>Valeur 2028</b>
	<b>0</b>	<b>100 %</b>



142

Projet régional de santé 2023-2028

## Objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre de soins

Médecine.....	p. 145
Chirurgie.....	p. 149
Gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale.....	p. 154
Psychiatrie.....	p. 158
Soins médicaux et de réadaptation.....	p. 163
Médecine nucléaire.....	p. 168
Unités de soins de longue durée.....	p. 171
Greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques.....	p. 174
Chirurgie cardiaque.....	p. 178
Activité interventionnelle sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie.....	p. 181
Neurochirurgie.....	p. 185
Activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie.....	p. 189
Médecine d'urgence.....	p. 192
Soins critiques.....	p. 195
Traitement de l'insuffisance rénale chronique par voie extrarénale.....	p. 199
Assistance médicale à la procréation.....	p. 202
Dépistage et diagnostic prénataux.....	p. 208
Traitement du cancer.....	p. 211
Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales.....	p. 218
Hospitalisation à domicile.....	p. 221
Radiologie interventionnelle.....	p. 225
Imagerie diagnostique.....	p. 228
Laboratoires de biologie médicale.....	p. 232



144

Projet régional de santé 2023-2028

## MÉDECINE

### ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

Au 1<sup>er</sup> janvier 2023, 60 établissements de santé normands sont autorisés à exercer l'activité de médecine en hospitalisation à temps complet et 43 en hospitalisation à temps partiel dont trois autorisations d'hospitalisation à temps partiel exclusive. La région compte 6 160 lits d'hospitalisation complète et 531 places en hospitalisation de jour. 17 établissements normands possèdent une unité de pédiatrie et 26 une unité de médecine gériatrique.

**Le taux d'équipement de lits d'hospitalisation complète en médecine polyvalente paraît cohérent.** Le taux moyen de lits de médecine installés en hospitalisation complète pour 100 000 habitants en France est de 184 lits contre 225,79 dans le Calvados, 124,83 dans l'Eure, 195,34 pour la Manche, 219,69 pour l'Orne, 172,55 pour le territoire de Rouen-Elbeuf, 179,48 pour le territoire du Havre, et 153,36 pour le territoire de Dieppe.

**L'accès à des services de médecine spécialisés reste toutefois très hétérogène selon les départements.** L'offre de médecine polyvalente et spécialisée (cardiologie, pneumologie, neurologie, gastroentérologie, rhumatologie, endocrinologie, pédiatrie et gériatrie) est plus importante dans le Calvados, la Seine-Maritime et la Manche que dans l'Orne et l'Eure.

En **pédiatrie**, la démographie médicale très tendue, se traduit par des difficultés d'accès aux prises en charge spécialisées (ophtalmologues, orthophonistes, orthoptistes, psychiatrie infanto-juvénile...), notamment pour les pathologies chroniques.

Concernant l'offre de **soins palliatifs**, le temps isochrone d'accès à un dispositif de soins palliatifs dépasse parfois les 45 minutes sur certains territoires. L'Orne ne possède aucune unité de soins palliatifs.

**Les taux de recours** (nombre de séjours consommés par les habitants de la région quel que soit le lieu de soins / 1000 habitants) se trouvent dans tous les départements au-dessus de la moyenne nationale hormis dans l'Eure. Ces taux restent aussi très hétérogènes en fonction des spécialités. Ainsi, la Manche, l'ouest de la Seine-Maritime et le sud et l'ouest de l'Orne ont des taux de recours bas en gériatrie.

	Taux de recours brut	Taux de recours standardisé	Taux de recours moyen en France
<b>Calvados</b>	129,49	126,6	<b>112,37</b>
<b>Eure</b>	110,29	112,13	
<b>Manche</b>	120,53	107,55	
<b>Orne</b>	153,01	136,3	
<b>Seine-Maritime</b>	127,96	128,75	

Par ailleurs, malgré une hausse du recours à l'hospitalisation de jour, la **prise en charge hospitalière ambulatoire de médecine reste à ce jour insuffisante**. Ce faible taux de recours peut s'expliquer par un taux d'équipement en places moindre que la moyenne nationale. Ainsi, le taux moyen de places de médecine installées pour 100 000 habitants en France est de 20,32 places contre 22,59 dans le Calvados, 11,15 dans l'Eure, 10,91 pour la Manche, 10,72 pour l'Orne, 20,29 pour le territoire de Rouen-Elbeuf, 10,01 pour le territoire du Havre, et 18,23 pour le territoire de Dieppe.

Si le maillage en terme de capacités peut paraître comme satisfaisant en région Normandie, le **manque de médecins spécialistes nécessite de faire évoluer l'offre sur les cinq prochaines années**. En effet, les périodes de crises sanitaires et de tensions en ressources humaines corrélées à des évolutions épidémiologique et démographique, telles que le vieillissement de la population, l'accroissement des maladies chroniques, ainsi que les tensions sur le système hospitalier, rendent nécessaires une meilleure organisation de la continuité des prises en charge à une échelle territoriale visant à favoriser les admissions directes plutôt qu'après passage aux urgences. Il conviendra par ailleurs de renforcer et de diversifier l'offre, s'agissant particulièrement des filières addictologie, gériatrique ou de soins palliatifs.

Enfin la **visibilité et l'accessibilité de cette offre pour la médecine ambulatoire et le secteur médico-social** doivent être améliorées. C'est l'enjeu du développement en Normandie des **hôpitaux de proximité**, ouverts à la médecine ambulatoire, partie prenante à la définition de leur projet et qui a vocation à y intervenir et contribuer ainsi à la prise en charge médicale des patients hospitalisés.

Parallèlement, le **virage ambulatoire** en médecine demeure un enjeu majeur pour répondre à l'accroissement des maladies chroniques, aux souhaits des patients et à l'évolution des traitements.

## OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS

---



### Objectif 1

#### **Assurer l'adéquation du maillage territorial de l'offre de médecine sur la région en garantissant l'accès aux soins et à la santé pour tous notamment pour certains bassins de vie excentrés des centres urbains**

- **Améliorer l'accès à une offre de médecine sur tous les territoires de la région Normandie en renforçant particulièrement les hôpitaux de proximité** la création d'une nouvelle autorisation d'implantation sur chaque zone donnant lieu à la répartition des activités de soins est prévue afin de favoriser l'attractivité de ces établissements, permettre la labellisation de nouveaux hôpitaux de proximité, favoriser le développement de l'exercice médical mixte libéral et hospitalier et la continuité des prises en charge ;
- **assurer le déploiement d'une filière de soins gériatriques** structurée territorialement et articulée avec les dispositifs de coordination existants (Dispositif d'appui à la coordination et Communauté professionnelle territoriale de santé) dans une logique de graduation afin de replacer le médecin gériatre sur son rôle d'expert :
  - en renforçant le positionnement des plateformes d'expertise gériatrique ainsi que celui des coordonnateurs de filière de soins gériatriques,
  - en complétant le maillage des territoires en lits de court séjour gériatrique,
- **structurer et développer l'offre de soins palliatifs** de manière homogène sur la région, avec l'appui de la cellule d'animation régionale de soins palliatifs, pour répondre, quel que soit le lieu de vie du patient, aux besoins de soins et d'accompagnement identifiés dans le cadre du diagnostic régional. Il s'agit notamment :
  - d'assurer, à l'échelle de chaque territoire, la définition et le renforcement de la filière de soins palliatifs en s'attachant à développer la prise en charge à domicile (professionnels de santé du premier recours en lien avec les Équipes mobiles en soins palliatifs (EMSP) et/ou en Hospitalisation à domicile (HAD) ; en proposant en tout point du territoire un recours à l'expertise palliative y compris pédiatrique, ainsi qu'en s'assurant de la couverture du territoire en Unité de soins palliatifs (à savoir 3 lits d'USP / 100 000 habitants) ;
  - de développer la culture palliative au domicile, y compris dans les Établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS), par le renforcement des Équipes mobiles de soins palliatifs, de la formation continue des professionnels de santé intervenant au domicile et de la diffusion de bonnes pratiques en lien avec les structures d'expertise de soins palliatifs.



## Objectif 2

### Définir une réponse adaptée, à l'échelle de chaque territoire, de gestion des tensions hospitalières

- Définir à l'échelle des territoires des **protocoles de coopération entre établissements de santé publics et privés d'amont et d'aval** pour fluidifier et adapter le parcours des patients lors des périodes de tensions hospitalières ;
- déployer, à l'échelle de chaque territoire, des **solutions opérationnelles** améliorant l'orientation des patients vers les capacités disponibles.



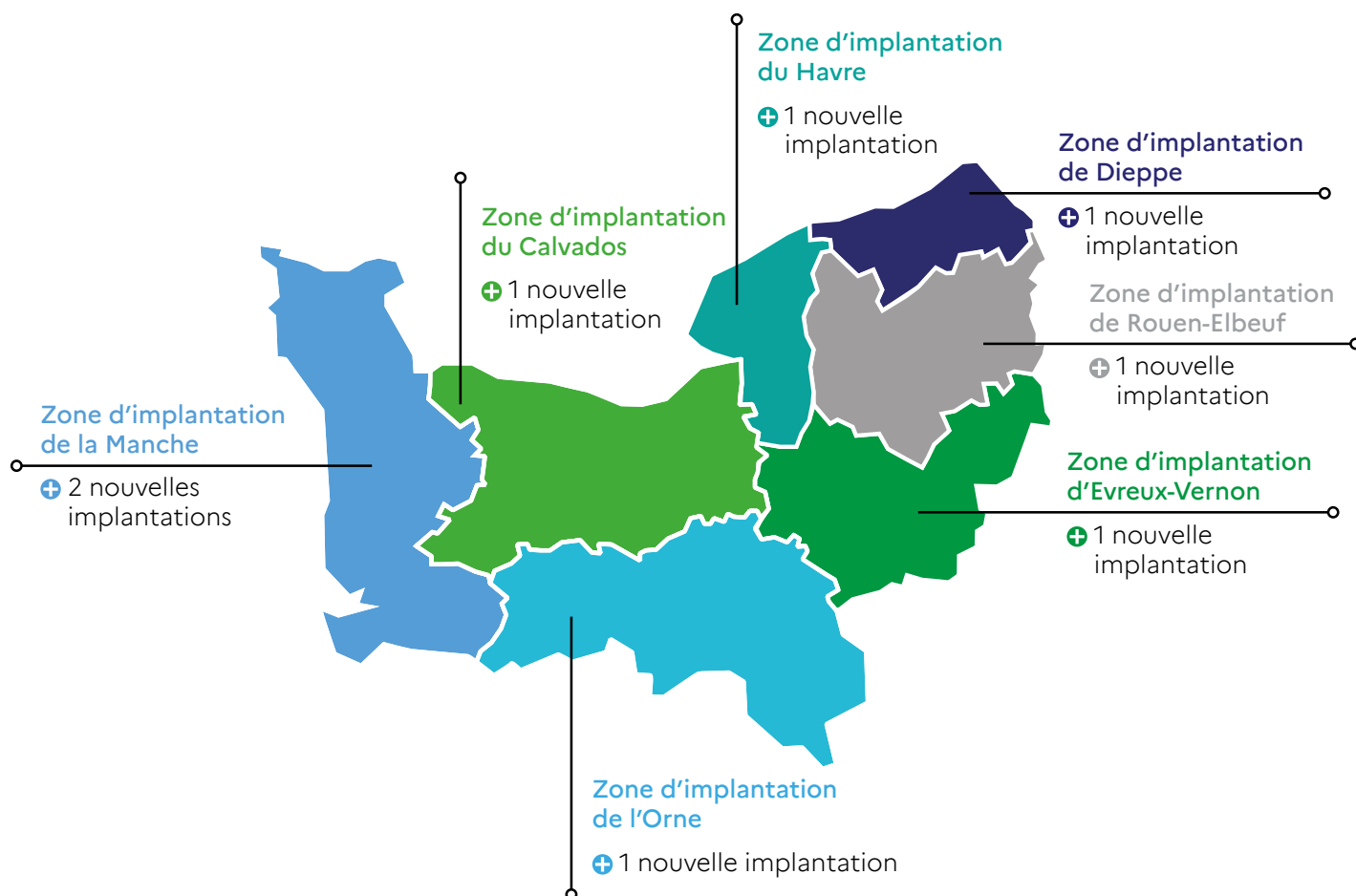
## Objectif 3

### Développer des filières territoriales de soins avec la participation de tous les acteurs du territoire

- Développer une **culture commune de prévention et de promotion de la santé** au sein de chaque établissement (hôpitaux promoteurs de santé) en déployant notamment des programmes d'éducation thérapeutique ;
- poursuivre le **déploiement des hôpitaux de proximité** et renforcer leur rôle d'établissement pivot dans l'accès aux soins et à la santé pour tous ;
- développer les **solutions améliorant la coordination des professionnels** pour la prise en charge des cas complexes et maladies chroniques (PRADO, DAC...);
- poursuivre le déploiement du **virage ambulatoire en médecine** en favorisant un accès rapide aux capacités d'hôpital de jour sur orientation directe du médecin traitant ;
- favoriser le **déploiement d'innovations organisationnelles et technologiques** permettant d'améliorer l'accès aux avis spécialisés via notamment les dispositifs de télémédecine et d'Infirmier de pratique avancée.

## CRÉATIONS / TRANSFORMATIONS

### Médecine



### TABLEAU DES IMPLANTATIONS PAR ACTIVITÉ DE SOINS

Forme de l'activité de soins	Calvados			Manche			Orne			Le Havre			Dieppe			Rouen-Elbeuf			Evreux-Vernon			Région Normandie		
	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel
Médecine	12	13	+1	11	13	+2	8	9	+1	8	9	+1	3	4	+1	14	15	+1	7	8	+1	63	71	+8

## CHIRURGIE

### ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

L'activité de soins de chirurgie consiste en la prise en charge à visée diagnostique ou thérapeutique des patients nécessitant ou susceptibles de nécessiter **un geste interventionnel invasif ou mini-invasif réalisé dans un secteur interventionnel quelle que soit la voie d'abord et la mise en œuvre de la continuité des soins**. Du point de vue du droit des autorisations, certaines activités chirurgicales relèvent d'une réglementation spécifique et ne sont pas concernées par le présent chapitre (neurochirurgie hors indications ci-dessous et chirurgie cardiaque).

Dans le cadre de la réforme du régime des autorisations, de nouvelles conditions d'implantation et de conditions techniques de fonctionnement ont été introduites pour l'activité de soins de chirurgie. Il existe désormais trois modalités d'exercice de cette activité impliquant des objectifs quantitatifs :

- adulte ;
- pédiatrique ;
- bariatrique (avec intégration d'un seuil).

Ces modalités incluent 11 pratiques thérapeutiques spécifiques non soumises à objectif quantitatif, mais amenées à être mentionnées limitativement dans l'autorisation pour chaque titulaire :

- maxillo-faciale, stomatologie et chirurgie orale ;
- orthopédique et traumatologique ;
- plastique reconstructrice ;
- thoracique et cardiovasculaire sauf chirurgie cardiaque ;
- vasculaire et endovasculaire ;
- viscérale ;
- ophtalmologique ;
- urologique ;
- gynécologique et obstétrique sauf actes liés à l'accouchement ;
- oto-rhino-laryngologique et cervico-faciale.
- neurochirurgie (lésions nerfs périphériques, colonne vertébro-discale et intradurale, sauf moelle épinière) ;

Au 1<sup>er</sup> janvier 2023, **la Normandie compte 44 établissements disposant d'une autorisation de chirurgie** (quelle que soit la forme de prise en charge) pour 46 autorisations (deux établissements bi-site) dont 3 autorisations d'anesthésie chirurgie ambulatoire exclusives.

#### ▪ La chirurgie adulte

La chirurgie adulte représente environ 336 222 séjours en 2021. L'activité de chirurgie a fortement été impactée par la pandémie de Covid-19, en effet entre 2018 et 2021, **le nombre de séjours de chirurgie** (toute chirurgie) **a diminué** de 8,5 % malgré une reprise d'activité à partir de fin 2020. Cette diminution est globalement constatée dans toutes les spécialités avec une baisse plus marquée en ophtalmologie (-28 %), exception faite de l'urologie dont l'activité a augmenté de 6,7 %.

Ces 5 dernières années, **la chirurgie ambulatoire a connu un développement très soutenu**. Le taux de chirurgie ambulatoire est passé de 56,4 % en 2018 à 61,9 % en 2022. Il nous faudra poursuivre ce développement de la chirurgie ambulatoire vers un mode d'hospitalisation de référence dans de nombreuses indications sur la région offrant une prise en charge en toute qualité et sécurité aux patients tout en limitant les complications post-opératoires.

#### ▪ La chirurgie pédiatrique

Au sens du droit des autorisations, la chirurgie pédiatrique englobe **deux spécialités, l'orthopédie pédiatrique et la chirurgie viscérale et urologique**. Ces chirurgies sont essentiellement réalisées dans les grands centres hospitaliers, dont le maillage permet de répondre aux besoins. Les autres chirurgies de l'enfant (ORL, ophtalmologie, plastique, chirurgie orale...) sont proposées dans des établissements non-spécialisés.

En 2021, en Normandie, le nombre de séjours de chirurgie pour les enfants était de 14 474 dont 40 % en ORL ; 25 % en urologie ; 18 % en ortho-traumatologie.

▪ **La chirurgie bariatrique :**

**29 établissements de santé** ont réalisé des actes de chirurgie bariatrique ces 4 dernières années. En 2021, les établissements normands ont réalisé 2 058 actes de chirurgie bariatrique.

## OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS

---



### Objectif 1

#### Renforcer une offre de chirurgie de qualité, graduée et sécurisée en fonction des besoins

- **Structurer tous les GHT de Normandie en équipes chirurgicales et anesthésiques multisites** lorsque plusieurs disposent d'une autorisation de chirurgie, et développer des **consultations spécialisées avancées** pré et post-chirurgicales dans les établissements de santé ne disposant pas de plateau technique de chirurgie ;
- créer les conditions d'émergence ou de renforcement de **centres de recours pour les chirurgies complexes**. Pour des raisons de qualité et de praticité, ces chirurgies ont vocation à être assurées dans des centres spécialisés, en nombre réduit ;
- s'assurer pour chaque titulaire d'autorisation d'une **mise en œuvre rapide des nouvelles conditions techniques de fonctionnement**, particulièrement s'agissant des processus d'amélioration continue de la qualité, de sécurité et de pertinence des pratiques ;
- **inscrire systématiquement en complémentarité l'offre chirurgicale publique et privée d'une même agglomération** pour limiter les redondances et logiques concurrentielles qui affaiblissent l'offre de soins dans les villes petites et moyennes, la concurrence n'étant viable que dans le cas des plus grandes agglomérations de Normandie.



### Objectif 2

#### Disposer d'équipes médicales suffisantes par spécialités

En lien avec le premier objectif, l'organisation proposée doit pouvoir être mise en œuvre par **des équipes médico-soignantes suffisantes** pour assurer l'activité, la permanence des soins, la formation et renforcer l'attractivité des établissements.

- **Favoriser l'exercice multi site des professionnels** afin de constituer des équipes plus nombreuses et mutualisées, et de créer les conditions d'un exercice plus diversifié et plus attractif ;
- **favoriser les coopérations entre site et la diversité des lieux de stage** des futurs professionnels ;
- **encourager les initiatives spécifiques et innovantes** (nouveaux modes de prise en charge, participations à des activités de recherche) et en favoriser la diffusion ;
- **mutualiser les lignes de permanence des soins** lorsque cela est possible, en associant dans une même organisation hospitaliers publics et professionnels libéraux, pour réduire la pénibilité de l'exercice professionnel de nuit, de week-end et jour férié.



### Objectif 3

#### **Structurer, pour la chirurgie bariatrique, une filière d'adressage pour chaque établissement autorisé afin d'atteindre les seuils obligatoires**

- **Favoriser la constitution de centres de référence**, en lien avec les centres spécialisés de l'obésité et en nombre limité, s'appuyant sur des parcours pré et post-chirurgicaux pluri-professionnels, structurés, offrant aux patients un suivi au long cours (notamment psychosocial et médical) ;
- **prendre en compte les transports bariatriques** dans la filière de prise en charge du parcours du patient obèse. Ce dernier doit être organisé de façon à ce que les patients disposent d'un accès aux soins dans les conditions adaptées à leurs besoins.



### Objectif 4

#### **Pour la chirurgie pédiatrique, poursuivre l'organisation d'une gradation des soins entre établissements hospitaliers permettant une meilleure lisibilité pour les médecins adresseurs et les familles**

- **Formaliser le parcours de l'enfant** avec la mise en place d'une gradation des soins conforme aux conditions techniques de fonctionnement ;
- **adapter les organisations** en fonction de l'expertise disponible sur **chaque plateau technique** ;
- accompagner la transformation et **l'évolution des missions du Réseau Normandie pédiatrie en dispositif spécifique régional pédiatrique.**

## CRÉATIONS / TRANSFORMATIONS

### Chirurgie



\*formalités administratives et juridiques réalisées en 2023 avec effectivité prévisionnelle au 1<sup>er</sup> janvier 2025

## TABLEAU DES IMPLANTATIONS PAR ACTIVITÉ DE SOINS

Modalités de l'activité de soins	Calvados			Manche			Orne			Le Havre			Dieppe			Rouen-Elbeuf			Evreux-Vernon			Région Normandie		
	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel
<b>Adultes</b>	10	10	0	7	7	0	5	5	0	7	7	0	2	2	0	9	9	0	6	5	-1	46	45	-1
<b>Pédiatrique</b>	0	5	+5	0	4	+4	0	2	+2	0	3	+3	0	1	+1	0	6	+6	0	1	+1	0	22	+22
<b>Bariatrique</b>	0	4	+4	0	5	+5	0	3	+3	0	2	+2	0	2	+2	0	6	+6	0	1	+1	0	23	+23

## GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, NÉONATOLOGIE, RÉANIMATION NÉONATALE

### ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

La Normandie compte **23 maternités** réparties comme suit :

Données 2022	Niveau I	Niveau II A	Niveau II B	Niveau III	Nombre de maternités	Accouchements
<b>Calvados</b>	1	1	1	1	4	6 551
<b>Eure</b>	2		1		3	3 261
<b>Manche</b>		1	1	1	3	4 312
<b>Orne</b>	2	2			4	2 666
<b>Seine-Maritime</b>	3	4		2	9	15 489
<b>Total maternités</b>	8	8	3	4	23	23
<b>% accouchements</b>	13,5 %	39,5 %	14 %	33 %		100 %

S'ajoutent (hors du champ des autorisations) **14 Centres périnataux de proximité (CPP)** sur le Calvados, l'Eure, La Manche, et l'Orne, ainsi que **4 consultations avancées** de gynécologie et obstétrique en Seine-Maritime. Ces CPP proposent :

- des activités de **consultation clinique gynécologique**, obstétricale pré et post-natale, et pédiatrique ;
- une activité d'**échographie pelvienne** dans certains établissements ;
- un **suivi périnatal** plus ou moins complet selon les CPP comprenant les Entretiens prénatals précoces (EPP), les échographies obstétricales, les séances de préparation à la naissance, les séances de soutien à la parentalité, un travail de proximité avec la PMI, des séances de rééducation périnéale, des séances de soutien personnalisé à l'allaitement maternel... ;
- le parcours débutant ou complet d'**IVG** (tous les CPP ne prennent pas en charge les IVG ; 256 IVG réalisées en CPP en 2021, dont 96,6 % médicamenteuses).

En outre, l'offre en région est complétée par la présence :

- d'un établissement autorisé à pratiquer la **néonatalogie sous forme d'HAD** ;
- d'un établissement de santé participant à une **expérimentation nationale de soins de néonatalogie au domicile** des patients par des unités de néonatalogie.

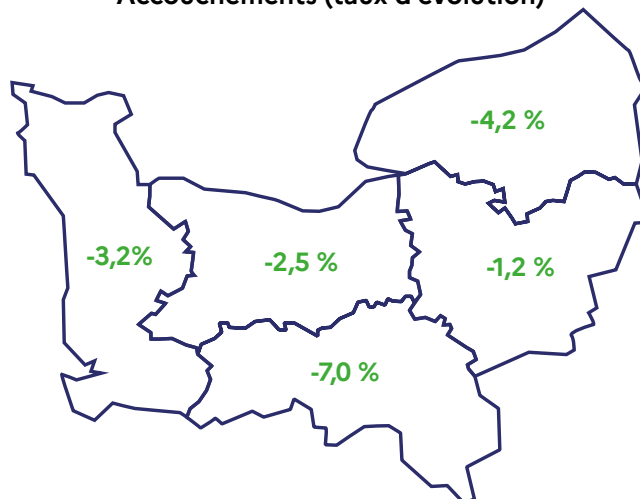
**48,1 % des femmes enceintes normandes ont bénéficié de l'entretien prénatal précoce contre 36,5 % en France métropolitaine (enquête périnatale 2021).**

#### ▪ L'activité d'accouchements

Entre 2018 et 2022, le **nombre d'accouchements a diminué** de 4,5 %, pour atteindre 32 279 accouchements en 2022.

En 2022, le taux de césarienne varie de 14,7 % à 26,5 % selon les établissements (moyenne régionale 20,0%), et le taux de transfert du nouveau-né de 0,1 % à 2,4 % (moyenne régionale 0,7 %).

#### Accouchements (taux d'évolution)

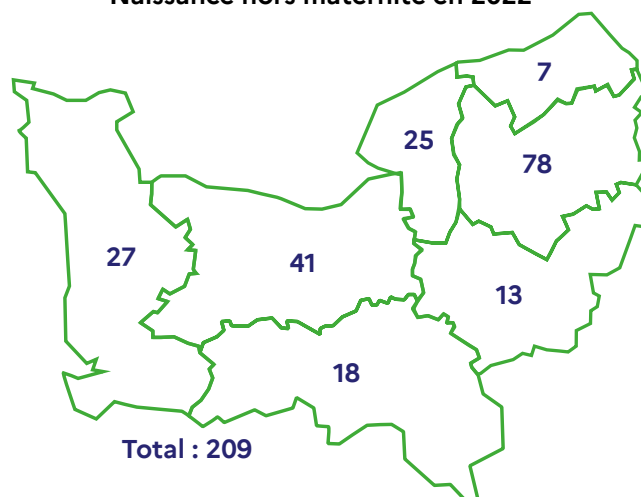


## Naissance hors maternité en 2022

### ■ Les nouveau-nés

**Le nombre de séjours d'hospitalisation des nouveau-nés en néonatalogie, soins intensifs et réanimation néonatale est remarquablement stable** malgré la baisse de la natalité : en moyenne 4 290 séjours en néonatalogie, 1 480 séjours en soins intensifs néonataux et 850 séjours en réanimation néonatale. Le diagnostic de syndrome d'alcoolisation fœtale est posé en moyenne pour 28 nouveau-nés par an en Normandie.

En moyenne entre 2017 et 2022, 186 enfants sont nés hors maternité par an (sans qu'il s'agisse d'un choix).



### ■ L'activité d'interruption de grossesse

En 2021, 8 227 IVG ont été réalisées en Normandie, dont 74,4 % en établissement de santé et 22,8 % en cabinet libéral.

Les IVG réalisées de 12 à 14 semaines d'aménorrhée (SA) représentent 6,8 % du total et sont prises en charge par les établissements publics pour 99,3 % d'entre elles.

**Le taux de recours des femmes à l'IVG varie selon leur département** de résidence :

Données 2021	IVG en établissement	IVG hors établissement	Taux de recours p 1000 femmes de 15 à 49 ans
<b>Calvados</b>	1 275	410	11,6
<b>Eure</b>	1 512	282	14,7
<b>Manche</b>	781	191	10,9
<b>Orne</b>	539	24	11,4
<b>Seine-Maritime</b>	2 405	1 108	13,1
<b>Total</b>	6 512	2 012	

**Le taux d'IVG chez les mineures (15-17ans) baisse** et est identique à la moyenne de la France métropolitaine : 4,5 pour 1 000 femmes mineures. Ce sont 397 mineures prises en charge en établissement en 2022 ; 99,5 % en établissement public.

La crise sanitaire a fait émerger la **possibilité de téléconsultation pour l'accès à l'IVG médicamenteuse**, avec délivrance du médicament en officine pharmaceutique et allongement du délai jusqu'à 9 SA : 58 IVG suite à téléconsultations ont ainsi été réalisées en 2021. En matière d'interruption de grossesse pour motif médical, 10 % sont réalisées hors région (Ile-de-France, Pays-de-Loire pour des patientes résidant dans l'Eure ou l'Orne).

### ■ Les violences faites aux femmes et les violences sexuelles

La Normandie a fait le choix de se doter d'au moins un dispositif dédié de prise en charge des femmes victimes de violences par département (au sens de l'instruction du 18 novembre 2020).

Ces dispositifs ont vocation à structurer le territoire par la formation et la constitution de parcours de prise en charge. Quatre dispositifs sont ainsi déployés et financés et un projet est en construction.

Les Unités d'accueil pédiatriques enfance en danger, comme les Unités médico-judiciaires, sont structurées de manière à répondre à la thématique des violences sexuelles en lien avec (pour le volet santé), le centre ressource normand du psycho-traumatisme.

## ■ La démographie des professionnels de santé

Sur la Normandie, **la tension démographique** en établissement concernent les gynécologues-obstétriciens, les pédiatres néonatalogistes ou pédiatres exerçant en maternité, les anesthésistes et même les sages-femmes.

Le renouvellement des professionnels intervenant en salle de naissance se heurte à la pénibilité de la permanence des soins, bien que les postes d'internat et les places de formation en école de sages-femmes soient pourvus.

La déclinaison pratique de la priorité n°10 du PRS relative à l'attractivité des métiers de la santé devra être adaptée aux spécificités de la périnatalité.

## OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS

---



### Objectifs généraux

- **Renforcer les liens entre les maternités de différents niveaux d'exercice d'un même territoire**, par la constitution obligatoire d'équipes médicales de territoire entre établissements et par la formalisation d'un projet médical commun entre maternité de proximité et maternité de recours ;
- **améliorer le parcours de soins non programmés** en gynécologie-obstétrique ;
- **renforcer l'offre de suivi gynécologique des femmes, de dépistage et de contraception** en s'appuyant sur l'ensemble des professionnels du premier recours en dotant les professionnels des outils nécessaires à leur coordination ;
- **conforter l'offre de soins en amont d'un désir de grossesse** (frottis, bilan biologique et suivi des recommandations de prescription et de vaccination) ;
- **harmoniser l'offre de proximité en matière de centres périnataux de proximité et consultations avancées**, en cohérence avec la politique des 1 000 premiers jours et développer l'offre d'hébergement temporaire non médicalisé des femmes enceintes ;
- développer les **dispositifs renforçant le lien mère – enfant à la naissance** (notamment les chambres mère-nouveau-né) ;
- développer la **prise en charge des nouveau-nés à domicile** ;
- renforcer l'**organisation des transports anténataux et pédiatriques** ;
- augmenter le taux de **réalisation des entretiens prénataux précoces obligatoires et des entretiens postnatals précoces obligatoires 4 à 8 semaines** après l'accouchement (médecin ou sage-femme) ;
- rendre opérationnel le **dossier informatisé périnatal partagé** normand ;
- développer le **dispositif de suivi gynécologique Handigynéco** sur le territoire normand,
- travailler la notion de « **parcours de carrière** » pour les soignants de la périnatalité en lien avec la constitution d'équipes territoriales lorsque la distance le permet ;
- favoriser l'**exercice mixte public-libéral** pour les médecins comme pour les sages-femmes.

## CRÉATIONS / TRANSFORMATIONS

---

Il n'est pas prévu de création ou de transformation d'implantation pour cette activité de soins.

## TABLEAU DES IMPLANTATIONS PAR ACTIVITÉ DE SOINS

Modalités de l'activité de soins	Niveau	Calvados			Manche			Orne			Le Havre			Dieppe			Rouen-Elbeuf			Evreux-Vernon			Région Normandie		
		Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel
Gynécologie-obstétrique	I	1	1	0	0	0	0	2	2	0	3	3	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	8	8	0
Gynécologie-obstétrique et néonatalogie sans soins intensifs	II a	1	1	0	1	1	0	2	2	0	0	0	0	1	1	0	3	3	0	0	0	0	8	8	0
Gynécologie-obstétrique et néonatalogie avec soins intensifs	II b	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	3	3	0
Gynécologie-obstétrique et néonatalogie avec soins intensifs et réanimation néonatale	III	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	4	4	0

Un établissement de niveau II dispose obligatoirement de la modalité de niveau I (gynécologie-obstétrique)

Un établissement de niveau III dispose obligatoirement des modalités de niveau I (gynécologie-obstétrique) et de niveau II (néonatalogie avec soins intensifs)

## PSYCHIATRIE

### ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

Au décours de la crise sanitaire, face à la **dégradation de la santé mentale de la population et notamment des jeunes**, une prise de conscience collective s'est opérée autour de l'importance de la santé mentale et de la situation dégradée des services de soins en psychiatrie. Aussi, la psychiatrie et la santé mentale demeurent plus que jamais une priorité nationale et régionale.

Cette dégradation de la santé mentale a eu un **impact sur les services de soins** et notamment sur les demandes de consultations pour les adolescents, sur l'activité de liaison dans les services de pédiatrie des hôpitaux et dans les services d'urgence pédiatrique.

Par ailleurs, la **pénibilité des conditions de travail**, notamment dans les unités intra-hospitalières, a provoqué des départs de professionnels (médecins et paramédicaux) en direction du secteur libéral et/ou médico-social.

Un équilibre est à trouver pour l'**organisation graduée des soins entre le premier recours, l'offre sectorisée en psychiatrie, l'offre de soins spécialisés intersectorielle** dans chaque territoire qui doit se poursuivre dans un contexte où la psychiatrie « générale » connaît une situation de tension importante et une crise de l'attractivité et de l'offre de recours régional proposée par les centres support/ressource (périnatalité, psycho-traumatisme, trouble des conduites alimentaires...).

Les attentes sont importantes. En effet, l'accent est mis ces dernières années sur la sensibilisation en santé mentale, le repérage et le dépistage précoce des troubles mentaux avec des répercussions sur la demande, notamment en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. L'activité est également marquée par l'augmentation des besoins de priorisations et/ou d'organisations spécifiques de certains publics avec un potentiel impact sur les organisations et la demande d'offre de soins (ex : jeunes confiés à l'ASE, victimes et auteurs de violence).

Aussi, face à ces constats, la **structuration des liens**, dans une approche territorialisée avec le premier recours, notamment avec les Communautés professionnelles territoriales de santé, les services d'accès aux soins, les Dispositifs d'appui à la coordination et les communautés 360 pour les situations complexes, constitue un enjeu majeur, porté par la **démarche des Projets territoriaux de santé mentale (PTSM)**.

En 2023, l'activité de soins de psychiatrie est déployée par **18 établissements de santé** au sein de la région Normandie :

- 10 établissements de santé publics et 1 ESPIC sectorisés qui assurent la mission de service public « soins psychiatriques sans consentement » (SSC) et 6 pour la prise en charge des personnes détenues ;
- 1 établissement public non sectorisé ;
- 4 établissements de santé privés à but lucratif tous situés en Normandie Orientale (plus 1 autorisation non mise en œuvre en Normandie occidentale) ;
- 2 établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) non sectorisés.

Deux grandes réformes impactent l'activité :

- la réforme des autorisations de psychiatrie (2022) : l'impact majeur sur l'organisation actuelle est l'évolution vers une autorisation par mention thématique et non plus par forme de prise en charge (hospitalisation complète ou non). 4 mentions sont prévues :
  - la psychiatrie de l'adulte,
  - la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (de 0 à 17 ans),
  - la psychiatrie périnatale (qui concerne les soins parents-bébés dès l'anté-conceptionnel et le prénatal),
  - les soins sans consentement (avec notamment son impact sur l'activité de pédopsychiatrie dont l'organisation de l'hospitalisation des mineurs dans les unités intra-hospitalières),
- la réforme sur l'isolement et la contention, avec ses répercussions sur l'activité dans les unités intra-hospitalières.



### Objectifs généraux

- Poursuivre les actions de **déstigmatisation des troubles psychiques** ;
- soutenir le développement des alternatives à l'hospitalisation, en favorisant notamment « **l'aller vers** » et en prenant des mesures pour faciliter l'accès à une évaluation rapide ;
- dans le cadre des travaux des **Projets territoriaux de santé mentale**, fluidifier **les liens entre médecins traitants et psychiatres**, notamment en :
  - développant des soins partagés et coordonnés entre médecins généralistes ou spécialistes d'organes et soins psychiatriques,
  - structurant une organisation graduée des soins psychiques entre premier recours et psychiatrie,
  - facilitant les avis à distance,
- poursuivre le développement des **infirmiers de pratique avancée mention « psychiatrie et santé mentale »** ;
- **poursuivre l'évolution de l'offre** avec la structuration d'une organisation graduée des soins avec l'appui des centres support / ressource (psycho-traumatisme, géronto-psychiatrie, troubles du comportement alimentaire, centre ressource autisme) et la création d'offres de soins de recours dans chaque territoire dans une organisation et une temporalité à trouver afin de ne pas porter préjudice au fonctionnement de la psychiatrie de secteur. Ces organisations doivent s'inscrire dans le cadre d'un parcours de soins et de vie construit avec l'ensemble des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux du territoire dans le cadre de la démarche PTSM ;
- **améliorer les conditions d'hospitalisation** pour les patients et les **conditions d'exercice** pour les communautés médico-soignantes dans les unités d'hospitalisation à temps plein par diverses actions : ex. création d'Unités de soins intensifs psychiatriques (USIP) pour diminuer la violence dans les unités de psychiatrie générale, organisation de décloisonnement des prises en charge, installation d'une fonction de coordination (IDE de coordination) avec les acteurs du secteur médico-social et social... ;
- déployer un volet psychiatrique dans chaque **Service d'accès aux soins (SAS)** ;
- améliorer les **soins psychiatriques des détenus en** ;
  - développant des hôpitaux de jour (niveau 2) au sein des unités sanitaires en milieu pénitentiaire,
  - créant une unité hospitalière spécialement aménagée en Normandie,
- accélérer le **déploiement d'offres orientées rétablissement** en poursuivant le déploiement des **centres de réhabilitation psychosociale de proximité**, en développant l'**éducation thérapeutique** et en favorisant le déploiement de la **pair-aidance** dans les unités de soins et dans les dispositifs d'accompagnement sociaux et/ou médico sociaux. Cette évolution doit se faire dans le cadre de la démarche PTSM en faveur de la construction de projets personnalisés de réhabilitation psychosociale visant le rétablissement en lien notamment avec les acteurs du secteur social et médico-social et avec l'appui du centre support Normandie Réhab.

Les établissements de santé autorisés en psychiatrie (universitaire ou non) favorisent le développement de la recherche en psychiatrie et santé mentale en s'impliquant de concert dans son animation territoriale.



### Objectifs psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

- Par territoire, **faciliter le lien entre les professionnels qui réalisent l'entretien prénatal précoce et la pédopsychiatrie** ;
- **faire évoluer les maisons des adolescents** qui le nécessitent pour assurer notamment l'accueil sans rendez-vous, et impliquer un maximum d'acteurs dans leur gouvernance ;
- dans le cadre des travaux PTSM, **poursuivre le maillage territorial d'accueil de première ligne** en articulation avec les secteurs de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et les CMPP ;
- adapter l'**offre d'hospitalisation à temps complet** afin que les mineurs ne soient hospitalisés que dans des unités dédiées (unité de pédopsychiatrie ou unité adolescents/jeunes adultes) ;
- expertiser le **besoin d'offres de soins études** en lien avec l'Éducation nationale.



### Objectifs transition psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent/psychiatrie adulte

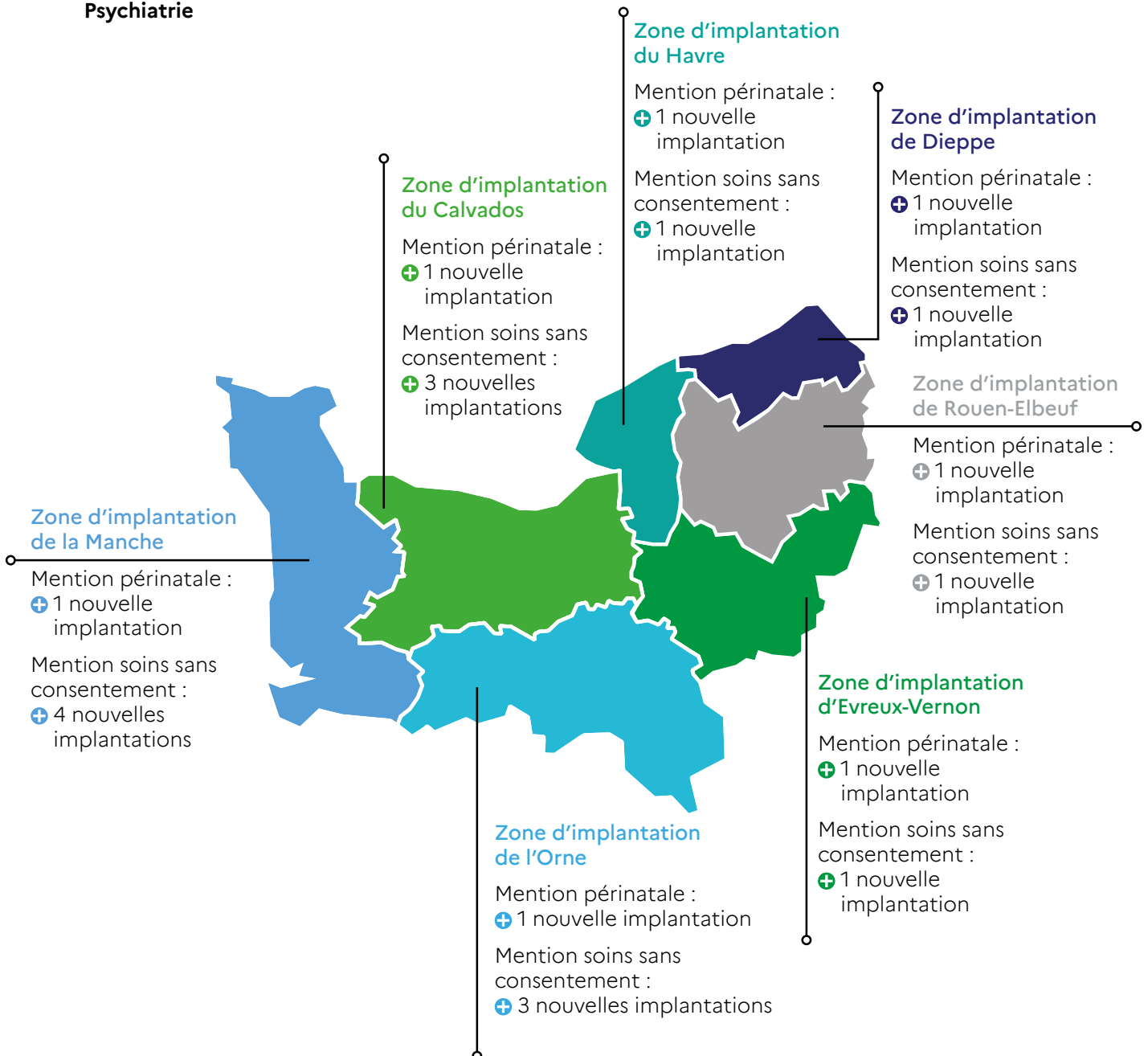
- Favoriser le **déploiement d'offres ambulatoires de soins intensifs** (équipes mobile de soins intensifs) pour les jeunes à risque de transition psychotique et/ou présentant une pathologie émergente à l'adolescence ou chez les jeunes adultes, en appui et en articulation avec les offres ambulatoires de secteur ;
- favoriser le **déploiement d'offres d'hospitalisation à temps complet** pour les 16-25 ans dans certains territoires pour supprimer l'hospitalisation des mineurs dans des services avec des adultes (en dehors d'unités dédiées [pédopsychiatrie ou ado/jeunes adultes]) et/ou renforcer l'offre d'hospitalisation pour mineurs.

## CRÉATIONS / TRANSFORMATIONS

Il est proposé de :

- créer une **implantation « psychiatrie périnatale »** dans chaque zone d'implantation à échéance du PRS ;
- **adapter le nombre d'implantations « soins sans consentement »** aux sites de prise en charge actuels.

### Psychiatrie



## TABLEAU DES IMPLANTATIONS PAR ACTIVITÉ DE SOINS

Les implantations sont comptées à partir des **sites d'hospitalisation complète**, sauf pour les établissements ne disposant pas de cette forme d'hospitalisation et qui devront passer **convention** :

- si un établissement détient 1 ou plusieurs hospitalisations de jour sans hospitalisation complète sur le même site géographique, l'établissement devra déposer une demande d'autorisation en lien avec ce site géographique, et joindre la convention pour l'hospitalisation complète et l'ambulatoire (ceci compte pour 1 implantation) ;
- si un établissement détient 2 hospitalisations de jour sur 2 sites géographiques différents mais rattachés au même FINESS juridique, il faudra identifier un site qui fera la demande d'autorisation, l'autre sera satellite (ceci compte pour 1 implantation).

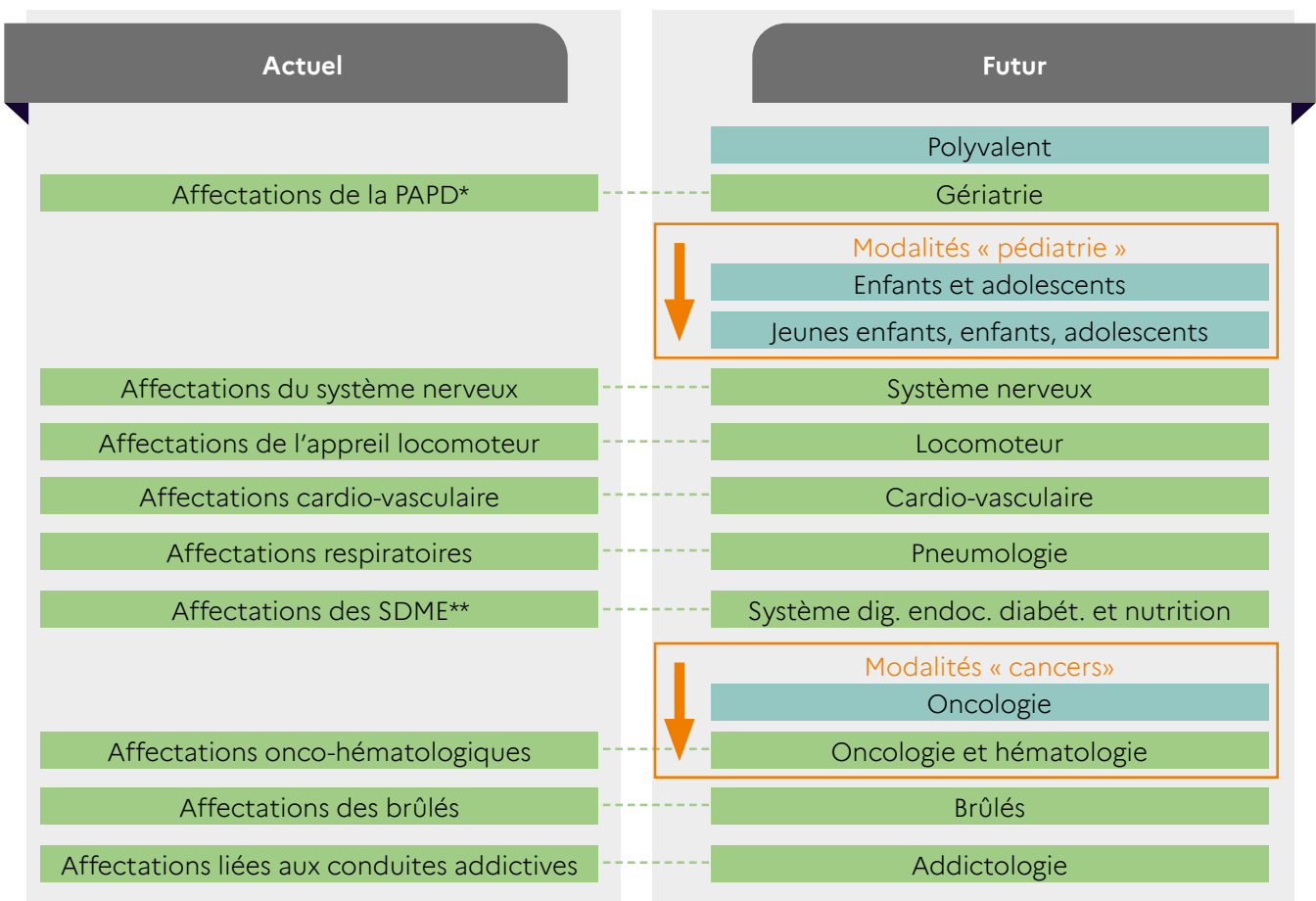
Forme de l'activité de soins	Calvados			Manche			Orne			Le Havre			Dieppe			Rouen-Elbeuf			Evreux-Vernon			Région Normandie		
	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel
<b>Adulte</b>	3	3	0	5	5	0	4	4	0	3	3	0	1	1	0	5	5	0	4	4	0	25	25	0
<b>Enfant et adolescent</b>	3	3	0	2	2	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	3	3	0	1	1	0	12	12	0
<b>Périnatale</b>	0	1	+1	0	1	+1	0	1	+1	0	1	+1	0	1	+1	0	1	+1	0	1	+1	0	7	+7
<b>Soins sans consentement</b>	0	3	+3	0	4	+4	0	3	+3	0	1	+1	0	1	+1	0	1	+1	0	1	+1	0	14	+14

## SOINS MÉDICAUX ET DE RÉADAPTATION

### ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

L'activité de soins médicaux et de réadaptation (SMR) a pour objet de **prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, les déficiences et limitations d'activité**, soit dans le cadre de la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques, soit en amont ou dans les suites d'épisodes de soins aigus, que ces conséquences soient physiques, cognitives, psychologiques ou sociales. Cette activité comprend des **actes à visée diagnostique, thérapeutique, préventive, d'éducation thérapeutique et de réinsertion dans le cadre du projet thérapeutique du patient**. Le recours au SMR s'effectue majoritairement dans le cadre d'un parcours de soins, en aval d'une prise en charge en médecine ou en chirurgie.

Modalités existantes et nouvelles modalités liées à la réforme (2022) du régime d'autorisation du SMR :



\*Personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance

\*\* Systèmes digestifs métaboliques et endocriniens

L'offre de soins SMR est présente sur tout le territoire normand, avec **201 services pour adultes et 8 services pour enfants**.

On dénombre, pour les adultes :

- 94 SMR polyvalents ;
- 31 SMR spécialisés dans la prise en charge des patients âgés polyopathologiques dépendants ;
- 19 SMR spécialisés dans les affections du système nerveux ;
- 17 SMR spécialisés dans les affections du système locomoteur ;
- 12 SMR spécialisés dans les affections cardiovasculaires ;
- 9 SMR spécialisés dans les affections respiratoires ;
- 9 SMR spécialisés dans les affections liées aux conduites addictives ;
- 6 SMR spécialisés dans les affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien ;
- 2 SMR spécialisés dans les affections onco-hématologiques ;
- 2 SMR spécialisés dans les affections des brûlés.

Les services pédiatriques sont actuellement autorisés selon différentes spécialités :

- système nerveux (5) ;
- locomoteur (5) ;
- pneumologie (4) ;
- nutrition (4) ;
- et comptent également 2 maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS).

Le cadre juridique d'autorisation des établissements SMR a évolué en 2022 pour rappeler les missions fondamentales de tout service SMR (soins médicaux, réadaptation, prévention, transition, coordination).

Si le taux d'équipement en lits et places se situe dans la moyenne nationale (Normandie 18,55 versus 18,03 lits et places pour 10 000 habitants fin 2021 en moyenne nationale), **des disparités par spécialités, liées au caractère très spécialisé de certaines activités, sont observées**, en particulier concernant les prises en charge gériatriques (Normandie 3,42 versus 5,04 pour 10 000 habitants fin 2021) et cancéreuses.

Les services de SMR normands assurent des **activités d'expertise régionales ou nationales** reconnues dans le cadre d'une contractualisation avec l'ARS. Ces activités d'expertise répondent à des cahiers des charges nationaux fixant notamment les attendus en terme d'équipements matériels et compétences humaines.

Enfin dans un contexte de « chronicité » des affections et de vieillissement de la population, le SMR, aval privilégié du MCO, transforme ses modalités de prise en charge. **L'enjeu du domicile, au travers des équipes mobiles de rééducation, ouvertes sur les soins de ville, est essentiel** pour réduire la perte d'autonomie, faire accéder à la rééducation des patients qui n'y accéderaient pas autrement, éviter les ruptures de prise en charge, limiter ou éviter des hospitalisations. Cet enjeu est central dans la prise en charge des affections chroniques handicapantes (SLA, SEP, myopathies cancers...).

Le Projet régional de santé se fixe donc l'objectif :

- d'accompagner le développement de l'offre dans le champ des priorités de santé publique identifiées pour les 5 prochaines années (conduites addictives, obésité, cancers, maladies cardiovasculaires) ;
- de développer les activités d'expertise ;
- d'appuyer le virage ambulatoire et domiciliaire.

Face à des épisodes récurrents de tensions graves dans le fonctionnement du système de soins, **la coordination entre les établissements SMR et le court séjour doit être renforcée** avec un objectif de **simplification des procédures d'admission**. Une coordination efficace entre SMR et médecine de ville apparaît également indispensable pour répondre à ces attentes.

## OBJECTIFS

---



### Objectifs généraux

Au regard de l'offre SMR existante, les objectifs identifiés sur les 5 prochaines années sont :

- développer l'offre de SMR gériatrique, de SMR dédiés à la prise en charge des patients atteints d'une pathologie cancéreuse et de SMR système digestif, endocrinologie, diabétologie et nutrition pour **répondre à l'enjeu du développement de la prise en charge de l'obésité en Normandie** ;
- renforcer l'offre pédiatrique existante et améliorer la **lisibilité du parcours de soins des jeunes** ayant besoin de recourir au SMR ;
- développer les modalités de **prise en charge complémentaires à l'hospitalisation complète** pour favoriser l'accès aux soins et réduire la durée des séjours (développement de l'hospitalisation de jour, de la télé-réadaptation, de l'Hospitalisation à domicile HAD réadaptation...).
- protocoliser l'**adaptation de l'offre de SMR aux besoins d'aval des établissements de court séjour** lors des périodes de forte tension sur l'offre de soins dans les territoires ;
- développer les **équipes mobiles d'expertise**, particulièrement en réadaptation neuro-locomotrice pour animer et coordonner les parcours complexes en complémentarité des dispositifs existants.

## CRÉATIONS / TRANSFORMATIONS

Les opérateurs historiques ont vocation à déposer une demande de ré-autorisation sur la/les mention(s)/modalités au titre desquelles ils sont actuellement autorisés.

Ne figurent ci-dessous que les créations d'implantations.

### Soins médicaux et de réadaptation



## TABLEAU DES IMPLANTATIONS PAR ACTIVITÉ DE SOINS

Les opérateurs historiques de SMR pédiatriques ont été repositionnés sur la modalité pédiatrique correspondante et ne figurent plus dans les autres mentions de spécialités à publication du PRS. En effet, selon les textes en vigueur, la nouvelle mention pédiatrie devient une mention spécialisée, distinguant les mineurs de 4 ans et plus et les moins de 4 ans. L'autorisation de SMR pédiatrique n'est donc plus libellée en fonction de la nature des prises en charge proposées.

Modalités de l'activité de soins	Mentions	Calvados			Manche			Orne			Le Havre			Dieppe			Rouen-Elbeuf			Evreux-Vernon			Région Normandie		
		Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel
Polyvalent	Polyvalent	17	17	0	18	18	0	14	14	0	10	10	0	5	5	0	20	20	0	10	10	0	94	94	0
	Gériatrie	6	7	+1	8	8	0	3	3	0	3	3	0	1	1	0	7	7	0	3	3	0	31	32	+1
	Locomoteur	4	4	0	3	3	0	1	1	0	2	2	0	2	2	0	3	3	0	2	2	0	17	17	0
	Système nerveux	5	5	0	3	3	0	1	1	0	3	3	0	1	1	0	4	4	0	2	2	0	19	19	0
	Cardio-vasculaire	3	3	0	1	1	0	1	1	0	2	2	0	1	1	0	3	3	0	1	1	0	12	12	0
	Pneumologie	1	1	0	2	2	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	2	2	0	1	1	0	9	9	0
	Système digestif, endocrinologie, diabétologie et nutrition	1	1	0	1	1	0	0	1	+1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	6	7	+1
	Brûlés	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	2	0
	Conduites addictives	2	2	0	2	2	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	9	9	0
Pédiatrie	Enfants et adolescents (4 ans et plus)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
	Jeunes enfants, enfants et adolescents (0 - 17 ans)	2	2	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	3	+1	1	1	0	7	8	+1
Cancer	Cancers - oncologie	0	1	+1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	+1	1	1	0	2	4	+2
	Cancers - oncologie et hématologie	0	1	+1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	2	+1

## MÉDECINE NUCLÉAIRE

### ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

La médecine nucléaire consiste en l'utilisation, dans un but diagnostique ou thérapeutique, d'un Médicament radiopharmaceutique (MRP) ou d'un Dispositif médical implantable actif (DMIA), en sources non scellées, émetteur de rayonnements ionisants, administré au patient, incluant l'utilisation d'une caméra à tomographie d'émission mono photonique ou à tomographie par émission de positons associée ou non à d'autres systèmes d'imagerie. A rebours d'autres spécialités (notamment en imagerie ou en radiothérapie), le rayonnement n'est pas extérieur au patient mais provient de l'intérieur.

La grande majorité de l'activité repose aujourd'hui sur les actes diagnostiques ou de suivis utilisant la Tomographie d'émission mono photonique (TEMP) ou de la Tomographie par émission de positons (TEP). Dans ce domaine, **la médecine nucléaire est une technique d'imagerie structurale et fonctionnelle utilisée principalement pour le diagnostic, la caractérisation et le suivi de pathologies cancéreuses, cardiovasculaires ou de thérapie utilisant des MRP.**

Le deuxième grand versant de la médecine nucléaire concerne **la thérapie et notamment la Radiothérapie interne vectorisée (RIV)**. La RIV consiste à administrer les rayons via un médicament porteur d'un élément radioactif administré par voie veineuse ou par voie orale. Les médicaments porteurs (vecteurs) permettent un ciblage très précis de certaines molécules exprimées notamment par certains cancers. Ce domaine regroupe aussi les techniques de radiothérapies internes sélectives utilisées en radiologie interventionnelle utilisant par exemple des microsphères porteuses à leur surface de radio-isotopes. Ces champs sont actuellement en **fort développement** et sont amenés à prendre une place beaucoup plus importante ce qui **nécessitera un suivi attentif des capacités de prise en charge régionale des patients.**

Dans ce contexte et celui de la **refonte des autorisations de soins**, la médecine nucléaire est devenue une activité de soins à part entière, visant à renforcer la sécurité et la qualité des soins et à l'insérer dans une logique de parcours. **Une gradation proportionnée de l'activité en deux mentions est introduite**, compte tenu du niveau de risque des médicaments radio-pharmaceutiques :

- **mention A** qui concerne la réalisation d'actes diagnostiques ou thérapeutiques hors thérapie des pathologies cancéreuses, réalisés par l'administration de MRP prêt à l'emploi ou préparé conformément au résumé des caractéristiques du produit, selon un procédé aseptique en système clos. Des effectifs minimaux en professionnels et des obligations en termes de locaux et matériels sont associés à cette mention. Une attention particulière devra être portée sur les ressources en professionnels qui dans ce domaine sont très rares ;
- **mention B** qui comprend les actes de mention A auxquels se rajoute ou moins une activité parmi les suivantes ;
  - les actes diagnostiques ou thérapeutiques réalisés par l'administration de MRP préparé selon un procédé aseptique en système ouvert,
  - les actes diagnostiques réalisés dans le cadre d'explorations de marquage cellulaire des éléments figurés du sang par un ou des radionucléides,
  - les actes thérapeutiques réalisés par l'administration de DMIA,
  - les actes thérapeutiques pour les pathologies cancéreuses réalisés par l'administration de MRP.

Ces techniques sont complexes et nécessitent des **installations très lourdes** notamment pour assurer la radioprotection des patients, du personnel mais aussi du public et des riverains. A ce jour seuls 3 établissements normands ont une activité et les prérequis permettant une inscription en mention B.

A l'instar du reste de l'imagerie, le régime d'autorisation prévu permettra au porteur d'installer sans limitation relative aux implantations jusqu'à 3 appareils. Le titulaire de l'autorisation doit disposer d'au moins une TEP ou une TEMP ou conventionner avec un autre titulaire disposant de l'équipement manquant.

Cette possibilité permettra sur simple déclaration et dans sa lecture maximaliste d'**étoffer le vivier de TEMP et de TEP** de 12 équipements en région Normandie qui en possède actuellement 32 (20 TEMP et 12 TEP). Il est à noter que l'acquisition d'un ou plusieurs équipements supplémentaires doit néanmoins être justifiée auprès de l'ARS qui examinera et appréciera la demande au regard de critères fixés dans le décret n°2021-1930 et relatifs au volume des actes, la spécialisation de l'activité ou la situation territoriale. La croissance potentielle du parc d'équipements doit être appréciée en regard des enjeux démographiques concernant les médecins nucléaires, manipulateurs en électroradiologie médicale et les radiopharmaciens.

Enfin, de par la nature des risques très particuliers induits par cette activité, la médecine nucléaire est administrée et contrôlée par 2 entités distinctes : l'Agence régionale de santé (ARS) et l'Autorité de sûreté nucléaire (ASN).

## **OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS**

---



### **Objectif 1**

**Organiser le maillage territorial en médecine nucléaire diagnostique et thérapeutique pour garantir des délais d'accès uniformes, en tenant compte de l'éventuelle spécialisation des appareils de scintigraphie**



### **Objectif 2**

**Accompagner les structures dans les transformations requises par l'évolution des conditions techniques de fonctionnement**



### **Objectif 3**

**Organiser l'accès à la radiothérapie interne vectorisée et la radiothérapie interne sélective dans une logique de gradation des soins**



### **Objectif 4**

**Promouvoir la qualité et la sécurité des pratiques professionnelles**



### **Objectif 5**

**Prioriser l'ensemble des démarches de constitution ou de consolidation d'équipes territoriales**

## CRÉATIONS / TRANSFORMATIONS

Au regard de la **procédure du besoin exceptionnel déployée en région Normandie** en 2021, au titre de laquelle de nouveaux équipements ont été autorisés mais non encore mis en œuvre, il est prévu de maintenir le maillage territorial actuel.

### TABLEAU DES IMPLANTATIONS PAR ACTIVITÉ DE SOINS

Forme de l'activité de soins	Calvados			Manche			Orne			Le Havre			Dieppe			Rouen-Elbeuf			Evreux-Vernon			Région Normandie		
	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel
Mention A	1			3			1			1			0			1			3			10		
Mention B	2			0			0			1			0			1			0			4		

## UNITÉS DE SOINS DE LONGUE DURÉE (USLD)

### ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

Les Unités de soins de longue durée (USLD) accueillent et soignent des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une polyopathie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie.

Ces situations cliniques requièrent **un suivi rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum**. La prise en charge gériatrique de ces personnes requiert à la fois un projet de soins et un projet de vie. La définition de la population concernée ne comporte pas de critères d'âge.

Compte tenu du besoin en soins des résidents, les moyens médicaux qui y sont mis en œuvre sont plus importants que dans les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

L'activité des lits de soins de longue durée est répartie en Normandie sur **25 sites**.

La recommandation nationale du taux d'équipement (circulaire DHOS du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatrique) est de 6 lits pour 1 000 habitants de 75 ans et plus. La Normandie dispose de 5 lits pour 1 000 habitants (1 538 lits d'USLD sont répartis sur le territoire), soit un taux d'équipement proche de la moyenne.

La feuille de route nationale 2021-2023 des Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)-USLD constate qu'une partie des résidents d'USLD présente des profils compatibles avec un hébergement en Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Par ailleurs, il est également constaté que certains patients lourdement dépendants et nécessitant un niveau de soins élevés (ex : patients jeunes en EVC ou état pauci-relationnel) se trouvent de fait hospitalisés de façon inadéquate au long cours en USLD, mais aussi en services MCO ou SSR.

Le devenir de l'activité d'USLD est donc questionnée dans **son articulation avec les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)** et dans sa capacité à apporter une réponse à ces populations. La feuille de route se fixe l'objectif de **créer « une offre sanitaire d'unité de soins prolongés complexes »** pour « mieux répondre aux besoins de prise en charge de patients de tout âge, aujourd'hui en USLD ou dans une autre structure avec hébergement, présentant des pathologies instables à risque de décompensation ». Cette évolution est susceptible de faire évoluer le modèle et le besoin en lits des USLD.

Dans ces conditions, il n'est pas identifié de besoin supplémentaire en terme d'autorisations d'implantation nouvelles USLD en Normandie.

**Le vieillissement attendu de la population en Normandie nécessitera par ailleurs une évolution de l'offre d'USLD pour s'adapter à cet enjeu majeur.** Il apparaît indispensable de renforcer les coopérations entre USLD et Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) pour faciliter le passage de l'une à l'autre modalité. L'USLD doit être mieux articulée avec l'offre de prise en charge aiguë, afin de prévenir les ruptures entre MCO, SMR et USLD, en anticipant mieux et en facilitant l'entrée en USLD.

Enfin l'USLD, lieu de soins, est également **un lieu de vie au long cours**. L'approfondissement du volet résidentiel des USLD devra être poursuivi.

## OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS

---



### Objectif 1

#### Conforter l'adéquation des profils patients et le maillage territorial de l'offre des USLD

- Poursuivre la formalisation des filières de soins gériatriques en y incluant l'offre d'USLD ;
- réévaluer les profils en soins et la dépendance des résidents des USLD normands.



### Objectif 2

#### Décloisonner l'offre d'USLD

- Prévenir les passages aux urgences évitables en développant les admissions directes en court séjour et la coordination SAMU / USLD ;
- renforcer l'offre d'accompagnement des personnes âgées en USLD, en lien avec les établissements médico-sociaux (particulièrement à destination des résidents d'USLD présentant des besoins de soins et d'autonomie similaires aux résidents d'Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)).



### Objectif 3

#### Inscrire les USLD dans le tournant résidentiel

- Accompagner les USLD dans la formalisation de leur projet de vie pour les résidents.

## CRÉATIONS / TRANSFORMATIONS

Il n'est pas prévu de créations ou de transformations pour cette activité de soins.

## TABLEAU DES IMPLANTATIONS PAR ACTIVITÉ DE SOINS

Modalités de l'activité de soins	Calvados			Manche			Orne			Le Havre			Dieppe			Rouen-Elbeuf			Evreux-Vernon			Région Normandie		
	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel
USLD	6	6	0	4	4	0	2	2	0	4	4	0	1	1	0	4	4	0	4	4	0	25	25	0

## GREFFES D'ORGANES ET DE CELLULES SOUCHE HÉMATOPOÏÉTIQUES

### ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

Diminuer la perte de chance des personnes en attente d'une greffe, et dont le pronostic vital est engagé, constitue un enjeu crucial.

Pour accompagner l'évolution de la réglementation sur le don d'organes et favoriser le recours à la greffe, 4 plans d'actions nationaux ont été respectivement mis en œuvre en 2000, 2012, 2017 et 2022.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2023, sur toute la France, 10 810 patients étaient en liste d'attente active (donc immédiatement éligibles à une greffe d'organe), tout organe confondu. La stratégie nationale dans les domaines du prélèvement et la greffe d'organes et de tissus ainsi que du prélèvement et la greffe de Cellules souches hématopoïétiques (CSH) fait l'objet de 2 plans ministériels pour la période 2022 -2026.

**L'activité de greffe est liée aux prélèvements d'organes, de tissus et de cellules souches hématopoïétiques, mobilisant des équipes de coordinations de prélèvements sur l'ensemble du territoire normand permettant une organisation structurée de cette activité.** Cependant l'activité de prélèvement n'est pas considérée comme une activité de soins par le code de la santé publique, ainsi seules les activités de greffe d'organes et de CSH (exclusion également de la greffe de tissus) seront traités dans le PRS.

#### ■ Les organes et les tissus

La Normandie dispose d'une offre de greffes rénale et cardiaque.

La région compte :

- 2 équipes de greffes rénales au sein des CHU de Rouen et de Caen ;
- 1 équipe de greffe cardiaque au sein du CHU de Rouen.

#### 1 - Concernant la greffe rénale :

Sur les dix premiers mois de l'année 2022, 90,5 % des patients inscrits sur liste d'attente de greffe rénale et résidents en Normandie ont été greffés pour l'une des deux équipes normandes. Pour autant, **l'activité de greffe doit poursuivre son développement** en diversifiant les sources de greffons afin d'augmenter le nombre de patients transplantés. La greffe issue de donneurs vivants doit encore progresser en région afin d'atteindre l'objectif de 20 % prévu par le plan greffe 2022-2026.

L'atteinte de cet objectif ambitieux nécessitera d'une part une **accessibilité accrue et optimisée au plateau médicotechnique hospitalier**, d'autre part, le **développement du don croisé en région Normandie** mais également l'engagement fort et continu de relais, par les établissements, des **campagnes d'informations de l'Agence de la Biomédecine**.

#### 2 - Concernant la greffe cardiaque :

Au regard de la prévalence de l'insuffisance cardiaque en région, qui se démarque par des facteurs de **risque accentués en matière de pathologies cardiaques** (hypertension artérielle, diabète, tabagisme, sédentarité et surcharge pondérale), la prise en charge de ces patients nécessite une forte coordination entre les acteurs du territoire.

Avec un seul établissement autorisé pour cette activité, le nombre de greffes cardiaques réalisées annuellement demeure relativement faible (environ 10 greffes/an) mais avec un **taux de réussite important** (92 % en 2022). Le faible nombre de patients normands inscrits sur liste d'attente, traduit une **filière d'adressage perfectible**.

Au 1<sup>er</sup> juillet 2023, 21 patients normands étaient inscrits sur liste d'attente nationale dont 15 patients par une équipe de greffe normande.

## ■ Les Cellules souches hématopoïétiques (CSH)

Les greffes de Cellules souches hématopoïétiques (CSH) font partie du traitement de certaines maladies hématologiques.

On distingue :

- l'autogreffe : greffe d'un individu à lui-même ;
- l'allogreffe : le donneur et receveur sont 2 individus distincts. Le donneur est soit membre de la famille (donneur apparenté), soit non apparenté si le donneur n'a pas de donneur HLA (antigènes leucocytaires humains) compatible dans sa famille.

La nature du greffon varie selon l'origine des CSH :

- soit elles sont issues de la moelle osseuse (prélèvement au bloc opératoire sous anesthésie générale) ;
- soit elles sont issues du sang périphérique : CSP (Cellules souches périphériques) ou CSHP (recueillies dans le sang par cytophérèse) ;
- soit elles sont issues du sang de cordon ombilical (prélevé au moment de la naissance).

En Normandie, **3 établissements de santé sont autorisés à effectuer des greffes** de CSH : les CHU de Caen et de Rouen ainsi que le Centre de lutte contre le cancer Henri Becquerel (CLCC) à Rouen.

L'activité de greffe, bien que stable, demeure faible au regard de l'activité nationale des établissements de région de même taille (moyenne de 60 à 80 greffes/an). Cependant **les besoins semblent correctement couverts** en région. Comme pour les greffes d'organes, cette activité est liée à celle de prélèvement avec plusieurs établissements réalisant cette activité en région : CHU de Caen, CLCC Becquerel, CHU de Rouen, Etablissement français du sang.

D'ici à 2028, il est attendu une amélioration des conditions de prélèvements et de suivi des donneurs afin de **faire progresser le nombre de patients greffés en Normandie**.

## OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS

---



### Objectif 1

**Consolider le maillage territorial des coordinations hospitalières de prélèvement et de greffe d'organes et de tissus et de CSH afin de maintenir l'offre régionale**



### Objectif 2

**Favoriser la structuration d'un réseau normand de prélèvement d'organes et de tissus**



### Objectif 3

**Accompagner la promotion du don d'organes et de CSH en partenariat avec les acteurs de la démocratie sanitaire afin d'amplifier et d'enrichir la diversité du fichier des donneurs volontaires français et que chacun des centres autorisés puissent répondre aux objectifs quantitatifs fixés**



### Objectif 4

**Renforcer la qualité de la prise en charge et du suivi des donneurs de CSH, en déployant au sein des centres autorisés des ressources médicales et paramédicales nécessaires en consolidant les systèmes de gestion qualité des centres d'allogreffe de CSH**



### Objectif 5

#### **Augmenter le nombre de greffes rénales**

- Diversifier les sources de greffons dont les donneurs pédiatriques ;
- maintenir voire amplifier le taux de donneurs vivants.



### Objectif 6

#### **Augmenter le nombre de greffes cardiaques**

- Intégrer le volet greffe dans le parcours de l'insuffisant cardiaque en Normandie ;
- coordonner la relation ville-hôpital, fluidifier les relations interprofessionnelles et adapter la prise en charge à la sévérité des patients ;
- approfondir la coopération entre les deux CHU de la région.



### Objectif 7

**Organiser une réponse régionale H24 au besoin de résultat d'anatomopathologie en vue d'augmenter le nombre d'organes greffés**

## CRÉATIONS / TRANSFORMATIONS

Il n'est pas prévu de créer ou de supprimer des implantations.

Le tableau des implantations reprend les opérateurs historiques autorisés au titre du SIOS.

### TABLEAU DES IMPLANTATIONS PAR ACTIVITÉ DE SOINS

Mentions de l'activité de soins	Calvados			Manche			Orne			Le Havre			Dieppe			Rouen-Elbeuf			Evreux-Vernon			Région Normandie		
	Autorisées au titre du SIOS	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au titre du SIOS	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au titre du SIOS	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au titre du SIOS	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au titre du SIOS	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au titre du SIOS	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au titre du SIOS	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au titre du SIOS	Prévues à échéance du SRS	Différentiel
Greffe rénale	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0
Greffe cardiaque	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0
Greffe de CSH adulte	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0
Greffe des CSH pédiatrique	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0

## CHIRURGIE CARDIAQUE

### ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

Chaque année, plus de 160 000 personnes sont hospitalisées pour une insuffisance cardiaque et plus de 70 000 décès sont associés à cette pathologie. La Normandie se démarque par **des facteurs de risque accentués en matière de pathologies cardiaques** (hypertension artérielle, diabète, tabagisme, sédentarité et surcharge pondérale). L'insuffisance cardiaque constitue donc un enjeu de santé publique normand.

La chirurgie cardiaque correspond aux interventions de chirurgie intra-thoracique portant sur le cœur, le péricarde, les artères coronaires, les veines efférentes, les gros vaisseaux afférents et efférents avec ou sans nécessité d'une circulation extra-corporelle. La substitution de certaines indications opératoires ces dernières années au profit de la cardiologie interventionnelle a été compensée par l'extension des indications pour les patients fragiles et porteurs de lésions complexes.

Dans le cadre de la réforme des autorisations, **l'activité de chirurgie cardiaque est désormais régulée au niveau régional**. Sa réalisation est soumise à des seuils qui s'élèvent, par site, à :

- 400 interventions sous circulation sanguine extracorporelle pour les patients adultes ;
- 150 interventions de chirurgie cardiaque pour les centres pédiatriques.

Par ailleurs, pour pouvoir assurer la pose de bioprothèses valvulaires aortiques par voie artérielle transcutanée ou par voie transapicale, le titulaire de l'autorisation de chirurgie cardiaque doit pouvoir justifier de la réalisation de plus de deux cents remplacements valvulaires aortiques chirurgicaux sur les douze derniers mois.

3 sites sont autorisés pour l'activité de chirurgie cardiaque chez l'adulte : CHU de Rouen, CHU de Caen, Hôpital privé Saint-Martin.

**Aucun site n'est autorisé pour l'activité de chirurgie cardiaque pédiatrique.** Cependant, les centres références M3C (maladies cardiopathies congénitales complexes) des deux CHU ont développé des filières solides avec des centres experts extra-régionaux vers lesquels ils orientent les jeunes patients nécessitant une prise en charge en chirurgie cardiaque.

Globalement, au regard de taux de recours supérieur au national en taux standardisé (en 2021, ex. pour remplacement valvulaire avec CEC : 28,4 versus 24,8), des projections de population et du fort niveau d'expertise médico-chirurgical de l'activité, il est proposé de ne pas ouvrir d'implantation supplémentaire de chirurgie cardiaque adulte, mais d'**accompagner l'augmentation d'activité des centres existants**.

En 2021, la région enregistre 1 657 séjours de chirurgie cardiaque réalisés en Normandie. La moyenne d'âge des patients est de 65 ans, et ¾ des patients sont des hommes. La part des séjours réalisés au CHU de Rouen représente 40 % de l'activité, part la plus importante (673 séjours). Par ailleurs, 335 séjours ont été réalisés en dehors de la Normandie.

En comparaison avec l'activité de 2018, il est constaté une baisse significative de l'activité (- 18 %). Le nombre de séjours réalisés hors région n'ayant connu qu'une faible diminution, la baisse générale de l'activité impacte les trois établissements autorisés, mais plus fortement le centre hospitalier caennais : CHU de Rouen (-17 %) ; CHU de Caen (-31 %) et HPSM (-17 %).

Les déterminants de santé plus défavorables, le vieillissement de la population et l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques cardiovasculaires, notamment des pathologies coronaires, valvulaires, rythmologiques et des pathologies respiratoires, dont l'incidence et la prévalence y compris des formes graves sont plus importantes qu'en France entière, imposent **une organisation plus structurée et une réduction des inégalités d'accès aux soins**.

## OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS

---



### Objectif 1

Accompagner la hausse d'activité des 3 centres de chirurgie cardiaque normands pour simplifier l'accès aux soins de chirurgie cardiaque de la population normande en structurant régionalement les filières d'adressage



### Objectif 2

Poursuivre la dynamique de collaboration entre les trois établissements autorisés, notamment en déployant une RCP intra-régionale et en renforçant les coopérations avec l'ensemble des partenaires œuvrant dans le parcours insuffisant cardiaque (médecins traitants, cardiologues, établissements autorisés en cardiologie interventionnelle, chirurgie cardiaque, greffe cardiaque et services de réadaptation cardiovasculaire)



### Objectif 3

Améliorer la coordination court séjour / réadaptation pour réduire les temps d'accès à la rééducation post chirurgie (SMR)



### Objectif 4

Garantir l'accès à la chirurgie cardiaque pédiatrique hors région par des filières de soins formalisées



### Objectif 5

Consolider l'adressage vers des « heart-team » associant cardiologues et chirurgiens cardiaques dans le parcours insuffisance cardiaque avancée afin d'optimiser la prise en charge, voire l'orientation vers une assistance mécanique ou une transplantation cardiaque

## CRÉATIONS / TRANSFORMATIONS

Il n'est pas prévu de création ou de transformation d'implantation pour cette activité de soins.

### TABLEAU DES IMPLANTATIONS PAR ACTIVITÉ DE SOINS

Mentions de l'activité de soins	Calvados			Manche			Orne			Le Havre			Dieppe			Rouen-Elbeuf			Evreux-Vernon			Région Normandie		
	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel
Chirurgie cardiaque adulte	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	3	3	0

## ACTIVITÉS INTERVENTIONNELLES SOUS IMAGERIE MÉDICALE, PAR VOIE ENDOVASCULAIRE, EN CARDIOLOGIE

### ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

L'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie comprend l'ensemble des actes de cardiologie à but diagnostique ou thérapeutique réalisés par voie percutanée, transpariétale ou intraluminale, portant sur une ou plusieurs cibles inaccessibles dans des conditions de qualité et de sécurité satisfaisantes sans utiliser un moyen de guidage par imagerie. Le régime d'autorisation de l'activité a été modifié en 2022.

À noter que l'activité d'implantation transcathéter des bioprothèses valvulaires aortiques (TAVI) n'est pas incluse dans le périmètre de l'activité de cardiologie interventionnelle rénovée par les décrets de 2022. Cette activité demeure encadrée par l'application de l'article L. 1151-1 du CSP.

Désormais, la **gradation des soins s'organise réglementairement autour de 3 modalités**, avec une gradation prévue au sein de chacune de ces modalités, visant à tenir compte de la complexité différenciée des techniques et exigences en termes de qualité/sécurité des soins :

- modalité rythmologie interventionnelle avec 4 mentions ;
  - mention A : chez l'adulte, activité d'électrophysiologie diagnostique et implantation de stimulateurs mono et double chambre avec sonde (seuil de 50 actes/an dont 10 procédures diagnostiques). Cette activité ne faisait jusqu'ici pas l'objet d'un régime d'autorisation,
  - mention B : chez l'adulte, en plus des actes mention A, les actes d'ablation simple et implantation de défibrillateurs et stimulateurs multi-sites (seuil de 100 actes/an dont 50 d'ablation atriale droite ou atrioventriculaire et 50 poses de DAI/CRT). Contrairement à ce qui prévalait jusqu'ici, cette activité est désormais conditionnée à la détention de la modalité Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte,
  - mention C : chez l'adulte, en plus des actes mention B, les actes d'ablation complexe et tous les actes de rythmologie réalisés chez un enfant hors Cardiopathie congénitale complexe (CCC) (seuil de 100 actes/an avec abord transeptal),
  - mention D : chez l'adulte, en plus des actes mention C, les actes à haut risque de plaie cardiaque ou vasculaire et les actes de rythmologie réalisés chez un enfant ayant une CCC (seuil de 100 actes/an avec abord transeptal ou 100 ablations congénitales),
- modalité Cardiopathies congénitales hors rythmologie avec 2 mentions ;
  - mention A : comprenant les actes de prise en charge des anomalies du cloisonnement inter-atrial, fermeture du canal artériel, dilatation de sténose valvulaire pulmonaire, cathétérisme diagnostique des cardiopathies congénitales (seuil de 40 actes/an),
  - mention B : comprenant, en plus des actes de la mention A, tout geste de dilatation, toute pose de stent ou de dispositif intracardiaque, toute intervention sur septum atrial ou ventriculaire (seuil de 80 actes/an),
- modalité cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte assurant les actes portant sur les cardiopathies structurelles acquises sans pose de prothèse, les actes simples de fermetures de septum interauriculaires et les actes portant sur les cardiopathies ischémiques (seuil de 400/an d'angioplasties coronariennes et si titulaire pratique en sus la fermeture de septum interauriculaire, seuil de 15 fermetures/an).

**La prévalence des risques cardiovasculaires dans la région est plus élevée que la moyenne française** (14,6 % contre 12,7 %), avec un taux de surmortalité lié aux maladies cardiovasculaires de + 4,2 %. Il en résulte un **enjeu fort de prévention primaire**, mais aussi dans l'immédiat **une augmentation des besoins à couvrir en matière de prise en charge**. En Normandie, l'activité de rythmologie a ainsi progressé en 5 ans de 15,4 %, dont + 8 % pour les actes d'ablation simple et activité de défibrillation, + 41 % pour les actes d'ablation complexe. L'activité de coronarographie et d'angioplastie transluminale (ATL) a également progressé de 4,21 % en 5 ans.

L'augmentation des besoins, conjuguée à une démographie médicale de cardiologues défavorable (en 2021, la densité moyenne de cardiologues en Normandie est de 8,75 vs 11,01 au national) se traduit par des **difficultés d'accès aux soins de proximité et de recours de plus en plus complexe** pour les patients, avec le risque inhérent de retard de prise en charge. L'enjeu principal pour les prochaines années sera de **s'appuyer sur le maillage existant pour renforcer l'accès aux prises en charge.**

## OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS

---

Afin de préserver le maillage territorial et adapter les organisations pour optimiser les prises en charge :



### Objectif 1

#### **Organiser une offre de soins graduée, renforçant la qualité des prises en charge tout en préservant la proximité à travers l'organisation d'une vraie filière avec l'offre de premier recours**

- Définir une organisation territoriale graduée, tenant compte de la taille critique des plateaux techniques, de la démographie des professionnels de santé, des besoins de santé de la population et des taux de fuites naturels hors région afin de garantir une offre de santé de qualité sur l'ensemble des territoires de la Normandie ;
- renforcer la coordination des professionnels de santé au sein des territoires : encourager la constitution de fédérations médicales inter-hospitalières organisant l'accès, la gradation et le recours au sein des GHT (mise en place de temps partagés, de consultations avancées) ; structurer le rôle du premier recours dans l'accès à l'offre de prise en charge ;
- développer le recours aux centres de référence Malformations cardiaques congénitales-complexes (M3C) afin de garantir un diagnostic précoce et une prise en charge optimale dès le plus jeune âge ;
- mutualiser les lignes de permanence des soins lorsque cela est possible, en associant dans une même organisation hospitaliers publics et professionnels libéraux, pour réduire la pénibilité individuelle de l'exercice professionnel de nuit, de week-end et jour férié.



### Objectif 2

#### **Accompagner le développement de l'offre pour répondre à l'augmentation des besoins**

- Augmenter l'ambulatoire sur les actes diagnostiques et thérapeutiques ;
- développer la télé expertise, les protocoles de coopérations et la pratique avancée en soins infirmiers pour recentrer l'expertise médicale, en favorisant en ville le développement des équipes de soins spécialisées.

## CRÉATIONS / TRANSFORMATIONS

### Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie



## TABLEAU DES IMPLANTATIONS PAR ACTIVITÉ DE SOINS

### Les modalités pour la rythmologie

Pour prétendre à une mention B, C ou D de rythmologie, l'établissement doit remplir les conditions de la mention précédente et être titulaire d'une autorisation modalité Pathologies ischémiques et structurales (sauf si activité exclusivement pédiatrique).

Pour prétendre :

- à la mention C, il faut également à minima sur site une autorisation de chirurgie vasculaire ou thoracique ou par convention chirurgie cardiaque ;
- à la mention D, il faut également être titulaire d'une autorisation modalité Pathologies congénitales + autorisation chirurgie cardiaque.

### La modalité pour les pathologies congénitales

Il faut être titulaire d'une autorisation chirurgie cardiaque.

Modalités de l'activité de soins	Mentions	Calvados			Manche			Orne			Le Havre			Dieppe			Rouen-Elbeuf			Evreux-Vernon			Région Normandie				
		Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel		
Rythmologie	Mention A	1	+1		1	+1		1	+1		1	+1		1	+1		1	+1		2 à 1	2 à 1		8 à 7	8 à 7			
	Mention B	0	0		1	+1		0	0		1 à 0	1 à 0		0	0		1 à 0	1 à 0		0 à 1	0 à +1		3 à 4	3 à 4			
	Mention C	0	0		0	0		0	0		0 à 1	0 à 1		0	0		0 à 1	0 à 1		0	0		0 à 2	0 à 2			
	Mention D	2	+2		0	0		0	0		0	0		0	0		1	+1		0	0		3	+3			
Cardiopathies Congénitales hors rythmologie	Mention A	1	+1		0	0		0	0		0	0		0	0		1	+1		0	0		2	+2			
	Mention B	1	+1		0	0		0	0		0	0		0	0		0	0		0	0		1	+1			
Cardiopathies ischémiques et structurales de l'adulte		2	2	0	1	1	0	0	1	+1	2	2	0	0	0	0	0	0	2	2	0	1	1	0	8	9	+1

## NEUROCHIRURGIE

### ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

L'activité de soins de neurochirurgie concerne la prise en charge des patients présentant une pathologie portant sur l'encéphale, la moelle épinière, les nerfs périphériques, leurs enveloppes (crâne, colonne vertébro-discole, méninges) et leurs vaisseaux et nécessitant ou susceptibles de nécessiter un acte neurochirurgical ou radio-chirurgical en conditions stéréotaxiques.

Elle concerne donc **des actes spécialisés majeurs de durée longue avec un risque vital et fonctionnel** et nécessite un environnement lourd et spécifique. Dans le cadre de la réforme des autorisations, **l'activité de neurochirurgie passe d'une régulation inter-régionale (SIOS) à une régulation régionale (SRS).**

L'autorisation de pratiquer l'activité de soins de neurochirurgie n'est pas exigée lorsque le titulaire est autorisé pour l'activité de soins de chirurgie et que l'activité de soins de neurochirurgie se limite aux lésions des nerfs périphériques et aux lésions de la colonne vertébro-discole et intradurale, à l'exclusion de la moelle épinière. L'autorisation de neuro-chirurgie adulte est soumise à un seuil d'activité minimal de 100 interventions/an.

Le titulaire de l'autorisation peut mettre en œuvre les ou l'une des pratiques thérapeutiques suivantes :

- neurochirurgie fonctionnelle cérébrale ;
- radio chirurgie intracrânienne et extra crânienne en conditions stéréotaxiques ;
- neurochirurgie pédiatrique.

La Normandie compte 2 opérateurs : le CHU de Caen et le CHU de Rouen, dont l'activité en volume est assez stable sur les 4 dernières années. Les délais d'attente sont stables :

- neurochirurgie fonctionnelle cérébrale : 1 677 actes en 2018 dont 924 pour le CHU de Caen et 753 pour le CHU de Rouen ; 1 738 actes en 2022 réalisés dont 901 par le CHU de Caen et 837 par le CHU de Rouen ;
- radio chirurgie intracrânienne et extra-crânienne en conditions stéréotaxiques : 1 756 actes en 2018 dont 956 pour le CHU de Caen et 800 pour celui de Rouen ; 1 826 actes en 2022 dont 940 pour Caen et 886 pour Rouen ;
- neurochirurgie pédiatrique : 235 actes en 2018 dont 108 pour le CHU de Caen et 127 pour le CHU de Rouen ; en 2022 : 214 actes réalisés dont 106 par le CHU de Caen et 108 par le CHU de Rouen.

L'enjeu des prochaines années portera sur le **développement des nouvelles techniques et le renforcement de la coordination court séjour / soins médicaux et de réadaptation.**

## OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS

---



### Objectif 1

**Améliorer la fluidité du parcours notamment en renforçant la coordination court séjour / offre de soins médicaux de réadaptation**



### Objectif 2

**Poursuivre le développement des filières innovantes (réadaptation rapide après chirurgie pour les interventions du rachis, développement des prises en charge de neuro-oncologie)**



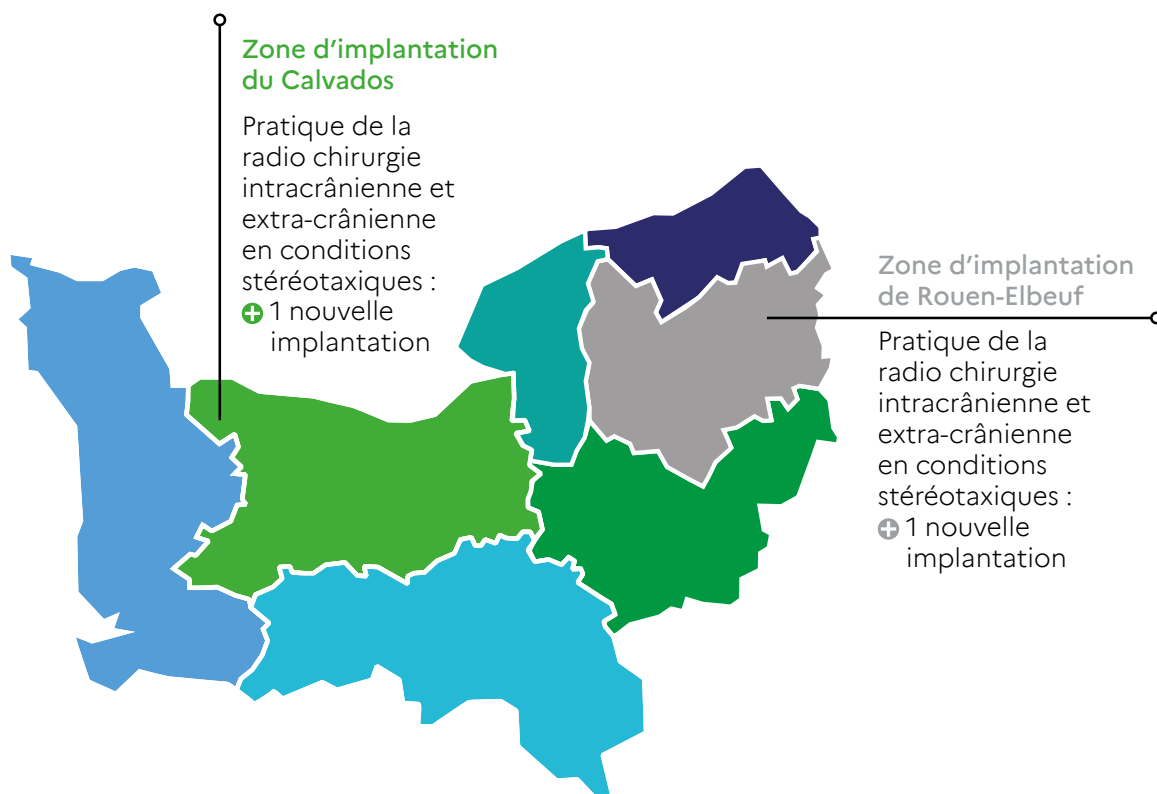
### Objectif 3

**Développer les consultations avancées spécialisées dans les territoires dépourvus en compétence neurochirurgicale**

## CRÉATIONS / TRANSFORMATIONS

Pour le traitement neurochirurgical des lésions cancéreuses, le titulaire de l'autorisation de neurochirurgie doit être également détenteur de l'autorisation de traitement du cancer.

### Neurochirurgie



## TABLEAU DES IMPLANTATIONS PAR ACTIVITÉ DE SOINS

Modalités de l'activité de soins	Calvados			Manche			Orne			Le Havre			Dieppe			Rouen-Elbeuf			Evreux-Vernon			Région Normandie		
	Autorisées au titre du SIOS	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au titre du SIOS	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au titre du SIOS	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au titre du SIOS	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au titre du SIOS	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au titre du SIOS	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au titre du SIOS	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au titre du SIOS	Prévues à échéance du SRS	Différentiel
Neurochirurgie fonctionnelle cérébrale	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0
Radiochirurgie intracrânienne et extracrânienne en conditions stéréotaxiques	0	1	+1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	+1	0	0	0	0	0	2	+2
Neurochirurgie pédiatrique	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0	

## ACTIVITÉ INTERVENTIONNELLE SOUS IMAGERIE MÉDICALE EN NEURORADIOLOGIE (NRI)

### ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

L'activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie (NRI) concerne les actes diagnostiques et thérapeutiques qui portent sur la région cervico-céphalique et médullo-rachidienne, réalisés par voie endovasculaire ou par voie percutanée, hors localisation ostéo-articulaire. Les actes portant sur la thyroïde ne sont pas concernés. Ces activités nécessitent **des moyens matériels et techniques sophistiqués, des équipes médicales et paramédicales entraînées et disponibles en permanence.**

Dans le cadre de la réforme des autorisations, l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie :

- est **désormais régulée au niveau régional** en passant d'une régulation inter-régionale (SIOS) à une régulation régionale (SRS) ;
- fait **l'objet d'une gradation**, associée d'une convention reliant toute structure de mention A à une structure de mention B :
  - mention A : réalisation de la thrombectomie mécanique et des actes diagnostiques associés dans le cadre de l'accident vasculaire cérébral ischémique aigu. Un seuil d'activité minimale est fixé à 60 actes de thrombectomie mécanique de l'AVC ischémique aigu/an,
  - mention B : l'ensemble des activités interventionnelles en neuroradiologie dont la mention A. Un seuil d'activité minimale est fixé à 140 actes/an.

En France, les AVC représentent une cause importante de handicap, la 2<sup>e</sup> cause de démence après la maladie d'Alzheimer et l'une des principales causes de mortalité. En 2022, on dénombrait 9 117 AVC en Normandie, dont 1 866 Accident Ischémique Transitoire et 5 738 infarctus cérébraux. Ces AVC avaient donné lieu à 689 thrombolyses intraveineuses (TIV) et à 256 thrombectomies (152 au CHU de Caen et 104 au CHU de Rouen). Selon une enquête de la société savante de neuroradiologie, les centres de thrombectomie réalisaient en moyenne en France 167 thrombectomies par an.

Avec l'élargissement des indications et des techniques, le besoin de thrombectomies augmente régulièrement. Cette activité nécessite un délai d'intervention le plus court possible, ce qui implique un accroissement des besoins en transports médicalisés terrestres urgents et une disponibilité H24 des équipes médicales et paramédicales dédiées.

La filière régionale est organisée « en étoile » autour des 2 CHU, avec 13 sites de télé-AVC positionnés au sein de services d'urgence périphériques, 7 unités neuro-vasculaires jouant un rôle de pivot et 2 plateaux de neuro-radiologie interventionnelle (CHU de Caen et CHU de Rouen).

L'enjeu majeur des prochaines années consiste donc à accompagner l'augmentation de l'activité, préserver des délais d'accès compatibles avec la technique et développer l'offre de prise en charge post AVC.

## OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS

---



### Objectif 1

#### Améliorer l'attractivité des filières médico-soignantes pour assurer le maintien d'équipe qualifiée

- Poursuivre la coopération entre les deux équipes régionales pour maintenir l'attractivité de la filière pour le recrutement médical ;
- élargir le vivier de recrutement des radiologues en développant l'offre de formation à la neuroradiologie interventionnelle.



### Objectif 2

#### Optimiser les ressources techniques pour répondre aux besoins de transports médicalisés de patients

- Renforcer l'offre de transports inter-hospitaliers.



### Objectif 3

#### Renforcer la fluidité du parcours patient

- Réduire le délai d'accès à la thrombectomie en Normandie ;
- augmenter l'accès aux consultations pluri professionnelles post AVC en SMR.

## CRÉATIONS / TRANSFORMATIONS

---

Il n'est pas prévu de création d'implantation pour cette activité de soins.

## TABLEAU DES IMPLANTATIONS PAR ACTIVITÉ DE SOINS

Formes de l'activité	Calvados			Manche			Orne			Le Havre			Dieppe			Rouen-Elbeuf			Evreux-Vernon			Région Normandie					
	Autorisées au titre du SIOS	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au titre du SIOS	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au titre du SIOS	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au titre du SIOS	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au titre du SIOS	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au titre du SIOS	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au titre du SIOS	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au titre du SIOS	Prévues à échéance du SRS	Différentiel			
Mention A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mention B	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0	2	2	0

## MÉDECINE D'URGENCE

### ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

**Les structures d'urgence hospitalières occupent une place centrale dans l'organisation des soins urgents et non programmés** en complémentarité de l'offre de soins de ville, de la permanence des soins et des Services d'accès aux soins (SAS).

Au 1<sup>er</sup> janvier 2023, l'activité de médecine d'urgence est assurée par 40 établissements publics, privés, et ESPIC en Normandie :

- Service d'aide médicale urgente (SAMU) : 6 SAMU existent sur la région avec un SAMU pour les départements 14, 50, 61, 27 ; la Seine-Maritime ayant la particularité de disposer de 2 SAMU ;
- Structure des urgences (SU) : 40 établissements disposent d'une SU, dont 3 disposent également d'une SU pédiatrique. L'offre s'organise autour de 33 SU publics et 7 SU privés ;
- Structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) : 31 établissements disposent d'une SMUR, dont 1 dispose également d'une SMUR pédiatrique ;
- 4 bases hélicoptées (2 héliSMUR (Rouen (76) et Alençon (61)), 2 appareils de la sécurité civile (Le Havre (76) et Granville (50)).

**La répartition des SU et SMUR permet aujourd'hui de garantir l'accès de 95,7 % de la population normande en moins de 30 minutes à des soins urgents.** Toutefois les **difficultés de recrutement** en médecins urgentistes des SU normands se traduisent par des **difficultés récurrentes pour assurer la continuité de ce maillage.**

Parallèlement à ces difficultés de démographie médicale, est observée depuis 2022 une **hausse importante de l'activité des services d'urgences** qui dépasse désormais l'activité de l'année 2019 – année de référence avant la pandémie de Covid-19 (2022 : 1 315 000 passages / 2019 : 1 216 000 passages). Sur l'ensemble des SU normands en 2022, les CCMU 1 et 2 représentaient environ 80 % des passages effectués.

**Les SAMU normands ont également une activité en hausse continue,** avec plus de 900 000 dossiers de régulation ouverts en 2021, dépassant donc les 100 000 Dossiers de régulation médicale (DRM) par SAMU.

Le déploiement en cours du Service d'accès aux soins a pour vocation de mieux articuler aide médicale urgente et médecine libérale dans la réponse à la demande de soins vitaux, urgents et non programmés de la population. Le SAS fonctionne dans la Manche et au Havre. Il sera effectif dans l'ensemble des territoires normands fin 2023.

La répartition des SMUR et antenne SMUR sur le territoire régional est plutôt homogène. De nombreuses solutions ont été déployées ces 5 dernières années pour compléter cette couverture : **déploiement de véhicules légers infirmiers des SDIS, unités mobiles hospitalières paramédicalisées,** qui viennent renforcer l'offre dans certains territoires.

Les vecteurs hélicoptés sont actuellement majoritairement mobilisés pour effectuer des transports secondaires inter-hospitaliers. La gradation de l'offre des établissements se traduit dans certains territoires par une hausse des besoins de transports secondaires. Afin de limiter l'impact de ces transports sur la disponibilité des vecteurs hélicoptés pour les transports primaires, il convient de **poursuivre le développement des transports infirmiers inter-hospitaliers.**

Le maillage actuel de médecine d'urgence dans les territoires permet de garantir une prise en charge satisfaisante des urgences vitales. Il n'est pas prévu d'évolution sur le nombre d'implantations sur cette activité de soins sur les cinq prochaines années. Toutefois, les services d'urgence rencontrent des **difficultés persistantes de recrutement médical et paramédical** des SU, SMUR et SAMU, **couplées à un recours aux services d'urgences qui pourrait en grande partie relever de la médecine de ville, elle-même en grande difficulté démographique et nécessitant un accompagnement spécifique.**

L'enjeu sera donc de **mieux organiser le conseil et l'orientation des patients en demande de soins vitaux, urgents ou non programmés** à travers la généralisation rapide des services d'accès aux soins, et d'organiser les différentes modalités de **réponse aux besoins de soins non programmés**. Ces évolutions pourraient amener à une évolution de la couverture H24 de certains services d'urgence, comme devrait le rendre possible la prochaine réforme du droit des autorisations concernant la médecine d'urgence. A ce titre, le **présent volet du Schéma régional de santé est susceptible d'une révision rapide en fonction de l'évolution réglementaire attendue**.

## OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS

---



### Objectif 1

#### Mieux orienter les patients dans le parcours de soins urgents et de soins non programmés

- Accompagner la mise sous régulation préalable par le 15 de l'accès aux services d'urgence dans les territoires qui le nécessitent, afin de limiter les recours inappropriés aux urgences et d'apporter une réponse adaptée aux besoins de soins vitaux, urgents et non programmés des patients ;
- généraliser le Service d'accès aux soins (SAS) sur l'intégralité de la région ;
- appuyer le déploiement de compétences de régulation spécialisée, en appui des centres 15 et des SAS.



### Objectif 2

#### Structurer les filières de prise en charge aux urgences et développer des alternatives

- Définir une gradation de l'offre de prise en charge des services d'urgences dans les territoires ;
- structurer une offre de soins non programmés lisible et graduée, en associant l'ensemble des professionnels de santé de ville volontaires ;
- travailler sur la réorientation à la porte des urgences vers une prise en charge en ville.



### Objectif 3

#### Optimiser les ressources médicales et paramédicales disponibles

- Structurer des équipes médicales de territoire afin de garantir autant que possible le maillage des structures d'urgence, dans une logique de solidarité territoriale ;
- développer le recours aux infirmiers de pratique avancée (IPA), et les protocoles de coopérations au sein des services d'urgence, et les professionnels correspondant SAMU afin de graduer les prises en charge et recentrer l'urgentiste sur l'urgence vitale ;
- définir les critères et conditions d'évolution des horaires de fonctionnement de certains services d'urgence sur une partie seulement de la journée ;
- développer les unités mobiles hospitalières paramédicalisées en complément de l'offre existante ;
- évaluer les besoins de transport inter-hospitaliers médicalisés ou infirmiers ;
- développer les transports hélicoptérés.

## CRÉATIONS / TRANSFORMATIONS

Dans l'attente de la publication de la réforme de l'activité de soins de médecine d'urgence, il n'est pas prévu de créations ou de transformations de l'offre.

### TABLEAU DES IMPLANTATIONS PAR ACTIVITÉ DE SOINS

Mentions de l'activité de soins	Calvados			Manche			Orne			Le Havre			Dieppe			Rouen-Elbeuf			Evreux-Vernon			Région Normandie		
	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel
<b>SAMU</b>	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	6	6	0
<b>SMUR</b>	6	6	0	7	7	0	6	6	0	4	4	0	1	1	0	2	2	0	5	5	0	31	31	0
<b>SMUR Pédiatrique</b>	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
<b>Antenne SMUR</b>	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0
<b>Structure des urgences</b>	8	8	0	6	6	0	6	6	0	6	6	0	2	2	0	6	6	0	6	6	0	40	40	0
<b>Structure des urgences pédiatriques</b>	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	3	3	0

## SOINS CRITIQUES

### ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

La Normandie a un **taux d'équipement de 9,4 lits de réanimation pour 100 000 habitants adultes, très proche de la recommandation nationale** d'un taux d'équipement cible de 10 lits de réanimation adultes ou plus pour 100 000 habitants adultes. La répartition des capacités de soins critiques (réanimation, soins intensifs, surveillance continue) est cependant très inégale entre les territoires.

Deux établissements sont autorisés à ce jour pour l'**activité de soins de réanimation pédiatrique** en région Normandie.

La Normandie compte par ailleurs **291 lits de soins intensifs** (cardiologie, neurologie, hépato-gastro-entérologie, polyvalents) dont 277 lits adultes et 14 lits enfants.

L'activité de soins de réanimation a été réformée en 2022. Le champ soumis à autorisation comprend désormais les lits de soins critiques, compris comme les lits de réanimation et de soins intensifs polyvalents ou spécialisés.

Les nouvelles conditions d'implantation et de fonctionnement des soins critiques impliquent des **exigences supplémentaires en termes de personnels médicaux et paramédicaux**, dont des ratios par nombre de lits ouverts, qui nécessiteront une **adaptation d'un certain nombre de services existants** et, à capacité constante, **davantage de ressources humaines spécialisées**.

Les Unités de surveillance continue (USC) ne font pas partie de l'activité « soins critiques », au sens réglementaire du texte, et demeurent sous le régime des reconnaissances contractuelles.

La réforme du droit des autorisations a introduit 2 modalités de soins critiques : adulte et pédiatrique.

Il existe 5 mentions pour la modalité « soins critiques adultes » :

- mention 1 « réanimation et Unité de soins intensifs polyvalents contigus (USIPc), et de spécialité le cas échéant » ;
- mention 2 « Unité de soins intensifs polyvalents dérogatoires » (USIPd : sans réanimation sur site ou non adossés à une réanimation) ;
- mention 3 « Unité de soins intensifs de cardiologie » (USIC) ;
- mention 4 « Unité de soins intensifs de neurologie vasculaire » (USINV) ;
- mention 5 « Unité de soins intensifs d'hématologie » (USIH).

Il existe 4 mentions pour la modalité « soins critiques pédiatriques » :

- mention 1 « réanimation pédiatrique de recours et unité de soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant » ;
- mention 2 « réanimation pédiatrique et unité de soins intensifs pédiatriques polyvalents et de spécialité le cas échéant » ;
- mention 3 « unité de soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires » ;
- mention 4 « unité de soins intensifs pédiatriques d'hématologie ».

NB : la réanimation néonatale et les USI néonatales font partie du volet périnatalité. Les soins critiques pédiatriques s'entendent maintenant jusqu'à 18 ans (15 ans auparavant).

**L'offre de soins critiques des départements du Calvados et de la Seine-Maritime est fortement impactée par la présence sur ces territoires d'activité de recours et de référence**, notamment au sein des CHU de Caen et de Rouen. Les capacités de soins critiques de ces deux départements se caractérisent de ce fait par un volume d'activité fortement lié à l'activité programmée et donc moins soumis aux aléas saisonniers que le reste de la région. Leur taux d'équipement cumulé de réanimation est de 12,1 lits de réanimation adultes /100 000 habitants adultes.

**Les départements de l'Eure, de la Manche et de l'Orne ont des activités de soins critiques davantage liées aux pathologies saisonnières et cardiorespiratoires** qu'aux séjours post-chirurgicaux, moins importantes en volume et en diversité que dans les départements sièges de CHU, et recourant plus fortement à des renforts extérieurs en personnel médical et non médical (remplaçants habituels ou occasionnels) pour fonctionner. Leur taux d'équipement cumulé de réanimation est de 5,7 lits de réanimation adultes / 100 000 habitants adultes.

**Les soins critiques adultes**, très fortement mobilisés **durant la pandémie de Covid-19**, se sont adaptés et **ont su augmenter leurs capacités** pour répondre à la situation sanitaire exceptionnelle. Pour autant, cette activité est fragile, au regard de la **démographie défavorable des anesthésistes-réanimateurs**, avec une densité moyenne régionale de 13,8 / 100 000 habitants inférieure à la densité nationale de 19,7 / 100 000 habitants (9<sup>e</sup> région sur 12, derrière la Corse, Centre-Val de Loire et Bourgogne-Franche-Comté). La densité normande des réanimateurs médicaux est de 0,5 / 100 000 habitants pour une moyenne nationale à 1,1 (mini : 0,1 dans le Calvados, maxi : 1,2 dans la Manche).

L'enjeu régional portera donc sur **l'adaptation à la hausse des capacités des implantations existantes** pour répondre à la disparité infra-régionale de répartition, **tout en évitant une dispersion des moyens** et donc de nouvelles implantations, dans un contexte de raréfaction des ressources humaines disponibles. Il conviendra également de **préserver une « élasticité maximale »** de l'offre de soins critiques pour assurer **une réponse aux variations d'activité saisonnières et aux situations sanitaires exceptionnelles**.

## OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS



### Objectif 1

#### Déployer la gradation de l'offre de soins prévue par la nouvelle réforme d'autorisation d'activité de soins

- Développer l'offre de lits de réanimation et de soins critiques à partir des plateaux de soins critiques déjà existants et constitués d'au moins une unité de réanimation et une unité de soins intensifs contiguë, pour répondre aux besoins de la population sans disperser les ressources disponibles ;
- déployer des filières territoriales de soins critiques visant à favoriser et structurer les coopérations entre unités pour fluidifier les parcours de soins et notamment la gestion des transferts de patients et à développer l'expertise en soins critiques. Cette coordination régionale aura vocation à s'appuyer sur un réseau des soins critiques (dispositif spécifique régional de soins critiques prévu par la réglementation).



### Objectif 2

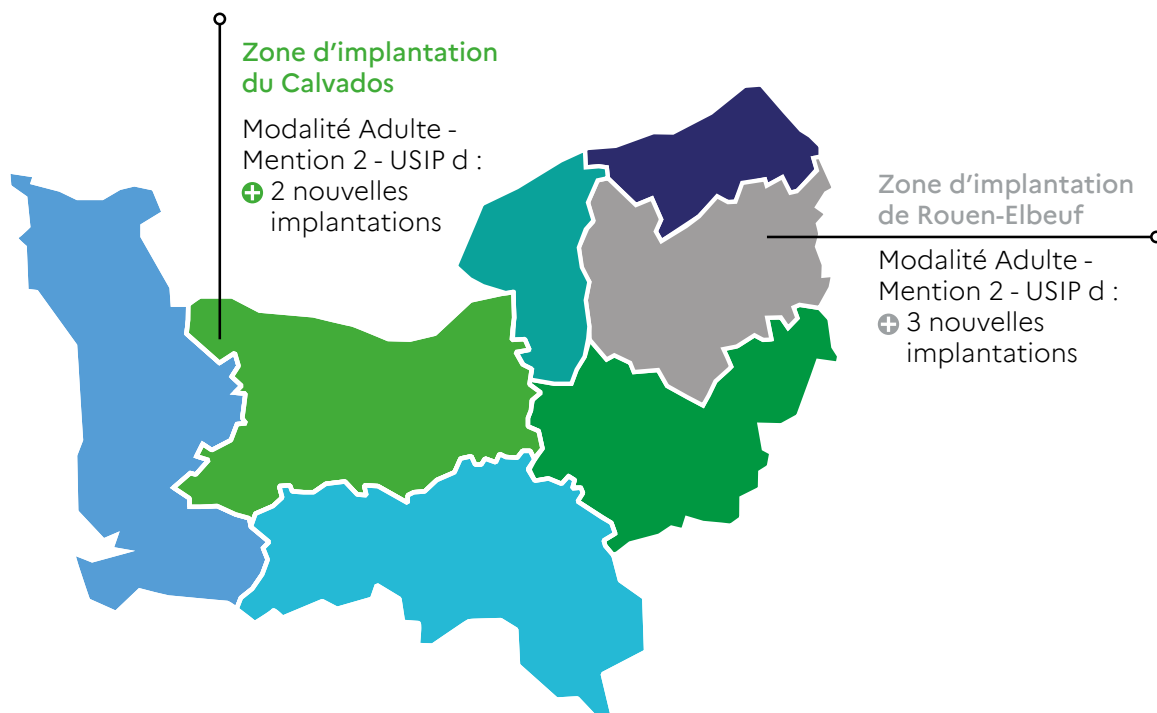
#### Adapter le capacitaire de soins critiques spécialisés à celui des autres activités de soins impliquées dans la filière de soins relevant de la spécialité

- Favoriser « l'élasticité » de l'offre de soins critiques pour répondre aux variations saisonnières d'activité et aux situations exceptionnelles ;
- poursuivre le développement des coopérations territoriales pour optimiser les filières de prise en charge des soins critiques et leur aval.

## CRÉATIONS / TRANSFORMATIONS

Ont été retranscrits en mention 1 les titulaires disposant d'une autorisation de réanimation, et en mention 3, 4 et 5, ceux disposant d'une labellisation (avenant CPOM) d'USIC (mention 3), d'USINV (mention 4) ou d'USIH (mention 5) – pas d'évolution d'implantations prévues à ce titre.

### Soins critiques



## TABLEAU DES IMPLANTATIONS PAR ACTIVITÉ DE SOINS

Modalités de l'activité de soins	Calvados			Manche			Orne			Le Havre			Dieppe			Rouen-Elbeuf			Evreux-Vernon			Région Normandie			
	Mentions de l'activité de soins			Mentions de l'activité de soins			Mentions de l'activité de soins			Mentions de l'activité de soins			Mentions de l'activité de soins			Mentions de l'activité de soins			Mentions de l'activité de soins			Mentions de l'activité de soins			
	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	
Adulte	Mention 1 : réanimation - USIPc	4	4	0	3	3	0	2	2	0	1	1	0	1	1	0	2	2	0	1	1	0	14	14	0
	Mention 2 : USIPd	0	2	+2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	+3	0	0	0	0	5	+5
	Mention 3 : USIC	2	2	0	2	2	0	1	1	0	2	2	0	1	1	0	3	3	0	2	2	0	13	13	0
	Mention 4 : USINV	2	2	0	2	2	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	8	8	0
	Mention 5 : USIH	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0
Pédiatrie	Mention 1 : réanimation de recours - USIPc	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0	
	Mention 2 : réanimation et USIPc	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Mention 3 : USIPd	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0
	Mention 4 : USIH	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	3	3	0

## TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE PAR VOIE EXTRARÉNALE (IRC)

### ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

**Le patient atteint d'insuffisance rénale chronique terminale peut choisir pour la prise en charge de sa maladie entre 4 modalités de dialyse en fonction de son état de santé et de son degré d'autonomie :** l'hémodialyse en centre, l'hémodialyse en Unité de dialyse médicalisée (UDM), l'hémodialyse en Unité d'auto-dialyse simple ou assistée (UAD) et la dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale. La Normandie compte actuellement 16 centres d'hémodialyse, 18 UDM, 23 antennes UAD et 54 antennes de dialyse à domicile comprenant 27 selon le traitement de dialyse par hémodialyse et 27 selon le traitement par dialyse péritonéale.

En 2021, l'incidence globale était en France de 169 nouveaux patients traités par suppléance par million d'habitants (pmh). En Normandie, ce taux était proche de la moyenne nationale, à 173 pmh. La prévalence nationale brute de dialyse s'élève en 2021 à 755 pmh pour 686 pmh en Normandie. Sur la période 2019 - 2021, on note en Normandie une diminution de l'activité d'hémodialyse en centre pour les adultes (- 7 297 séances) au profit d'une augmentation de l'activité en UDM (+ 8 377 séances).

Compte tenu du **vieillessement de la population normande**, de la **prévalence de dialyse actuellement en dessous de celle du national**, d'un **âge médian des patients normands dialysés supérieur de 1,5 ans à la moyenne nationale**, de l'**augmentation des comorbidités** constatés chez les patients dialysés et d'un **taux d'équipement en UDM relativement faible par rapport aux régions limitrophes**, la Normandie doit faire face à un **enjeu de densification** du maillage de l'offre pour les patients atteints d'insuffisance rénale chronique, particulièrement de dialyse médicalisée.

Enfin le **caractère touristique** de la Normandie impose une attention particulière sur l'offre à destination des vacanciers dialysés particulièrement sur les zones du littoral.

### OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS



#### Objectif 1

##### Conforter le maillage existant dans une logique de gradation des prises en charge de dialyse

- Adapter le nombre d'implantation d'UDM aux besoins, pour rattraper la densité du maillage des régions limitrophes ;
- développer l'offre d'hémodialyse longue nocturne, technique qui permet une bonne intégration dans la vie quotidienne des patients et qui est compatible avec une activité professionnelle à temps complet ;
- promouvoir l'accueil des vacanciers dialysés particulièrement sur les zones d'implantation du littoral.



#### Objectif 2

##### Développer en tant que de besoin la mutualisation des équipes de néphrologie pour répondre aux besoins de l'offre de soins

- La mutualisation des équipes médicales de néphrologues permet de rendre plus attractive cette spécialité et d'assurer une offre de proximité.



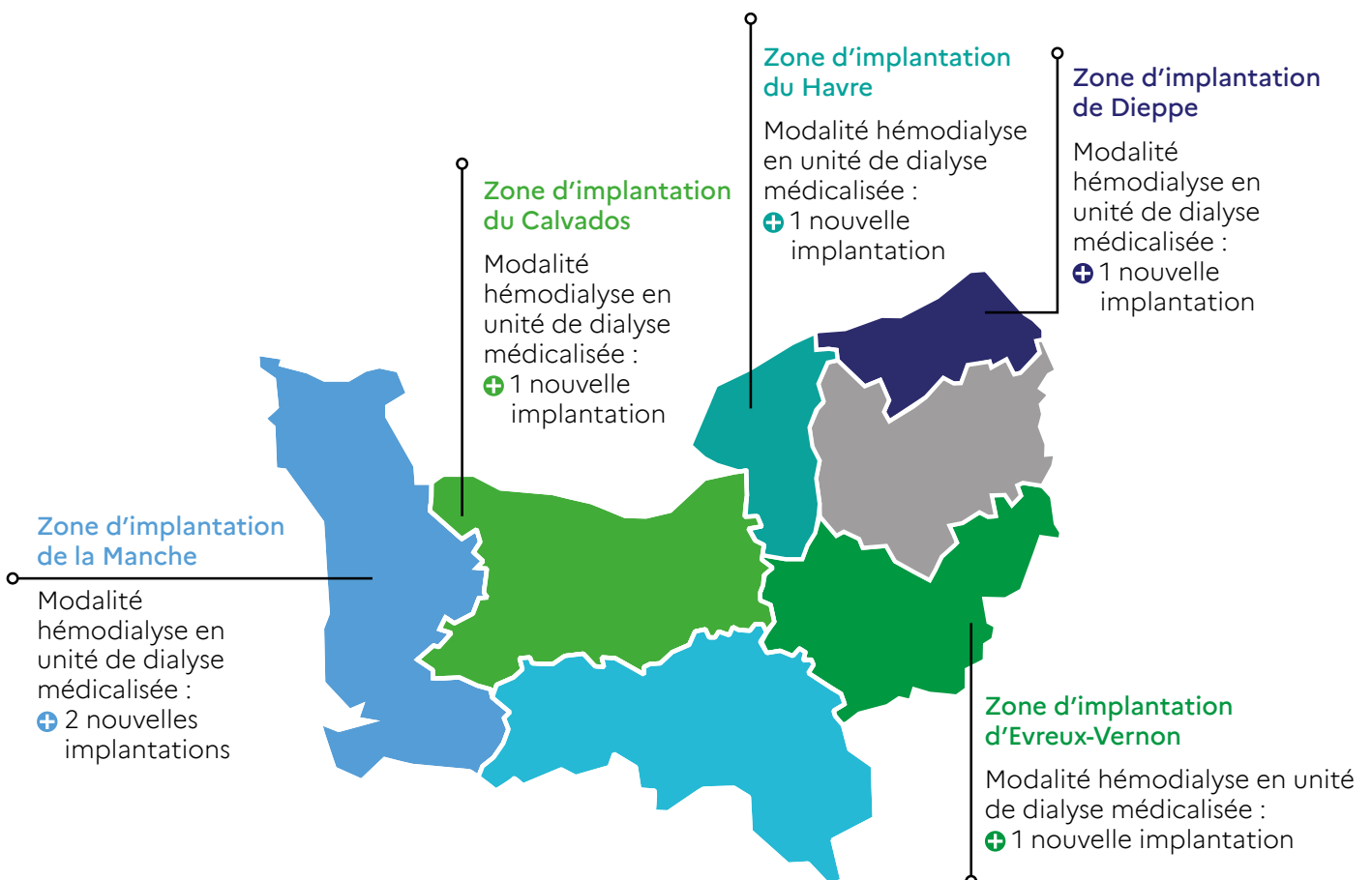
### Objectif 3

## Renforcer la fluidité du parcours et diagnostiquer plus précocement la maladie

- Développer le recours aux infirmiers de pratique avancée « maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale » ;
- augmenter l'offre de dépistage en proximité ;
- mettre les centres de dialyse à contribution dans l'effort de promotion de la greffe rénale.

## CRÉATIONS / TRANSFORMATIONS

### Traitement de l'Insuffisance rénale chronique par voie extrarénale (IRC)



## TABLEAU DES IMPLANTATIONS PAR ACTIVITÉ DE SOINS

Modalités de l'activité de soins	Calvados			Manche			Orne			Le Havre			Dieppe			Rouen-Elbeuf			Evreux-Vernon			Région Normandie		
	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel
Hémodialyse en centre	3	3	0	3	3	0	2	2	0	2	2	0	1	1	0	4	4	0	1	1	0	16	16	0
Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	4	5	+1	3	5	+2	2	2	0	2	3	+1	1	2	+1	4	4	0	2	3	+1	18	24	+6
Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée	3	3	0	5	5	0	3	3	0	2	2	0	3	3	0	4	4	0	3	3	0	23	23	0
Dialyse à domicile par hémodialyse	3	3	0	5	5	0	3	3	0	5	5	0	2	2	0	5	5	0	4	4	0	27	27	0
Dialyse à domicile par dialyse péritonéale	3	3	0	5	5	0	3	3	0	5	5	0	2	2	0	5	5	0	4	4	0	27	27	0

## ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION

### ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

La **loi n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique** a instauré la possibilité pour les couples de femmes et les femmes non mariées d'accéder à l'Assistance médicale à la procréation (AMP) en France.

Le décret n° 2021-1933 du 30 décembre 2021, a prévu deux nouvelles autorisations pour la réalisation d'activité d'AMP :

- Le « prélèvement d'ovocytes en vue de leur conservation pour la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12 » ;
- les « activités relatives à la conservation des gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12, comprenant notamment :
  - le recueil, la préparation et la conservation du sperme,
  - le recueil, la préparation et la conservation des ovocytes. »

Si la Normandie dispose d'**une offre d'AMP diversifiée**, l'ensemble des activités d'AMP étant disponible, celles-ci sont pour autant **inégalement réparties sur le territoire**. Les évolutions sociétales et les évolutions des conditions d'accès à l'AMP induites par la loi d'août 2021 ont accru la demande sur les centres actuellement autorisés, ce qui est **susceptible d'augmenter les délais de prise en charge**.

A l'échéance du Schéma régional de santé 2018-2023, la Normandie comporte :

- 5 centres clinico-biologiques pratiquant les inséminations artificielles et fécondation in vitro ;
  - CHU de Caen et CHU de Rouen,
  - Groupe Hospitalier du Havre,
  - Clinique Mathilde / Laboratoire Bio LBS à Rouen,
  - Polyclinique du Cotentin / Laboratoire Dynabio Unilabs à Équeurdreville,
- 3 laboratoires / centres réalisant la préparation du sperme en vue des inséminations artificielles ;
  - Laboratoire Biocarmes à Caen,
  - Laboratoire Cerballiance Normandie Ouest à Coutances,
  - CH Eure-Seine à Evreux.

Au niveau régional, les enjeux identifiés pour les 5 prochaines années seront d'**accompagner l'augmentation prévisible de la demande dans un contexte de ressources humaines en tension. L'information relative à la préservation de la fertilité dans les indications médicales** sera à renforcer via différents canaux et grâce à l'**appui des Dispositifs spécifiques régionaux (DSR) périnatalité et OncoNormandie**.



### Objectif 1

#### **Améliorer et garantir l'accès effectif à l'assistance médicale à la procréation conformément à la nouvelle loi de bioéthique de 2021**

- Accompagner le développement de l'activité en tenant compte des nouveaux parcours ;
- constituer une offre territoriale adaptée en premier recours, en s'appuyant sur les compétences des sages-femmes, médecins généralistes ainsi que des gynécologues afin de réaliser les examens de suivi et de prévention ainsi que les bilans préconceptionnels ;
- promouvoir le recrutement des candidats aux dons de gamètes et d'embryons.



### Objectif 2

#### **Accompagner l'activité de préservation de la fertilité dans les indications médicales**

- Soutenir le développement de la plateforme régionale de préservation de la fertilité sur indication médicale ;
- mieux faire connaître les besoins et l'offre normande auprès des professionnels et sensibiliser les patients.



### Objectif 3

#### **Développer une politique de prévention des causes de l'infertilité et accompagner la recherche**

## CRÉATIONS / TRANSFORMATIONS

Les structures réputées autorisées à pratiquer l'autoconservation sociétale par le décret n° 2021-1933 du 30 décembre 2021 pourront solliciter les autorisations pour les activités 1<sup>er</sup>f) et 2<sup>o</sup>h) du R. 2142-1 du code de la santé publique (prélèvement d'ovocytes et activités relatives à la conservation des gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation).

### Assistance médicale à la procréation

#### Zone d'implantation du Calvados

AMP clinique - Article R.2142-1, 1<sup>o</sup>, f<sup>o</sup> : pour le prélèvement d'ovocytes en vue de leur conservation pour la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12 :

+ 1 nouvelle implantation

AMP biologique - Article R.2142-1, 2<sup>o</sup>, a<sup>o</sup> : recueil, préparation et conservation du sperme en vue d'insémination artificielle :

+ 1 nouvelle implantation

AMP biologique - Article R.2142-1, 2<sup>o</sup>, h<sup>o</sup> : activités relatives à la conservation des gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12, comprenant notamment : le recueil, la préparation et la conservation du sperme ; la préparation et la conservation des ovocytes :

+ 1 nouvelle implantation

#### Zone d'implantation du Havre

AMP clinique - Article R.2142-1, 1<sup>o</sup>, f<sup>o</sup> : pour le prélèvement d'ovocytes en vue de leur conservation pour la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12 :

+ 1 nouvelle implantation

AMP biologique - Article R.2142-1, 2<sup>o</sup>, h<sup>o</sup> : activités relatives à la conservation des gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12, comprenant notamment : le recueil, la préparation et la conservation du sperme ; la préparation et la conservation des ovocytes :

+ 1 nouvelle implantation

#### Zone d'implantation de Rouen-Elbeuf

AMP clinique - Article R.2142-1, 1<sup>o</sup>, f<sup>o</sup> : pour le prélèvement d'ovocytes en vue de leur conservation pour la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12 :

+ 1 nouvelle implantation

AMP biologique - Article R.2142-1, 2<sup>o</sup>, h<sup>o</sup> : activités relatives à la conservation des gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12, comprenant notamment : le recueil, la préparation et la conservation du sperme ; la préparation et la conservation des ovocytes :

+ 1 nouvelle implantation

#### Zone d'implantation de l'Orne

AMP biologique - Article R.2142-1, 2<sup>o</sup>, a<sup>o</sup> : recueil, préparation et conservation du sperme en vue d'insémination artificielle :

+ 1 nouvelle implantation

## TABLEAU DES IMPLANTATIONS PAR ACTIVITÉ DE SOINS

Modalités de l'activité de soins	Calvados			Manche			Orne			Le Havre			Dieppe			Rouen-Elbeuf			Evreux-Vernon			Région Normandie		
	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel
<b>AMP CLINIQUE</b>																								
Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	5	5	0
Prélèvement de spermatozoïdes	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	4	4	0
Transfert des embryons en vue de leur implantation	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	5	5	0
Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0
Mise en œuvre de l'accueil des embryons	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0
Prélèvement d'ovocytes en vue de leur conservation pour la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12*	0	1	+1	0	0	0	0	0	0	0	1	+1	0	0	0	0	1	+1	0	0	0	0	3	+3

Modalités de l'activité de soins	Calvados			Manche			Orne			Le Havre			Dieppe			Rouen-Elbeuf			Evreux-Vernon			Région Normandie		
	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel
<b>AMP BIOLOGIQUE</b>																								
Recueil, préparation et conservation du sperme en vue d'insémination artificielle	2	3	+1	2	2	0	0	1	+1	1	1	0	0	0	0	2	2	0	1	1	0	8	10	+2
Activités relatives à la FIV sans ou avec micro-manipulation	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	5	5	0
Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0
Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0
Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	4	4	0
Conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'article L. 2141-4	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	5	5	0

Modalités de l'activité de soins	Calvados			Manche			Orne			Le Havre			Dieppe			Rouen-Elbeuf			Evreux-Vernon			Région Normandie		
	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel
<b>AMP BIOLOGIQUE</b>																								
Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0
Activités relatives à la conservation des gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12*	0	1	+1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	3	+3

\*Réputés autorisés par l'article 7 du Décret n° 2021-1933 du 30 décembre 2021 fixant les modalités d'autorisation des activités d'autoconservation des gamètes pour raisons non médicales en application de l'article L. 2141-12 du code de la santé publique

## DÉPISTAGE ET DIAGNOSTIC PRÉNATAUX

### ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

Sur la région, **3 centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal** sont en activité : CHU de Rouen, CHU de Caen et Groupe Hospitalier du Havre.

**5 laboratoires sont actuellement autorisés pour le dosage des marqueurs sériques maternels** : CHU de Caen, CHU de Rouen, LBM Cerballiance Normandie Ouest à Saint-Lô, le GHH et LBM Biocéane au Havre. Sur la période du Schéma régional de santé 2018-2023, le CHU de Rouen a été autorisé pour l'activité « Examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel ».

En 2020, 3,88 % des femmes / couples ont été pris en charge en Normandie contre 4,82 % sur la France entière.

Malgré une activité légèrement inférieure à la moyenne nationale, le maillage régional sur les champs diagnostics comme biologiques, apparaît adapté aux besoins. Sur la période du PRS 2023/2028, les enjeux régionaux porteront donc sur la **préservation de ce maillage, l'appui à sa modernisation et le renforcement de l'accès à l'offre existante.**

### OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS



#### Objectif 1

##### **Organiser l'accès à un diagnostic prénatal de qualité pour toutes les femmes enceintes le souhaitant**

- Accompagner le développement des coopérations formalisées entre laboratoires, réseaux de périnatalité et prescripteurs (y compris hors région) pour garantir la continuité clinico-biologique de l'activité ;
- poursuivre, en lien avec le réseau de périnatalité, le déploiement du maillage territorial en échographistes agréés dans le cadre du dépistage combiné du 1<sup>er</sup> trimestre de la trisomie 21 ;
- soutenir l'offre de formation en conseillers en génétique et médecins généticiens,
- orienter les femmes enceintes si besoin vers un établissement autorisé pour l'activité de diagnostic préimplantatoire.



#### Objectif 2

##### **Accompagner les évolutions techniques, en particulier le séquençage à haut débit du génome humain**

- Organiser l'accès aux nouvelles techniques dont les techniques basées sur l'ADN fœtal circulant dans le sang maternel à la fois pour le dépistage chromosomique et le diagnostic des maladies monogéniques ;
- soutenir le rapprochement entre l'offre de diagnostic prénatal et de génétique post-natale afin de faciliter la continuité de la prise en charge des patients et de créer des plateaux techniques performants pour garantir l'accès aux techniques innovantes et optimiser les liens avec la recherche fondamentale.



### Objectif 3

#### **Accompagner les établissements et les soignants pour que le dépistage prénatal soit accessible en tout point de la Normandie**

- Harmoniser l'accès aux analyses sur l'ensemble des territoires de la région Normandie, par complémentarité entre les sites autorisés en région ou hors par externalisation le cas échéant ;
- développer des outils informatiques permettant une fiabilisation et une amélioration de la qualité et de l'exhaustivité des données mais également une interopérabilité accrue.



### Objectif 4

#### **Favoriser les coopérations entre les 3 centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal normands**

- Avec le concours des réseaux de périnatalité, organiser le partage d'information, la concertation sur les cas complexes et la rédaction de procédures communes.

## **CRÉATIONS / TRANSFORMATIONS**

---

Il n'est pas prévu de création ou de transformation pour cette activité de soins.

**TABLEAU DES IMPLANTATIONS PAR ACTIVITÉ DE SOINS**

Mentions de l'activité de soins		Calvados			Manche			Orne			Le Havre			Dieppe			Rouen-Elbeuf			Evreux-Vernon			Région Normandie		
		Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel			
Examens de biologie médicale permettant d'évaluer le risque pour l'embryon ou le fœtus	Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	1	1	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	5	5	0
	Examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0
Examens de biologie médicale à visée diagnostique	Examens de cytogénétique	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0
	Examens de génétique moléculaire	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0
	Examens de biochimie fœtale à visée diagnostique	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0
	Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0

## TRAITEMENT DU CANCER

### ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

En 2021, la région comptabilise 19 197 nouveaux cas de cancers (soit 5 % des nouveaux cas en France). En comparaison à la moyenne nationale, cette **incidence est modérée, inférieure chez les femmes (-1 %) mais supérieure chez les hommes (+2 %)**. En revanche, la Normandie fait face à une mortalité plus importante, tant chez les hommes (+9 %) que chez les femmes (+4 %) par rapport à la moyenne française. Le cancer est la cause de 29 % des décès en région (soit 8 781).

Les cancers les plus fréquents (cumulant plus de 50 % des nouveaux cas) sont les **cancers du sein, de la prostate, du poumon et colorectal**. Toutefois, la région est impactée, en sus, par une surmortalité d'autres cancers chez la femme [mélanome (+ 23 %) et estomac (+ 17 %)] et chez l'homme [œsophage (+ 28 %) et testicule (+ 22 %)]. **Les cancers de mauvais pronostic (poumon, foie, pancréas, estomac, système nerveux central, œsophage) sont supérieurs à la moyenne nationale** (23,2 % contre 22 %).

A l'échelle régionale, sont constatées une prévalence du **tabagisme quotidien** et une **consommation d'alcool chez les jeunes populations, supérieure à la moyenne nationale**, tout comme la prévalence de la surcharge pondérale, tant chez les hommes comme chez les femmes. Ces facteurs de risque peuvent expliquer la sur-incidence des cancers de l'œsophage, de la lèvre-bouche-pharynx, du poumon, et du foie chez l'homme. Concernant la surmortalité des cancers gynécologiques (sein, ovaire, col et corps de l'utérus) chez la femme, la question d'un diagnostic plus tardif de ces cancers est un enjeu.

**La Normandie s'est dotée, dans le cadre de la stratégie nationale décennale de lutte contre les cancers, d'une feuille de route 2022-2025.** La lutte contre les cancers colorectaux, de la prostate, du poumon et de mauvais pronostic y sont identifiés au titre des priorités régionales.

En 2021, 46 établissements sont autorisés au traitement du cancer en Normandie, selon les trois modalités de prise en charge :

- 9 en radiothérapie ;
- 25 en chimiothérapie ;
- 36 en chirurgie.

La **densité médicale en région est moins favorable** que la moyenne nationale pour une grande partie des professionnels de santé intervenant dans le traitement du cancer. Les départements de l'Eure, de l'Orne et de la Manche sont particulièrement impactés.

Les conditions d'implantation et de fonctionnement des établissements autorisés à la prise en charge des cancers ont été réformées en 2022. Cette réforme propose le nouveau modèle suivant :

- **La chirurgie oncologique** : l'organisation de l'offre repose sur une plus grande concentration des opérateurs sur la base des preuves scientifiques réunies par l'INCa liant fréquence de la pratique et succès des interventions, avec l'objectif de renforcer les centres autorisés tout en préservant l'accessibilité de l'offre par un maillage diagnostique et clinique en proximité. En droit des autorisations, trois mentions sont prévues :
  - mention A : les établissements sont autorisés pour la prise en charge chirurgicale des cancers selon six localisations de tumeurs, auxquelles s'ajoutent une nouvelle modalité de chirurgie indifférenciée [os, tissus mous, ophtalmologique, thyroïde (pour les actes limités à cette chirurgie hors autorisation ORL), dermatologiques (hors petites chirurgies réalisées en cabinet libéral de ville et consultations externes à l'hôpital)]. De nouveaux seuils minimaux d'activité sont exigés ;
  - mention B : sont autorisés en mention B les établissements assurant en sus de la mention A, une mission de recours ainsi que la chirurgie complexe multiviscérale ou multidisciplinaire ou de la récurrence des tumeurs malignes chez l'adulte ou la chirurgie oncologique en zone irradiée. Le cas échéant, le titulaire d'autorisation de chirurgie oncologique viscérale et digestive ou gynécologique peut solliciter l'octroi d'une autorisation relative à une pratique thérapeutique spécifique d'organe prévue à l'article R6123-87-1.

L'autorisation en mention B suppose l'organisation de RCP de recours.

- mention C : sont autorisés en mention C les établissements prenant en charge les enfants et adolescents de moins de 18 ans.

Le contrôle annuel des seuils minimaux d'activité, posé par la réforme des autorisations, repose sur le PMSI et s'effectue par site géographique autorisé.

- **La radiothérapie externe et curiethérapie :**

- mention A : traitements de radiothérapie chez l'adulte ;
- mention B : curiethérapie ;
- mention C : en sus des traitements de radiothérapie externe ou de curiethérapie chez l'adulte, enfants et adolescents de -18 ans.

- **Le traitements médicamenteux systémiques du cancer (TMSC) :** chimiothérapie, thérapies ciblées, immunothérapie, médicaments de thérapie innovante :

- mention A : TMSC chez l'adulte, hors chimiothérapies intensives citées en mention B ;
- mention B : TMSC chez l'adulte et chimiothérapies intensives entraînant une aplasie prévisible de plus de 8 jours ;
- mention C : TMSC chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans.



### Objectif 1

#### **Assurer aux patients une offre de soins en cancérologie graduée en conciliant la proximité, le choix du patient, la pertinence et la sécurité des soins**

- Simplifier et rationaliser l'organisation territoriale des centres de coordination en cancérologie en Normandie ;
- redéfinir le maillage territorial des établissements autorisés au traitement du cancer et favoriser les coopérations territoriales pour créer des conditions d'atteinte des seuils pour les futurs établissements autorisés ;
- permettre aux patients normands de bénéficier d'un traitement médicamenteux systémique au plus près de leur lieu de vie grâce à la complémentarité entre établissements autorisés et établissements associés ;
- accompagner le développement de l'administration des thérapeutiques (voie orale ou injectable) au domicile du patient, notamment en développant le recours à l'Hospitalisation à domicile (HAD) ;
- conforter l'organisation régionale de traitement du cancer pédiatrique (autour des établissements de recours et du dispositif régional permettant la réalisation de soins au plus près du lieu de vie de l'enfant).



### Objectif 2

#### **Organiser la continuité de la prise en charge aux différentes étapes de la maladie et favoriser l'accès à l'innovation**

- Améliorer l'accès aux examens diagnostic d'imagerie (IRM, TEP SCAN, endoscopie...) en développant l'offre diagnostic de proximité ;
- favoriser l'inclusion de patients normands dans les essais cliniques et leur accès aux molécules innovantes et aux thérapies ciblées sur les anomalies moléculaires ;
- développer les protocoles de coopération entre professionnels et la pratique avancée en soins infirmiers.



### Objectif 3

#### **Améliorer et anticiper l'accès à des soins oncologiques de support au plus près du lieu de vie**

- Renforcer le maillage territorial pour l'accès aux soins de support ;
- structurer l'organisation régionale de prise en charge des douleurs et densifier l'offre de soins palliatifs ;
- structurer l'organisation régionale en matière de suivi à long terme des adultes ayant présenté un cancer dans l'enfance ou l'adolescence.

## CRÉATIONS / TRANSFORMATIONS

La mention C de radiothérapie recouvre de facto les mentions A et B.

### Traitement du Cancer

#### Zone d'implantation du Calvados

- TMSC mention A :  
 - 1 implantation par transformation en mention B
- TMSC mention B :  
 + 1 nouvelle implantation
- Radiothérapie chez l'adulte :  
 - 2 nouvelles implantations par transformation en mention C
- Curiethérapie :  
 - 1 nouvelle implantation
- En sus de l'adulte, radiothérapie et curiethérapie chez l'enfant :  
 + 2 nouvelles implantations
- Chirurgie des cancers :  
 Digestif et viscéral :  
 - 0 à -3 nouvelles implantations
- ORL :  
 + 1 nouvelle implantation
- Urologique :  
 + 0 à -1 nouvelle implantation
- Indifférencié (nouvelle pratique thérapeutique spécifique) :  
 + 8 nouvelles implantations
- Pédiatrique (nouvelle mention) :  
 + 1 nouvelle implantation

#### Zone d'implantation du Havre

- Chirurgie des cancers :  
 Digestif et viscéral :  
 - 0 à -2 nouvelles implantations
- ORL :  
 - 0 à -1 nouvelle implantation
- Gynécologique :  
 - 0 à -2 nouvelles implantations
- Indifférencié (nouvelle pratique thérapeutique spécifique) :  
 + 5 nouvelles implantations

#### Zone d'implantation de Dieppe

- Chirurgie des cancers :  
 Digestif et viscéral :  
 - 0 à -1 nouvelle implantation
- Gynécologique :  
 - 1 à -2 nouvelles implantations
- Mammaires :  
 - 0 à -1 nouvelle implantation
- Indifférencié (nouvelle pratique thérapeutique spécifique) :  
 + 2 nouvelles implantations

#### Zone d'implantation de Rouen-Elbeuf

- TMSC mention A :  
 - de -2 à -3 implantations par transformation en mention B
- TMSC mention B :  
 + de +1 à +2 nouvelles implantations
- Chirurgie des cancers :  
 ORL :  
 - 0 à -1 nouvelle implantation
- Urologique :  
 + 1 nouvelle implantation
- Gynécologique :  
 - 0 à -1 nouvelle implantation
- Mammaires :  
 - 0 à -2 nouvelles implantations
- Indifférencié (nouvelle pratique thérapeutique spécifique) :  
 + 8 nouvelles implantations
- Pédiatrique (nouvelle mention) :  
 + 1 nouvelle implantation

#### Zone d'implantation de la Manche

- Chirurgie des cancers :  
 Digestif et viscéral :  
 - 0 à -1 nouvelle implantation
- ORL :  
 - 1 à -2 nouvelles implantations
- Urologique :  
 - 0 à -1 nouvelle implantation
- Gynécologique :  
 - 0 à -1 nouvelle implantation
- Mammaires :  
 - 0 à -1 nouvelle implantation
- Indifférencié (nouvelle pratique thérapeutique spécifique) :  
 + 6 nouvelles implantations

#### Zone d'implantation de l'Orne

- Chirurgie des cancers :  
 Digestif et viscéral :  
 - 0 à -1 nouvelle implantation
- Gynécologique :  
 - 0 à -1 nouvelle implantation
- Indifférencié (nouvelle pratique thérapeutique spécifique) :  
 + 4 nouvelles implantations

#### Zone d'implantation d'Evreux-Vernon

- Chirurgie des cancers :  
 Thoracique :  
 + 1 nouvelle implantation
- Gynécologique :  
 - 0 à -1 nouvelle implantation
- Indifférencié (nouvelle pratique thérapeutique spécifique) :  
 + 2 nouvelles implantations



214

Projet régional de santé 2023-2028

## TABLEAU DES IMPLANTATIONS PAR ACTIVITÉ DE SOINS

Formes de l'activité de soins	Calvados			Manche			Orne			Le Havre			Dieppe			Rouen-Elbeuf			Evreux-Vernon			Région Normandie		
	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel
	<b>TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX SYSTEMIQUES DU CANCER</b>																							
TMSC chez l'adulte hors chimiothérapies intensives (mention A)*	5	4	-1	4	4	0	2	2	0	3	3	0	2	2	0	7	5 à 4	-2 à -3	2	2	0	25	22 à 21	-4 à -3
TMSC chez l'adulte et chimiothérapies intensives (mention B)	0	1	+1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 à 2	+1 à +2	0	0	0	0	2 à 3	+2 à +3
TMSC chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans (mention C)*	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0

\*Ancienne autorisation pratique thérapeutique chimiothérapie

Formes de l'activité de soins	Calvados			Manche			Orne			Le Havre			Dieppe			Rouen-Elbeuf			Evreux-Vernon			Région Normandie		
	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel
	<b>RADIOThÉRAPIE ET CURIETHERAPIE</b>																							
Radiothérapie chez l'adulte (mention A)*	3	1	-2	2	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0	1	1	0	9	7	-2
Curiethérapie (mention B)*	1	0	-1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	1	-1
En sus de l'adulte, radiothérapie et curiethérapie chez l'enfant (mention C)**	0	2	+2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	+2

\*Ancienne autorisation pratique thérapeutique radiothérapie et curiethérapie

\*\*Nouvelle mention incluant de facto les autorisations des mentions A et B auxquelles s'ajoute l'activité pédiatrique

Formes de l'activité de soins	Calvados			Manche			Orne			Le Havre			Dieppe			Rouen-Elbeuf			Evreux-Vernon			Région Normandie		
	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel
<b>CHIRURGIE DES CANCERS</b>																								
Chirurgie des cancers digestifs et viscéraux (1)*	9	9 à 6	0 à -3	6	6 à 5	0 à -1	4	4 à 3	0 à -1	5	5 à 3	0 à -2	2	2 à 1	0 à -1	6	6	0	2	2	0	34	34 à 26	0 à -8
Dont mention A1		4 à 1			2 à 1			2 à 1			3 à 1			2 à 1			1			1			15 à 7	
Dont mention B1		5			4			2			2			0			5			1			19	
Chirurgie des cancers thoraciques (2)*	1	1	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	2	2	0	0	1	+1	6	7	+1
Dont mention A2		0			1			0			1			0			1			1			4	
Dont mention B2		1			0			0			1			0			1			0			3	
Chirurgie des cancers ORL (3)*	3	4	+1	3	2 à 1	-1 à -2	2	2	0	3	3 à 2	0 à -1	1	1	0	7	7 à 6	0 à -1	1	1	0	20	20 à 17	0 à -3
Dont mention A3		2			2 à 1			2			3 à 2			1			4			1			15 à 13	
Dont mention B3		2			0			0			0			0			3 à 2			0			5 à 4	
Chirurgie des cancers urologiques (4)*	5	5 à 4	0 à -1	4	4 à 3	0 à -1	1	1	0	3	3	0	2	2	0	5	6	+1	2	2	0	22	22 à 21	-1
Mention A4		2 à 1			3 à 2			1			2			2			3			2			15 à 13	
Mention B4		3			1			0			1			0			3			0			8	

Formes de l'activité de soins	Calvados			Manche			Orne			Le Havre			Dieppe			Rouen-Elbeuf			Evreux-Vernon			Région Normandie			
	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	
<b>CHIRURGIE DES CANCERS</b>																									
Chirurgie des cancers gynécologiques (5)*	3	3	0	2	2 à 1	0 à -1	1	1 à 0	0 à -1	3	3 à 1	0 à -2	2	1 à 0	-1 à -2	5	5 à 4	0 à -1	1	1 à 0	0 à -1	17	16 à 9	-1 à -7	
Dont mention A5		0		2	2 à 1			1 à 0			3	3 à 1		1	1 à 0		3	3 à 2		1	1 à 0		11	11 à 4	
Dont mention B5		3		0				0			0			0			2			0			5		
Chirurgie des cancers mammaires (A6)*	5	5	0	4	4 à 3	0 à -1	1	1	0	3	3	0	2	2 à 1	0 à -1	6	6 à 4	0 à -2	2	2	0	23	23 à 19	0 à -4	
Chirurgie indifférenciée (A7)*		8	+8	6		+6		4	+4		5	+5		2	+2		8	+8		2	+2		35	+35	
Chirurgie des cancers pédiatriques (C)*		1	+1	0		0		0			0	0		0	0		1	+1		0	0		2	+2	

La région Normandie est l'une des trois régions françaises à proposer une offre de pronthérapie. Cette activité nécessite la détention de deux autorisations croisées : radiothérapie et cyclotron.

Type d'EML	Calvados			Manche			Orne			Le Havre			Dieppe			Rouen-Elbeuf			Evreux-Vernon			Région Normandie			
	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	
Cyclotron	Implantations EML																								
	Appareil	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	

## EXAMEN DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES D'UNE PERSONNE OU IDENTIFICATION D'UNE PERSONNE PAR EMPREINTES GÉNÉTIQUES À DES FINS MÉDICALES

### ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

L'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales consiste à **analyser ses caractéristiques génétiques héritées ou acquises à un stade précoce du développement prénatal**.

Il a pour objet :

- soit de poser, de confirmer ou d'infirmier 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 d'adapter la prise en charge médicale d'une personne selon ses caractéristiques génétiques.

Il se distingue de l'examen des caractéristiques génétiques somatiques (génétique des cancers, anomalie génétique acquise) et de la génétique prénatale abordée dans la maquette diagnostic prénatal du présent PRS. Toutefois, il existe des liens forts entre ces différentes disciplines puisque la génétique constitutionnelle postnatale peut conduire à la mise au point et à l'éventuelle réalisation de nouveaux examens en diagnostic prénatal ; de même la génétique somatique peut conduire à la recherche de prédispositions à certains cancers et donc, à de nouveaux examens en génétique constitutionnelle.

Les principales analyses utilisées sont celles de **cytogénétique**, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire et les analyses de génétique moléculaire.

#### ▪ La génétique clinique

**L'activité de consultation de génétique connaît une montée en charge régulière, à destination des enfants comme des adultes.** Cette croissance est liée en partie à l'augmentation des prises en charge en procréation médicalement assistée. Ces consultations ont des objectifs diagnostiques, de conseil génétique, de diagnostic pré-symptomatique et de coordination des soins dans le domaine des maladies rares ou des prédispositions génétiques aux cancers. L'offre de génétique clinique est confrontée à plusieurs défis en Normandie :

- allongement des délais de consultation ;
- démographie difficile de médecins généticiens cliniciens ;
- coordination imparfaite des professionnels ;
- liens croissants entre la génétique clinique et biologique, pharmacogénétique et oncogénétique à visée théranostique.

#### ▪ Les analyses biologiques de cytogénétique et de génétique moléculaire

Trois laboratoires d'établissement de santé sont actuellement autorisés à réaliser le versant biologique de l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales : les laboratoires du CHU de Rouen, du CHU de Caen et du CLCC François Baclesse.

Chacun de ces trois laboratoires dispose d'une plateforme de séquençage à haut débit.

**Les techniques d'analyse du génome évoluent rapidement**, ouvrant sur des possibilités diagnostiques plus nombreuses avec les conséquences directes sur le besoin en conseil génétique et sur le nombre de **réunions de concertations pluridisciplinaires pré et post-test**.

Les laboratoires et les généticiens normands sont également fortement impliqués dans les travaux du plan France médecine génomique 2025.



### Objectif 1

**Améliorer l'accès aux consultations de génétique, notamment en déployant des consultations avancées dans les établissements non autorisés**



### Objectif 2

**Structurer et graduer l'organisation de l'offre d'examen de génétique**

- Développer les coopérations entre établissements et laboratoires ;
- fluidifier les parcours patients en communiquant sur les lieux de prélèvement et les lieux et délais d'analyse des échantillons ;
- construire avec les professionnels de santé et les associations de patients des parcours par type de recours à la génétique et porter l'information auprès des professionnels, des Dispositifs d'appui à la coordination (DAC) et du public ;
- favoriser la consultation par les patients et les professionnels de santé de la Plateforme d'Expertise maladies rares ;
- former les cliniciens d'autres disciplines ou d'autres centres de référence à la prescription des examens génétiques de première ligne et à la médecine génomique.



### Objectif 3

**Accompagner l'innovation en génétique**

- Faire évoluer les techniques d'analyse du génome ouvrant sur des possibilités diagnostiques plus nombreuses ;
- augmenter l'activité oncogénétique théranostique ;
- accroître l'implication des acteurs régionaux dans l'analyse des séquençages de génome prévu par le plan France médecine génomique 2025.

## CRÉATIONS / TRANSFORMATIONS

Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales

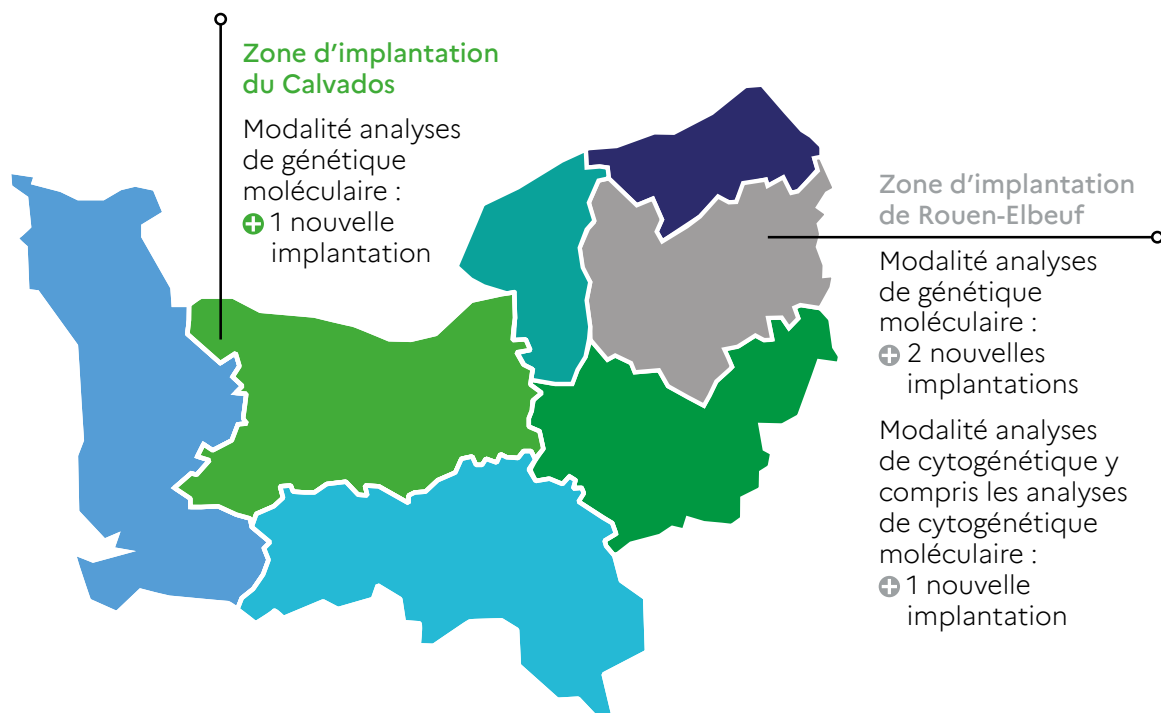


TABLEAU DES IMPLANTATIONS PAR ACTIVITÉ DE SOINS

Modalités de l'activité de soins	Calvados			Manche			Orne			Le Havre			Dieppe			Rouen-Elbeuf			Evreux-Vernon			Région Normandie		
	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel
Les analyses de cytogénétique y compris les analyses de cytogénétique moléculaire	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	+1	0	0	0	2	3	+1
Les analyses de génétique moléculaire	2	3	+1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	+2	0	0	0	3	6	+3

## HOSPITALISATION À DOMICILE

### ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

L'Hospitalisation à domicile (HAD) assure au sein du **lieu de vie de la personne** (domicile ou établissement social ou médico-social) une **prise en charge médicale, soignante et psycho-sociale coordonnée de niveau hospitalier**.

L'offre de soins d'hospitalisation à domicile est présente sur tout le territoire normand avec 22 HAD (21 polyvalentes et 1 en néonatalogie). En 2022, la Normandie présente un taux de recours de 18,9 patients par jour pour 100 000 habitants, ce qui la place au 15<sup>e</sup> rang sur 17 à l'échelle nationale. **La Normandie accuse donc un retard sur le recours à ce mode d'hospitalisation**, possiblement du fait du nombre élevé de titulaires d'autorisations rapportés à la population, ce qui aboutit en moyenne à des **HAD de petite taille** en difficulté pour faire face à la continuité, à la permanence et à la réactivité des soins. La taille et la dynamique des HAD présentes sur les territoires de la région sont très inégales.

Depuis un décret du 31 décembre 2021, l'HAD est désormais, en terme de droit des autorisations, une activité de soins (R. 6123-141) à part entière, soumise à objectif quantifié, et qui se décompose en une mention socle obligatoire (équivalent aux HAD polyvalentes) et 3 mentions spécialisées :

- réadaptation ;
- enfant de moins de 3 ans ;
- ante et post-partum.

Alors que les établissements de santé sont confrontés de plus en plus fréquemment à une saturation de leurs capacités d'hospitalisation et à un manque de solutions pour organiser la sortie des patients à l'issue de leur prise en charge aiguë en milieu hospitalier, **l'enjeu du développement de l'HAD en Normandie est majeur**. La feuille de route régionale est venue identifier plusieurs points d'amélioration.

Le décret du 31 décembre 2021 implique la délivrance de nouvelles autorisations au titre des nouvelles mentions créées. Les autorisations d'implantation prévues au Projet régional de santé 2023-2028 visent à **favoriser l'émergence d'HAD de plus grande taille** pour en améliorer l'efficacité et le recours. L'objectif est de faciliter l'atteinte de seuils minimaux d'activité, en deçà desquels l'organisation de la continuité des soins est plus difficile.

A l'occasion du renouvellement d'autorisations des HAD existantes, et pour stimuler cette activité dans les territoires les plus denses, l'ARS souhaite par ailleurs ouvrir la **possibilité d'une couverture multi-HAD des territoires des plus grandes agglomérations urbaines** (Caen, Le Havre et Rouen) pour la mention socle, afin de mieux prévenir les épisodes de saturation des opérateurs existants.

## OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS

---



### Objectif 1

Favoriser le regroupement d'Hospitalisation à domicile (HAD) pour améliorer la solidité et la réactivité des organisations, et in fine augmenter le taux de recours régional



### Objectif 2

Organiser le maillage territorial de l'HAD en favorisant les coopérations afin d'harmoniser les pratiques et mutualiser la charge de la continuité H24 de la couverture médicale



### Objectif 3

Diversifier l'offre de soins en HAD sur l'ensemble du territoire (transfusion sanguine, traitements du cancer, prises en charge pédiatriques...)



### Objectif 4

Renforcer la coopération HAD / ESMS et professionnels de ville en perfectionnant le dispositif évaluations anticipées et en développant l'activité de soins palliatifs en lien avec les acteurs de la filière soins palliatifs



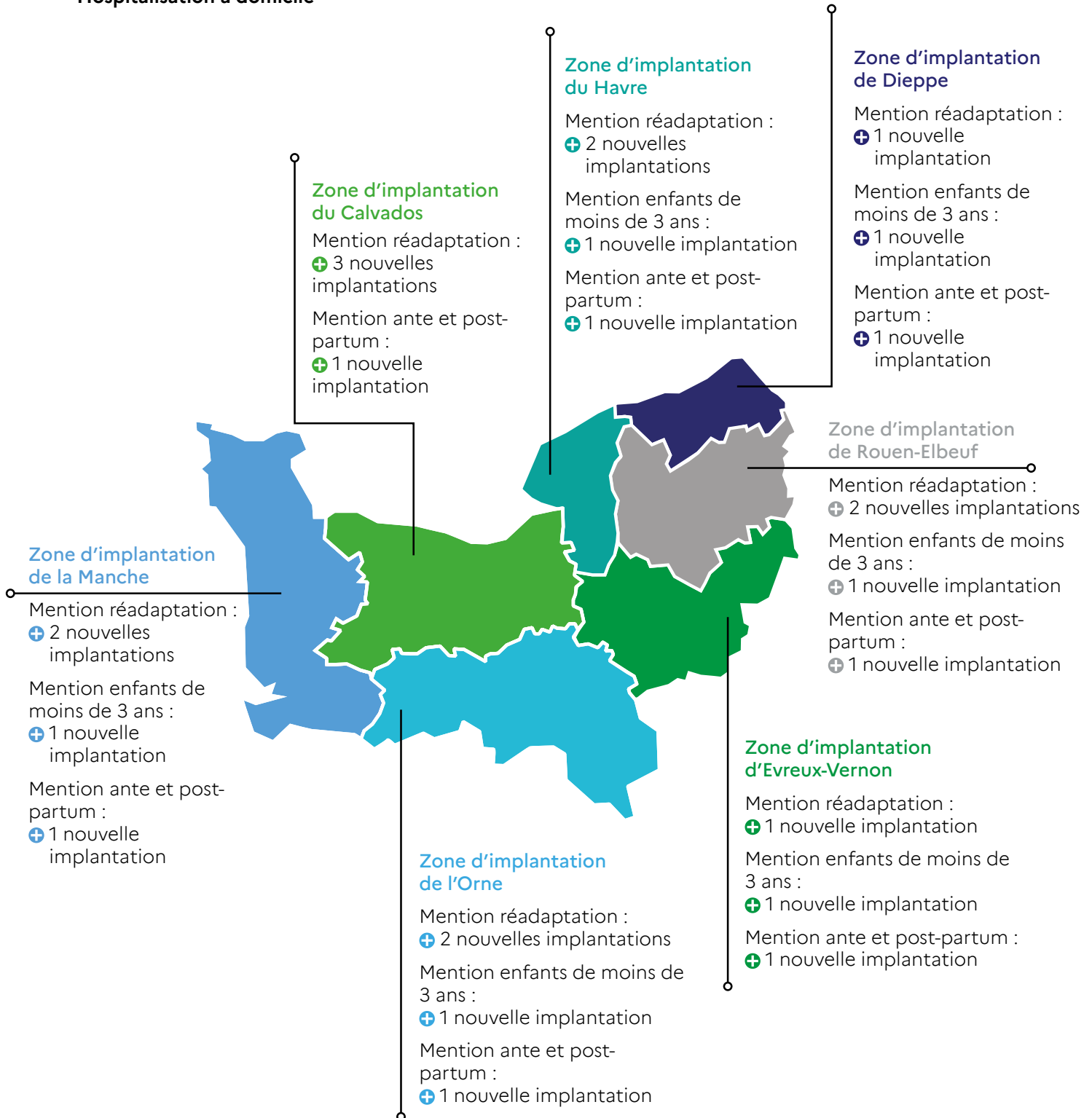
### Objectif 5

Structurer la filière HAD en offrant un maillage territorial visible et lisible de tous, tant sur la mention socle que sur les mentions réadaptation, enfants de moins de 3 ans et ante / post partum, en privilégiant une réflexion collégiale et une organisation coopérative

## CRÉATIONS / TRANSFORMATIONS

L'autorisation d'hospitalisation à domicile comportant l'une des mentions prévues aux 2°, 3° ou 4° de l'article R. 6123-141 ne peut être accordée que si le titulaire dispose d'une autorisation d'hospitalisation à domicile comportant la mention "socle" ou obtient concomitamment une telle autorisation, sauf dérogations prévues à l'article 3 du décret n° 2021-1954 du 31 décembre 2021.

### Hospitalisation à domicile



## TABLEAU DES IMPLANTATIONS PAR ACTIVITÉ DE SOINS

Forme de l'activité de soins	Calvados			Manche			Orne			Le Havre			Dieppe			Rouen-Elbeuf			Evreux-Vernon			Région Normandie		
	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel
<b>Socle</b>	6	6	0	3	3	0	3	3	0	3	3	0	1	1	0	3	3	0	2	2	0	21	21	0
Réadaptation	0	3	+3	0	2	+2	0	2	+2	0	2	+2	0	1	+1	0	2	+2	0	1	+1	0	13	+13
Enfants de moins de 3 ans	1	1	0	0	1	+1	0	1	+1	0	1	+1	0	1	+1	0	1	+1	0	1	+1	1	7	+6
Ante et post partum	0	1	+1	0	1	+1	0	1	+1	0	1	+1	0	1	+1	0	1	+1	0	1	+1	0	7	+7

## RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

### ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

L'activité de radiologie interventionnelle comprend l'ensemble des **actes médicaux à but diagnostique ou thérapeutique réalisés avec guidage et contrôle de l'imagerie médicale par accès percutané, transorificiel, transpariétal ou intraluminal**, portant sur une ou plusieurs cibles inaccessibles dans des conditions de qualité et de sécurité satisfaisantes sans utiliser un moyen de guidage par imagerie.

Elle se décline en 4 mentions de gradation progressive, tenant compte du niveau de risque liés aux gestes, de leur complexité et des besoins en plateaux techniques pour les réaliser :

- mention A : elle comprend les actes de radiologie interventionnelle par voie endo-veineuse, y compris pour pose de voies d'abord, ainsi que les actes percutanés et par voie transorificielle suivants : infiltrations profondes, ponctions, biopsies et drainages d'organes intra-thoraciques, intra-abdominaux ou intra-pelviens ;
- mention B : elle comprend en sus des actes de la mention A les actes de radiologie interventionnelle par voie endo-veineuse profonde et endo-artérielle, ainsi que les autres actes de radiologie interventionnelle par voie percutanée ou transorificielle ;
- mention C : elle comprend en sus des actes de la mention B les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques du cancer par voie percutanée et par voie transorificielle, ainsi que les actes thérapeutiques du cancer par voie endoveineuse et endoartérielle ;
- mention D : elle comprend l'ensemble des actes énoncés précédemment, élargis aux actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques relatifs à la prise en charge en urgence de l'hémostase des pathologies vasculaires et viscérales hors circulation intracrânienne, dont ceux requérant un plateau de soins critiques.

La radiologie interventionnelle, au sens réglementaire d'activité de soins soumise à autorisation et au respect de conditions techniques de fonctionnement précises, est une **activité en voie de développement**, qui peut représenter dans certaines indications une **alternative à la chirurgie, moins invasive**, conduisant à une récupération plus rapide, une hospitalisation plus courte, moins de douleurs et de complications en post-opératoire.

Au-delà des **problématiques de démographie des radiologues**, son développement se heurte également à des **ressources régionales en manipulateur d'électroradiologie médicale limitées**. Si la mention A doit permettre un accès large à des gestes courants, la mention D, du fait de la technicité des actes concernés, a vocation à être mise en œuvre dans les seuls établissements ayant la capacité à assurer une permanence des soins continue et qui disposent de capacités de réanimation.

## CRÉATIONS / TRANSFORMATIONS

Sont éligibles à une autorisation :

- en mention A : les établissements de santé et centres d'imagerie disposant d'un scanographe à utilisation médicale ;
- en mention B : les établissements de santé avec unité de surveillance continue ;
- en mention C : les établissements de santé avec une activité de traitement du cancer développée ;
- en mention D : les établissements avec une unité de réanimation.

### Radiologie interventionnelle



## TABLEAU DES IMPLANTATIONS PAR ACTIVITÉ DE SOINS

Forme de l'activité de soins	Calvados			Manche			Orne			Le Havre			Dieppe			Rouen-Elbeuf			Eureux-Vernon			Région Normandie		
	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel
<b>Mention A</b>		3 à 7			2 à 5			2 à 3			1 à 5			1 à 2			4 à 8			2 à 4			15 à 34	
<b>Mention B</b>		0 à 4			0 à 5			0 à 4			0 à 3			0 à 2			0 à 5			0 à 3			0 à 26	
<b>Mention C</b>		4			5			3			3			1			6			3			25	
<b>Mention D</b>		1			0			0			0			0			1			0			2	

## IMAGERIE DIAGNOSTIQUE

### ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

L'autorisation d'imagerie diagnostique concerne **l'implantation des scanographes à utilisation médicale (scanners) et appareils d'imagerie par résonance magnétique nucléaire (IRM) à utilisation diagnostique.**

La Normandie comptabilise, au 1<sup>er</sup> janvier 2023, 75 scanographes et 66 appareils d'IRM, soit 141 appareils d'imagerie diagnostique autorisés. 3 scanographes et 2 appareils d'IRM bien qu'autorisés, ne sont pas installés à date. 11 nouvelles autorisations d'implantation ont été accordées en 2021.

L'autorisation permettra dès 2024 aux porteurs actuels d'installer sans limitation relative aux implantations et sans formalisme juridique particulier jusqu'à 3 appareils. Cette possibilité permettrait potentiellement d'étoffer l'offre normande à hauteur de + 267 équipements (soit une augmentation de 47 % du parc). Compte tenu de cette offre supplémentaire, les besoins d'implantations nouvelles devraient être limités. Une attention particulière sera portée aux demandes d'implantations nouvelles de nature à renforcer les plateaux techniques de proximité, dans une logique de confortement de l'offre diagnostique en proximité, particulièrement dans les établissements autorisés à l'activité Structures d'urgence (SU) et non dotés, et dans les territoires dépourvus d'offre imagerie en coupe dont les délais d'accès en temps sont supérieurs à la moyenne régionale.

La démographie défavorable des radiologues se traduit par une sous-utilisation chronique de certains équipements. Elle pose d'importantes difficultés sur le temps de la permanence des soins. La spécialité est également confrontée à des difficultés sur les effectifs de manipulateurs en électroradiologie médicale.

Il en résulte dans certains centres ou établissements un recours croissant à la télé radiologie, au-delà du cadre réglementaire qui impose une part de télé-radiologie minoritaire dans le temps d'utilisation machine hors Permanence des soins (PDS).

La mutualisation des compétences radiologiques entre plusieurs centres, et entre centres publics et privés, par exemple par le développement des plateaux d'imagerie médicale mutualisés constitue un enjeu majeur pour garantir une interprétation de qualité et d'égal accès.

Enfin le **développement de l'utilisation de l'intelligence artificielle** constitue un enjeu majeur de qualité et de capacité d'accompagnement de la hausse de la demande.

## OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS

---



### Objectif 1

Favoriser l'accès en proximité à une offre d'imagerie en coupe, dans une logique de confortement de l'offre diagnostique de proximité, particulièrement au sein des établissements de santé disposant d'une autorisation pour l'activité Structures d'urgences (SU) et non dotés à ce jour



### Objectif 2

Inciter à la constitution ou à la consolidation d'équipes territoriales de radiologie



### Objectif 3

Renforcer les coopérations entre opérateurs autorisés dans les territoires afin de permettre une utilisation optimale des équipements existants avant toute nouvelle autorisation d'implantation (notamment dans la Manche, l'Orne et l'Eure)



### Objectif 4

Favoriser l'interopérabilité des logiciels permettant le partage d'image entre opérateurs et le recours à la télé-expertise



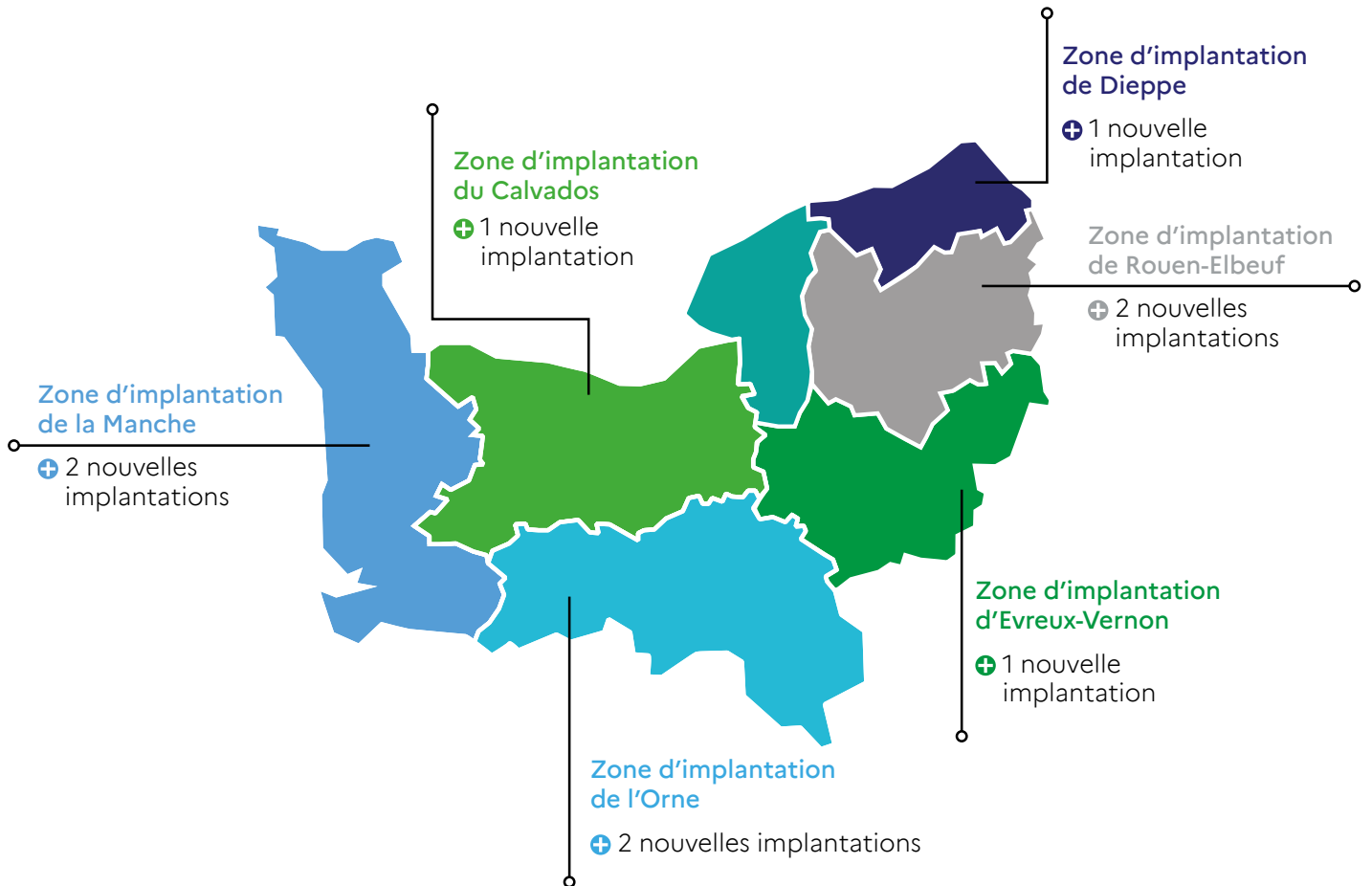
### Objectif 5

Prioriser l'accès de l'imagerie en coupe pour le diagnostic, le traitement, le suivi, la surveillance des pathologies cancéreuses

## CRÉATIONS / TRANSFORMATIONS

Les équipements de scanographe à utilisation médicale et les appareils d'IRM existants sont retranscrits par porteur juridique et site géographique dans l'imagerie diagnostique indépendamment du nombre d'équipements mis en œuvre. Les structures dépassant d'ores et déjà le seuil de 3 appareils autorisés bénéficieront d'une autorisation du Directeur général de l'ARS pour l'ensemble de leur parc d'imagerie diagnostique.

### Imagerie diagnostique



## TABLEAU DES IMPLANTATIONS PAR ACTIVITÉ DE SOINS

Au regard de la réforme des autorisations et des modalités prévues pour dénombrer les implantations d'imagerie diagnostique, il n'est pas possible de comparer les autorisations actuelles, données par appareils et implantations physiques, des objectifs fixés à échéance du Projet régional de santé 2023-2028 dénombrés uniquement par site géographique.

Forme de l'activité de soins	Calvados			Manche			Orne			Le Havre			Dieppe			Rouen-Elbeuf			Evreux-Vernon			Région Normandie		
	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel	Autorisées au 1/11/2023	Prévues à échéance du SRS	Différentiel
Imagerie diagnostique	13	14	+1	14	16	+2	7	9	+2	11	11	0	4	5	+1	23	25	+2	9	10	+1	81	90	+9

## LABORATOIRES DE BIOLOGIE MÉDICALE

### ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

En région Normandie, l'offre de Laboratoire de biologie médicale (LBM) se répartit entre 15 opérateurs publics et 31 opérateurs privés, lesquels exploitent 167 sites ouverts au public, répartis sur tout le territoire.

La densité moyenne régionale est de 4,92 sites pour 100 000 habitants tandis qu'elle est de 7,20 au niveau national. Si la densité régionale est inférieure à la densité nationale, il existe une forte disparité entre les territoires. Compte tenu du rôle joué notamment par les infirmiers libéraux dans l'activité de prélèvement de biologie, l'accès à la biologie médicale n'est pas uniquement corrélé à la densité de laboratoires ou de sites de prélèvement.

Un examen de biologie médicale est un acte médical qui **concourt à la prévention, au dépistage, au diagnostic ou à l'évaluation du risque de survenue d'états pathologiques ; à la décision et à la prise en charge thérapeutiques, à la détermination ou au suivi de l'état physiologique ou physiopathologique** de l'être humain, hormis les actes d'anatomie et de cytologie pathologiques. Il se déroule en trois phases (pré-analytique, analytique et post-analytique).

La biologie médicale est **partie intégrante du panier d'offre de soins de proximité** et est devenue un élément central du parcours de soins des patients. A ce titre, le maillage des territoires en laboratoires, sites de laboratoires ou sites de biologie délocalisée est un enjeu majeur. S'agissant de la biologie délocalisée, l'article L. 6211-18 du Code de la santé publique confie désormais au Directeur général de l'ARS la responsabilité de déterminer la liste des lieux pouvant accueillir des automates de biologie délocalisée, en fonction de critères définis par un arrêté du ministre de la Santé.

L'**accréditation à 100 % des laboratoires** permet l'ouverture de nouveaux sites. Les articles L. 6222-2 et suivants du Code de la santé publique fixent les règles prudentielles devant être respectées pour l'ouverture d'un nouveau site.

Pour l'application aux Laboratoires de biologie médicale des règles de territorialité visées à l'article L. 1434-9 du Code de la santé publique sont conservées les 7 zones d'implantation fixées par l'arrêté du Directeur général de l'ARS du 20 juillet 2017 (Calvados, Manche, Orne, Rouen-Elbeuf, Le Havre, Dieppe et Evreux-Vernon).

Dans l'objectif de réguler les installations dans les territoires, la législation prévoit un seuil d'offre disponible au-delà duquel le Directeur général de l'ARS peut s'opposer (article L. 6222-2 du Code de la santé publique) à l'ouverture d'un laboratoire de biologie médicale ou d'un site d'un laboratoire de biologie médicale. Ce seuil est défini par rapport aux besoins. Les besoins de la population sont définis par le présent Projet régional de santé par zone d'implantation. Ils sont appréciés par référence au nombre d'examen réalisés par zone.

#### Besoins exprimés en nombre d'examen par an

Zones	Besoins de la population en nombre d'examen	Seuil d'intervention ARS	Activités en 2022	Population en habitants	Nombre de sites ouverts au public (selon la déclaration d'activité de 2022)	Densité de sites ouverts au public (pour 100 000 habitants)	Possibilités de création de sites ouverts au public depuis le dernier recueil des données d'activité
Zone du Calvados	12 407 840	15 509 800	15 714 401	711 381	33	4,64	non
Zone de la Manche	7 807 810	9 759 762	10 070 938	510 506	17	3,33	non
Zone de l'Orne	5 045 066	6 306 332	5 961 868	286 279	13	4,54	oui
Zone de Rouen-Elbeuf	15 559 059	19 448 823	19 280 999	848 690	54	6,36	non
Zone du Havre	8 110 844	10 138 555	8 853 149	458 436	20	4,36	oui
Zone de Dieppe	2 275 925	2 844 906	3 116 739	168 257	7	4,16	non
Zone d'Evreux-Vernon	5 521 799	6 902 248	6 092 344	412 765	23	5,57	non

Les nouvelles implantations sont possibles dans les zones où l'activité constatée en 2022 est inférieure au seuil d'intervention ARS, dès lors que la densité de sites ouverts au public est inférieure à la moyenne régionale (Orne, Le Havre). Afin de favoriser l'implantation de nouveaux sites dans des bassins de vies sous-dotés, les créations devront se faire dans les bassins de vie, au sens de l'INSEE, dépourvus de sites ouverts au public.

Ces données seront mises à jour chaque année après exploitation des données d'activité des laboratoires de biologie médicale de l'année précédente en tenant compte des éventuelles variations de population et affichées sur le site internet de l'ARS de Normandie.

Lorsque le seuil d'intervention de l'ARS sera atteint sur une zone (sur la base de l'activité réalisée l'année précédente), il pourra être proposé au Laboratoire de biologie médicale souhaitant ouvrir un site supplémentaire de le faire dans les zones ayant connu des fermetures de sites.

Conformément aux dispositions de l'article L. 6222-5 du Code de la santé publique, le Directeur général de l'ARS peut déroger à la règle de localisation des sites d'un laboratoire sur, au maximum, 3 zones d'implantation limitrophes dans les conditions prévues à l'article R. 6222-5 du Code de la santé publique.

En ce qui concerne les laboratoires publics, la création des Groupements hospitaliers de territoire (GHT) a permis, aux établissements de santé qui en font partie, différents niveaux de coopération pour la biologie médicale, allant de la convergence des pratiques professionnelles à la mise en place d'un laboratoire commun.

La majeure partie des actions prévues dans les projets médicaux partagés des 11 GHT de Normandie a été réalisée. **Un certain nombre de ré-internalisations de la biologie de certains établissements membres de GHT ont eu lieu.** Les laboratoires publics ont la possibilité d'ouvrir de nouveaux sites dans les mêmes conditions que les laboratoires privés une fois que leurs examens sont totalement accrédités.

## OBJECTIFS QUANTITATIFS / QUALITATIFS

---



### Objectifs généraux

- Maintenir l'accessibilité géographique des patients aux sites des laboratoires de biologie médicale en vue des prélèvements biologiques, de la communication des résultats des examens dans des délais compatibles avec l'urgence ou les besoins ;
- favoriser les installations dans les zones les moins denses et réguler les installations de nouveaux laboratoires ou sites en fonction des besoins ;
- accompagner le développement de la biologie délocalisée ;
- accompagner le développement de coopérations hospitalières intra et/ou inter-GHT. Dans le cas des hôpitaux de proximité, le choix des modalités d'accès à la biologie médicale s'appuie sur une évaluation documentée des différentes solutions possibles, des besoins propres de l'établissement et de ceux du territoire de santé. Cette évaluation détermine le choix du recours à un laboratoire hospitalier en propre, le recours à une offre de Laboratoire de biologie médicale extra-hospitalière locale ou à une solution partagée avec les établissements de son GHT.

## CRÉATIONS / TRANSFORMATIONS

---

La répartition actuelle des Laboratoires de biologie médicale apparaissant globalement satisfaisante, il conviendra de la conserver et de veiller à ce que toute création de site ou de Laboratoire de biologie médicale soit compatible avec les objectifs de qualité et d'équilibre du maillage territorial. Tout nouveau site ou Laboratoire de biologie médicale a vocation à participer à la réponse aux besoins de biologie urgente sur le temps de la permanence des soins.



234

Projet régional de santé 2023-2028

# La Permanence des soins en établissements de santé

## ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

La Permanence des soins en établissement de santé (PDES) se définit comme l'**accueil et la prise en charge de nouveaux patients dans une structure de soins d'un établissement de santé, en aval et/ou dans le cadre des réseaux de médecine d'urgence, la nuit, le week-end et les jours fériés.**

La PDES est une mission de service public. Les établissements participant à cette mission de service public sont expressément désignés par le Directeur général de l'ARS. La PDES **se distingue de la continuité des soins**. La continuité des soins consiste en l'obligation réglementaire pour tous les services de soins d'assurer la prise en charge sur ces périodes des patients déjà hospitalisés ou au décours d'une hospitalisation en lien avec celle-ci. Tous les établissements sont dans l'obligation d'assurer la continuité des soins pour leurs patients.

Il existe un **lien fort entre PDES et Permanence des soins ambulatoires (PDSA)**, la PDES assurant notamment l'accès à des avis spécialisés sur le temps de la PDSA. La PDES peut prendre la forme :

- d'une **permanence à l'hôpital** impliquant la présence continue (parfois dénommée « garde sur place ») dans l'enceinte de l'établissement de santé ;
- d'une **astreinte opérationnelle à domicile** impliquant l'obligation pour le praticien de rester à la disposition de l'établissement à son domicile ou en lieu voisin pendant toute la durée de l'astreinte et de répondre à tout appel.

L'**impact de la participation à la PDES** sur l'activité de jour, la pénibilité liée au travail de nuit et hors jours ouvrés, le contexte démographique défavorable sur certaines spécialités, rendent indispensables l'association du plus grand nombre de professionnels à la charge que représente la permanence des soins. L'enjeu d'organisations mutualisées et donc économes en temps médical, tout en garantissant qualité et sécurité des soins, est également primordial.

L'évolution des modalités d'organisation et de financement de la PDES fait actuellement l'objet d'un **travail du législateur**. L'objectif est de créer les **conditions d'un engagement plus collectif** de tous les praticiens, de statut public ou privé, à l'effort de permanence des soins, ce qui se traduira par des évolutions du cadre de cette mission.

Par ailleurs les conditions techniques de fonctionnement de certaines activités de soins peuvent induire un besoin d'évolution du présent volet lors de l'autorisation des établissements.

Dans l'attente de ces nouvelles autorisations et de l'évolution réglementaire attendue du cadre d'organisation de la PDES, le volet dédié du Schéma régional de santé **reproduit pour l'essentiel l'organisation arrêtée lors du précédent SRS.**

## LE PÉRIMÈTRE DE LA PDSES

Le volet du SRS dédié à la PDSES, prévu à l'article R. 6111-41, **concerne des activités avec ou sans obligations de permanence des soins sont réglementées.**

- Les activités pour lesquelles la **permanence des soins est réglementée**. Ce sont les activités ;
  - obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale,
  - réanimation, unités de soins intensifs, comprenant les USI cardiologiques et unités neuro-vasculaires,
  - interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie,
  - interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie,
  - chirurgie cardiaque,
  - neurochirurgie,
- les activités pour lesquelles la **permanence des soins n'est pas réglementée** mais qui sont inscrites au présent volet dédié : il s'agit de spécialités médicales et chirurgicales nécessitant potentiellement une prise en charge aiguë spécialisée au sein des urgences ou directement dans un service de spécialité ou des fonctions médicotechniques ;
  - spécialités médicales : gastroentérologie, pneumologie, onco-hématologie, psychiatrie,
  - spécialités chirurgicales : chirurgie viscérale et digestive, chirurgie orthopédique et traumatologique, chirurgie vasculaire, chirurgie urologique, chirurgie ORL, chirurgie thoracique, chirurgie main, chirurgie pédiatrique, chirurgie maxillo-faciale, chirurgie ophtalmologique,
  - fonctions médico-techniques : imagerie médicale, biologie et pharmacie.

Les structures de médecine d'urgence des établissements de santé, les structures autorisées à l'activité de greffe et les structures d'hospitalisation à domicile font l'objet d'un dispositif spécifique d'indemnisation des gardes et astreintes et ne sont donc pas visées dans le présent volet dédié.

## LES ENJEUX ET PRINCIPES DE LA PDSES

La Permanence des soins concerne **tous les établissements de santé, aussi bien publics que privés**. Ensemble, ces établissements permettent de garantir, en dehors des heures de fonctionnement normal, une offre nécessaire et suffisante par spécialité. La participation des établissements au schéma de la PDSES est inscrite dans les CPOM des établissements concernés. **La PDSES, pour être soutenable, repose sur la participation du plus grand nombre de professionnels hospitaliers, salariés comme libéraux, publics comme privés.**

Afin de garantir la qualité de la réponse apportée aux besoins de la population, l'équité dans l'accès et la soutenabilité de l'organisation proposée, le présent volet dédié repose sur les principes suivants :

- **la convergence des organisations** à volume d'activité comparable par territoire ;
- la prise en compte des **enjeux de gradation** des soins ;
- **l'adaptation des principes généraux à la réalité** des territoires (activités par bassin de population, ressources médicales disponibles...);
- la recherche d'organisation reposant sur la **coopération entre plusieurs établissements**, permettant de valoriser les complémentarités, de développer les mutualisations entre établissements publics et privés, ainsi qu'entre les établissements de santé et les professionnels libéraux.

## GRADATION DES SOINS ET TERRITORIALISATION

### ■ La territorialisation

En Normandie, le **découpage en zones d'implantation (7 zones)** est **différent de celui des Groupements hospitaliers de territoire (11 GHT)**. Le volet dédié de la PDES a vocation à prendre en compte ces deux dimensions ainsi que, pour les établissements publics, les volets relatifs à la PDES des projets médicaux partagés de GHT.

La population normande s'élève à 3 319 000 habitants en 2022. Elle se répartit par **zone d'implantation** comme suit :

- Rouen-Elbeuf (840 316 habitants) ;
- Evreux-Vernon (404 525 habitants) ;
- Dieppe (159 786 habitants) ;
- Le Havre (451 215 habitants) ;
- Calvados (694 055 habitants) ;
- Manche (495 983 habitants) ;
- Orne (281 592 habitants).

Les établissements publics de santé sont regroupés en **11 Groupements hospitaliers de territoire**. Ces derniers ne disposent pas en tant que tel d'un découpage territorial propre. Au vu de l'implantation et du rayonnement des établissements, une zone de couverture globale est estimée.

Ainsi, 5 GHT recouvrent un territoire de plus de 400 000 habitants :

- Rouen Cœur de Seine ;
- Normandie Centre ;
- Estuaire de la Seine ;
- Eure-Seine ;
- Val-de-Seine et plateau de l'Eure.

Et 6 GHT recouvrent une population inférieure à 200 000 habitants :

- Nord Cotentin ;
- Centre Manche ;
- Mont Saint-Michel ;
- Collines de Normandie ;
- Orne-Perche-Saosnois ;
- Caux maritime.

### ■ La gradation des soins

- **Socle minimal par territoire** au regard de la réglementation et de réponse aux besoins ;
  - 1 ligne de PDES par activité réglementée,
  - mutualisation inter-services ou inter-établissements dès lors que la réglementation le permet,
  - garde si imposée par la législation, sinon astreinte,
- **PDES imagerie** dans les établissements autorisés en médecine d'urgence et disposant d'un scanner ;
  - variables supplémentaires prises en compte,
- pour la **chirurgie**, prise en compte de l'activité des services de chirurgie, du positionnement géographique et des structures chirurgicales présentes sur le territoire ;
- garde **chirurgie viscérale** si plus de 50 000 passages par an aux urgences ;
- garde **USIC** en fonction des activités présentes sur le territoire pouvant nécessiter l'intervention rapide d'un cardiologue ;
- garde d'**imagerie** si plus de 40 000 passages annuels aux urgences.

## LES LIGNES DE PERMANENCE DE SOINS PAR ACTIVITÉ ET PAR ZONE D'IMPLANTATION

### ■ Les activités règlementées

Obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale

**4 lignes de PDS distinctes :** gynécologie-obstétrique, pédiatrie, anesthésie-réanimation, chirurgie viscérale :

- gynécologie-obstétrique ;
  - < 1500 naissances annuelles : astreinte opérationnelle de gynécologue-obstétricien pour l'unité obstétrique,
  - > 1500 naissances annuelles : garde de gynécologue-obstétricien dans l'unité obstétrique + le cas échéant une ligne d'astreinte opérationnelle,
- pédiatrie ;
  - maternité niveau 1 : astreinte opérationnelle exclusive pour le site d'un pédiatre justifiant d'une expérience attestée en néonatalogie,
  - maternité niveau 2a : mix garde / astreinte exclusif pour le site d'un pédiatre justifiant d'une expérience attestée en néonatalogie,
  - maternité niveau 2b : garde exclusive pour le site d'un pédiatre justifiant d'une expérience attestée en néonatalogie,
  - maternité niveau 3 : 2 gardes (dont 1 de pédiatre justifiant d'une expérience attestée en réanimation néonatale en sus de la garde de réanimation pédiatrique pour les établissements concernés),
- anesthésie-réanimation ;
  - < 1500 naissances annuelles sans autre PDS chirurgicale : astreinte opérationnelle permanente et exclusive pour le site,
  - entre 1500 et 2000 naissances annuelles : garde exclusive pour le site,
  - > 2000 naissances annuelles : garde dans l'unité obstétrique,
- chirurgie viscérale ([cf paragraphe « chirurgie viscérale »](#)) ;
  - 1 ligne chirurgie viscérale si service d'urgence de proximité avec plus de 25 000 passages annuels,
  - astreinte de 25 000 à 50 000 passages,
  - garde si > 50 000 passages annuels.

### Exceptions :

- 2 à 3 lignes pour les grandes agglomérations ;
- 1 ligne pour les structures isolées dont le nombre de passage en SU est inférieur à 25 000 passages annuels sous réserve de ressources médicales disponibles pour organiser une PDS.

Les niveaux de PDES pourront être réajustés annuellement en fonction du nombre de naissances de l'année N-1.

Zones	Gynéco- obstétricien			Pédiatre			MAR		
		G	A		G	A		G	A
<b>Rouen- Elbeuf</b>	CHU de Rouen	1		CHU de Rouen	2		CHU de Rouen	1	
	CHIELVdR	1		CHIELVdR	0,5	0,5	CHIELVdR	1	
	CI Mathilde	1	1	CI Mathilde	0,5	0,5	CI Mathilde	1	
	CH le Belvédère	1		CH le Belvédère	0,5	0,5	CH Le Belvédère	1	
<b>Evreux- Vernon</b>	CHIES Evreux	1		CHIES d'Evreux	1		CHIES d'Evreux,	1	
	CHIES Vernon		1	CHIES de Vernon		1	CHIES de Vernon		1
	CH de Gisors		1	CH de Gisors		1	CH de Gisors		1
<b>Le Havre</b>	GHH	1		GHH	2		GHH	1	
	HPE		1	HPE		1	HPE	1	
	CH Fécamp		1	CH Fécamp		1	CH de Fécamp,		1
	CH de Lillebonne		1	CH de Lillebonne		1	CH de Lillebonne		1
<b>Dieppe</b>	CH de Dieppe		1	CH de Dieppe	0,5	0,5	CH de Dieppe	1	
<b>Calvados</b>	CHU de Caen	1		CHU de Caen	2		CHU de Caen	1	
	CH de Lisieux	1		CH de Lisieux	1		CH de Lisieux	1	
	CI du Parc	1	1	CI du Parc	0,5	0,5	CI du Parc	1	
	CH de Bayeux		1	CH de Bayeux		1	CH de Bayeux		1
<b>Manche</b>	CHPC	1		CHPC	2		CHPC	1	
	CH de St Lô	1		CHAG	1		CH de St Lô	1	
	CHAG		1	CH St Lô	0,5	0,5	CHAG	1	
<b>Orne</b>	CHICAM		1	CHICAM	0,5	0,5	CHICAM,	1	
	CH de Flers		1	CH de Flers	0,5	0,5	CH de Flers,	1	
	CH de L'Aigle		1	CH de L'Aigle		1	CH de L'Aigle		1
	CH d'Argentan		1	CH d'Argentan		1	CH d'Argentan		1

#### Réanimation, unité de soins intensifs, comprenant les USI cardiologiques et unités neuro-vasculaires

- Réanimation adulte : 1 ligne de garde par unité de réanimation autorisé, établissements publics et privés ;
- réanimation pédiatrique : 1 ligne de garde dans chacun des CHU autorisés.

Zones	Réanimation adulte	G	Réanimation pédiatrique	G
<b>Rouen-Elbeuf</b>	CHU de Rouen	4	CHU de Rouen	1
	CHIELVdR	1		
<b>Evreux-Vernon</b>	CHIES d'Evreux	1		
<b>Le Havre</b>	GHH	1		
<b>Dieppe</b>	CH de Dieppe	1		
<b>Calvados</b>	CHU de Caen	3	CHU de Caen	1
	HPSM	1		
	CH de Lisieux	1		
	Bayeux	1		
<b>Manche</b>	CHAG	1		
	CH de St Lô	1		
	CHPC	1		
<b>Orne</b>	CHICAM	1		
	CH de Flers	1		

- Unité de soins intensifs cardiologiques

- 1 ligne de garde par USIC autorisée, établissements publics et privés ;
- 1 ligne d'astreinte par autorisation d'Unité neuro-vasculaire (UNV) pour les établissements publics et privés et 1 ligne de garde pour les UNV en CHU, en qualité de référent régionaux.

Zones	USIC	G	UNV	G	A
Rouen-Elbeuf	CHU de Rouen	1	CHU de Rouen	1	
	CL St Hilaire	1			
	CHIELdR	1			
Evreux-Vernon	CHIES d'Evreux,	1	CHIES d'Evreux		1
	CI Bergouignan,	1			
Le Havre	GHH	1	GHH		1
	HPE	1			
Dieppe	CH de Dieppe	1			
Calvados	CHU de Caen	1	CHU de Caen	1	
	HPSM	1	CH de Lisieux		
Manche	CHPC	1	CHPC		1
	CH de St Lô	1	CH de St Lô		1
Orne	CHICAM	1	CHICAM		1

Activités interventionnelles de cardiologie et de neuroradiologie

- 1 ligne d'astreinte par autorisation pour l'activité type 3 en cardiologie interventionnelle.

Zones	Cardio interventionnelle type 3	A	Neuroradio interventionnelle	A
Rouen-Elbeuf	CHU de Rouen	1	CHU de Rouen	1
	CI St Hilaire	1		
Evreux-Vernon	Clinique Bergouignan	1		
Le Havre	GHH	1		
	HPE	1		
Dieppe				
Calvados	CHU de Caen	1	CHU de Caen	1
	HPSM	1		
Manche	CHPC	1		
Orne				

### Chirurgie cardiaque et neurochirurgie

- 1 ligne d'astreinte par autorisation. Pour les CHU, sollicités par les autres établissements périphériques dans le cadre des avis d'expertise, la permanence des soins s'organise autour d'une garde en première partie de la nuit et d'une astreinte en nuit profonde.

Zones	Chirurgie cardiaque	G	A	Neurochirurgie	G	A
<b>Rouen-Elbeuf</b>	CHU de Rouen	0,5	0,5	CHU de Rouen	0,5	0,5
<b>Evreux-Vernon</b>						
<b>Le Havre</b>						
<b>Dieppe</b>						
<b>Calvados</b>	CHU de Caen HPSM	0,5	0,5 1	CHU de Caen	0,5	0,5
<b>Manche</b>						
<b>Orne</b>						

### Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale

- 1 ligne pour les CHU, avec mutualisation inter-établissements.

Zones	Néphrologue	G	A
<b>Rouen-Elbeuf</b>	CHU de Rouen	0,5	0,5
<b>Evreux-Vernon</b>			
<b>Le Havre</b>			
<b>Dieppe</b>			
<b>Calvados</b>	CHU de Caen	0,5	0,5
<b>Manche</b>			
<b>Orne</b>			

▪ **Les activités non-réglées**

Chirurgie

- Chirurgies viscérale et orthopédique

- 1 ligne en chirurgie viscérale et 1 ligne en chirurgie orthopédique si service d'urgence de proximité avec plus de 25 000 passages annuels ;
- astreinte de 25 000 à 50 000 passages annuels ;
- garde si > à 50 000 passages annuels.

**Exceptions :**

- 2 à 3 lignes pour les grandes agglomérations ;
- 1 ligne pour les structures isolées avec un nombre de passages annuels en service d'urgences < 25 000 sous réserve de ressources médicales disponibles.

Les maternités sans service d'urgence ou avec moins de 25 000 passages annuels passent convention avec l'établissement disposant d'une ligne de chirurgie viscérale pour la prise en charge des urgences viscérales.

Zones	Chirurgie viscérale	G	A	Chirurgie orthopédique	G	A
<b>Rouen-Elbeuf</b>	CHU de Rouen	1		CHU de Rouen	1	
	CHIELVdR	1		CHIELVdR	1	
	CI du Cèdre		1	CI du Cèdre		1
	CI de l'Europe		1	CI de l'Europe		1
<b>Evreux-Vernon</b>	CHES d'Evreux	1		CH d'Evreux	1	
	CI Pasteur		1	CL Pasteur		1
<b>Le Havre</b>	GHH	1		GHH	1	
	HPE		1	HPE		1
	CI des Ormeaux		1	CI des Ormeaux		1
<b>Dieppe</b>	CH de Dieppe		1	CH de Dieppe		1
<b>Calvados</b>	CHU de Caen	1		CHU de Caen	1	
	CI du Parc		1	CI du Parc		1
	HPSM		1	HPSM		1
	CH de Lisieux		1	CH de Lisieux		1
	CI de Deauville		0,5	CI de Deauville		0,5
	CI de Vire		1	CI de Vire		1
	CH de Bayeux		1	CH de Bayeux		1
<b>Manche</b>	CHPC	1		CHPC	1	
	CH de St Lô		1	CH de St Lô		1
	CHAG		1	CHAG		1
<b>Orne</b>	CHICAM		1	CHICAM		1
	CH de Flers		1	CH de Flers		1
	CH d'Argentan		1	CH d'Argentan		1

- Chirurgies urologique et vasculaire

- 1 astreinte par zone d'activité, 1 à 2 astreintes supplémentaires en renfort des CHU sous réserve des ressources médicales disponibles ;
- 1 astreinte par zone d'activité sous réserve des ressources médicales disponibles.

Pour la chirurgie urologique, un mix garde / astreinte pour les CHU en qualité d'établissements de recours.

Pour la chirurgie vasculaire sur le territoire du Havre, mutualisation publique-privée de l'astreinte.

Zones	Chirurgie urologique	G	A	Chirurgie vasculaire	A
<b>Rouen-Elbeuf</b>	CHU de Rouen	0,5	0,5	CHU de Rouen	1
	CHIELVdR		1	CHIELVdR	
	CI de l'Europe		1	CI de l'Europe	
<b>Evreux-Vernon</b>	CH d'Evreux		0,25	CH d'Evreux	
	CI Pasteur		0,75	CI Pasteur	
<b>Le Havre</b>	GHH		0,33	GHH	0,5
	HPE		0,33	HPE	0,5
	CI des Ormeaux		0,33	CI des Ormeaux	
<b>Dieppe</b>	CH de Dieppe		1	CH de Dieppe	
<b>Calvados</b>	CHU de Caen	0,5	0,5	CHU de Caen	1
	CI du Parc		1	HPSM	
<b>Manche</b>	CI du Cotentin		1	CI du Cotentin	1
<b>Orne</b>	CHICAM		1	CHICAM	

- Chirurgies ORL et ophtalmo

- 1 astreinte par territoire sous réserve des ressources médicales disponibles.

Zones	ORL	A	Chirurgie Ophtalmo	A
<b>Rouen-Elbeuf</b>	CHU de Rouen	1	CHU de Rouen	1
<b>Evreux-Vernon</b>	CHES d'Evreux	1	CHES d'Evreux	1
<b>Le Havre</b>	GHH	1	CI les Ormeaux	1
<b>Dieppe</b>	CH de Dieppe	1		
<b>Calvados</b>	CHU de Caen	1	CHU de Caen	1
<b>Manche</b>	CHPC	1	CI de la baie	1
<b>Orne</b>	CHICAM	1		

- Chirurgies pédiatrique et thoracique

- Chirurgie pédiatrique : 1 ligne dans les établissements avec SU pédiatriques ;
  - pour les CHU : 1 garde,
  - pour le GHH : 1 garde,
  - 1 astreinte d'anesthésie-réanimation pédiatrique en regard de l'autorisation de chirurgie pédiatrique,
- chirurgie thoracique ;
  - 1 ligne d'astreinte dans les CHU, établissements de référence,
  - sur le territoire du Havre, mutualisation publique-privée de l'astreinte.

Zones	Chirurgie pédiatrique	G	A	Chirurgie thoracique	A
<b>Rouen-Elbeuf</b>	CHU de Rouen	1		CHU de Rouen	1
<b>Evreux-Vernon</b>					
<b>Le Havre</b>	GHH		1	GHH HPE	0,5 0,5
<b>Dieppe</b>					
<b>Calvados</b>	CHU de Caen	1		CHU de Caen	1
<b>Manche</b>					
<b>Orne</b>					

- Chirurgies maxillo-faciale et SOS main

- 1 ligne d'astreinte dans les CHU, établissements de référence.

Zones	SOS main	A	Chirurgie maxillo-faciale	A
<b>Rouen-Elbeuf</b>	CHU de Rouen	1	CHU de Rouen	1
<b>Evreux-Vernon</b>				
<b>Le Havre</b>				
<b>Dieppe</b>				
<b>Calvados</b>	CHU de Caen	1	CHU de Caen	1
<b>Manche</b>				
<b>Orne</b>				

## Médecins anesthésistes – réanimateurs (MAR)

Permanence des soins en anesthésie-réanimation (MAR) supplémentaire hors Gynécologie-obstétrique (GO) :

- garde si MAR de la GO est en garde exclusive et 5 lignes ou plus de chirurgie, une astreinte supplémentaire si ligne de chirurgie cardiaque et de neurochirurgie ;
- astreinte si MAR de la GO est en garde exclusive et 4 lignes ou moins de chirurgie ;
- astreinte si MAR de la GO est en garde non exclusive et 5 lignes ou plus de chirurgie ;
- l'astreinte exclusive sur site du MAR de la GO passe en garde si autres activités de chirurgie que les lignes afférentes à l'obstétrique ;
- astreinte si pas d'activité obstétrique et lignes de chirurgie ;
- mutualisation publique-privée du MAR pour les établissements distants de moins de 5 km (Fécamp, Lillebonne, Cotentin) ;
- MAR pédiatrique si PDS de chirurgie pédiatrique.

Zones	Médecins anesthésistes - réanimateurs adultes	G	A	Médecins anesthésistes - réanimateurs pédiatrique	A
Rouen-Elbeuf	CHU de Rouen	1	1	CHU de Rouen	1
	CI Cèdre		1		
	CI de l'Europe		1		
Evreux-Vernon	CHES d'Evreux		1		
	CI Pasteur		1		
Le Havre	GHH	1	1	GHH	1
	CI des Ormeaux		1		
Dieppe	CH de Dieppe		1		
Calvados	CHU de Caen	1	1	CHU de Caen	1
	HPSM		1		
	CI du Parc		1		
	CI du Deauville		0,5		
	CI de Vire		1		
Manche	CHPC	1			
	PLC du Cotentin		1		
	CH St Lô		1		
Orne					

## Médecine

### - Gastro-endoscopie et pneumo-endoscopie

- 1 astreinte de pneumologie et une astreinte de gastro-entérologie pour les urgences endoscopiques si activités de réanimation et nombre de passages annuels en SU > 50 000.

Zones	Gastroentérologie	A	Pneumologie	A
<b>Rouen-Elbeuf</b>	CHU de Rouen	1	CHU de Rouen	1
	CHIELVdR	1	CHIELVdR	1
<b>Evreux-Vernon</b>	CHIES Evreux	1	CHIES Evreux	1
<b>Le Havre</b>	GHH	1	GHH	1
<b>Dieppe</b>	CH de Dieppe	1	CH de Dieppe	1
<b>Calvados</b>	CHU de Caen	1	CHU de Caen	1
	CH de Lisieux	1	CH de Lisieux	1
<b>Manche</b>	CHPC	1	CHPC	1
	CH de St Lô	1	CH de St Lô	1
<b>Orne</b>				

### - Oncohématologie

- 1 astreinte d'onco-hématologie adulte sur le plateau caennais et le plateau rouennais.

Zones	Oncohématologie	A
<b>Rouen-Elbeuf</b>	CLCC Becquerel	1
<b>Evreux-Vernon</b>		
<b>Le Havre</b>		
<b>Dieppe</b>		
<b>Calvados</b>	CHU de Caen	1
<b>Manche</b>		
<b>Orne</b>		

## Psychiatrie

Un modèle mixte de garde (première partie de nuit) et astreinte (nuit profonde) pour les urgences psychiatriques des deux CHU.

Zones	Psychiatrie (urgences)	A	G
<b>Rouen-Elbeuf</b>	CHU de Rouen	0,5	0,5
<b>Evreux-Vernon</b>			
<b>Le Havre</b>			
<b>Dieppe</b>			
<b>Calvados</b>	CHU de Caen	0,5	0,5
<b>Manche</b>			
<b>Orne</b>			

## Médecotechnique

### - Imagerie diagnostique

- Astreinte dans tous les établissements, publics et privés, avec SU et disposant d'un scanner ;
- garde pour les établissements avec nombre de passages en SU > 40 000 ;
- possibilité de développer la téléimagerie pour les établissements déficitaires en radiologues.

### - Imagerie interventionnelle

- 1 ligne d'astreinte dans les CHU.

Zones	Imagerie diagnostic	G	A	Imagerie interventionnelle	A
<b>Rouen-Elbeuf</b>	CHU de Rouen	1		CHU de Rouen	1
	CHIELVdR	1			
	CI de l'Europe	1			
	CI du Cèdre		1		
<b>Evreux-Vernon</b>	CHES d'Evreux	1			
	CI Pasteur		1		
	CH de Bernay		1		
	CH de Gisors		1		
<b>Le Havre</b>	GHH	1			
	CI des Ormeaux/HPE	1			
	CH de Lillebonne		1		
	CH Fécamp		1		
<b>Dieppe</b>	CH de Dieppe	1			
<b>Calvados</b>	CHU de Caen	1		CHU de Caen	1
	CH de Lisieux	0,5			
	CHCF	0,5			
	CH de Falaise	0,5			
	HPSM		1		
	CI du Parc		1		
	CH de Vire		1		
	CH de Bayeux		1		
	CI Miséricorde		0,5		
<b>Manche</b>	CHPC	1			
	CH de St Lô	1			
	CHAG		1		
<b>Orne</b>	CHICAM		1		
	CH de l'Aigle		1		
	CH de Flers		1		
	CH d'Argentan	0,5			



248

Projet régional de santé 2023-2028

## Programme relatif à la prévention des violences sexuelles et à l'accès aux soins des victimes de ces violences

S'appuyant sur l'instruction du 18 novembre 2020 relative au **renforcement de la prise en charge des femmes victimes de violences** et afin de favoriser un accompagnement en proximité, l'Agence régionale de santé Normandie a lancé un appel à manifestation d'intérêt destiné à financer la **création d'équipes dédiées à la prise en charge des femmes victimes de violences** (violences sexuelles notamment) **dans chaque département** permettant de soutenir 6 établissements pour la structuration et le fonctionnement d'une équipe dédiée (Groupe Hospitalier du Havre, Centre Hospitalier Intercommunal Elbeuf-Louviers-Val-de-Reuil, Centre Hospitalier Mémorial France États-Unis de Saint-Lô, Centre hospitalier universitaire de Caen, Établissement public de santé mentale de Caen, Centre Hospitalier Eure-Seine).

Ainsi, en 2022, l'Agence régionale de santé a consacré 575 K€ sur son fonds d'intervention régional pour permettre aux projets de se concrétiser, en complément de l'enveloppe nationale « missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation » de 230 K€. Ainsi, **l'enveloppe régionale en 2022 s'élève à 805 K€.**

Par ailleurs, concernant la prise en charge des enfants **victimes de violences**, l'Agence régionale de santé a accompagné en 2022 et 2023 la **structuration d'une Unité d'accueil pédiatrique enfants en danger (UAPED) sur chaque département** ainsi que la **création de deux Équipes référentes régionales enfants en danger (ERRED)**, une au CHU de Caen en 2022 et une au CHU de Rouen en 2023.

L'isolement géographique, l'éloignement, ou encore parfois l'engorgement des structures d'accompagnement sont autant de **freins à l'accompagnement des victimes de violences**. Il est indispensable d'assurer une **équité d'accès territorial** à l'ensemble des dispositifs de prise en charge des victimes.

La complexité et la spécificité des violences sexuelles rendent primordiales la **formation au repérage et à la prise en charge**, ainsi que la **spécialisation des professionnels** qui y sont confrontés.

Un des objectifs est d'**évaluer le danger** auquel sont exposées les personnes. Un deuxième objectif consiste à prévenir et **réduire l'exposition** des personnes. Enfin, un troisième est de **les protéger, de les soustraire** à l'exposition et d'être **prises en charge** sur le plan sanitaire et judiciaire.

Pour cela, il s'agit de traiter les situations qui impliquent de nombreux partenaires de manière adaptée, coordonnée, rapide, **en transversalité** et de favoriser la transmission d'informations amenant à de meilleures décisions (professionnels de santé, associations, policiers et gendarmes, magistrats, avocats, professionnels de la protection de l'enfance, les milieux professionnels, de l'enseignement et des loisirs...).

Parce que les violences sexuelles et sexistes sont avant tout exercées par des personnes en situation d'autorité ou de pouvoir, tout doit être mis en œuvre pour **mieux prévenir et détecter** ces violences. Dès lors qu'une situation est suspectée ou révélée, il est essentiel d'**accompagner les personnes victimes dans toutes les dimensions** (sanitaire, judiciaire, sociale...).

Les **mutilations sexuelles féminines** font aussi partie des violences sexuelles.

Quelques chiffres pour l'année 2020 pour **appréhender l'ampleur du phénomène** :

- 30 % des femmes ont déjà été harcelées ou agressées sexuellement sur leur lieu de travail ;
- 18,4 % des lycéennes déclarent avoir subi une insulte sexiste contre 2,2 % des lycéens ;
- 9 % des femmes en situation de handicap ont été victimes de violences physiques et/ou sexuelles ;
- 8 % des situations de violence décrites auprès du numéro national d'écoute téléphonique et d'orientation à destination des femmes victimes de toutes formes de violences, sont à caractère sexuel ;
- 1 000 signalements de violences sexuelles dans le sport ont été effectués depuis l'ouverture de la cellule d'écoute du ministère des Sports en 2020, selon la commission du Comité national olympique ;
- en France, une dizaine d'agressions sexuelles et de viols est constatée chaque année sur des pensionnaires de maisons de retraite (chiffre probablement sous-estimé).

La Commission indépendante sur l'inceste et les violences sexuelles faites aux enfants (CIIVISE) a publié des chiffres pour l'année 2021 :

- environ 160 000 enfants sont victimes de viols ou d'agressions sexuelles chaque année en France ;
- les enfants en situation de handicap ont un risque 2,9 fois plus élevé que les autres d'être victimes, et plus encore ceux dont le handicap est lié à des déficiences intellectuelles cognitives sont 4,6 fois plus victimes de violences sexuelles.

Selon le Conseil de l'Europe, un enfant sur cinq en Europe serait victime de violences sexuelles (extrapolation Normandie : 142 000 mineurs).

Sur les violences sexuelles touchant des adultes :

- 88 % des femmes autistes déclarent avoir subi une ou plusieurs agressions sexuelles, dont 47 % avant l'âge de 14 ans et 31 % avant l'âge de 9 ans.
- 1 femme sur 4 est ou en a été victime dans sa vie ;
- 1 homme sur 6 est en ou a été victime dans sa vie.

Sur les viols et/ou tentatives de viol, on estime que 94 000 femmes âgées de 18 à 75 ans sont concernées chaque année en France (extrapolation Normandie : 4 800 femmes), et que :

- dans 91 % des cas par une personne connue de la victime ;
- dans 47 % des cas par le conjoint ou l'ex-conjoint ;
- seules 12 % des victimes ont porté plainte ;
- 63 % déclarent que cela a entraîné des perturbations dans leur vie quotidienne, notamment dans les études ou le travail.

Même si la pratique des mutilations sexuelles féminines a quasiment disparu sur le territoire français depuis une quinzaine d'années, cela concerne plus de 120 000 femmes adultes en France (neuf femmes sur dix ont été mutilées avant l'âge de 10 ans).

**Dans le cadre du Programme régional relatif à la prévention et à l'accès aux soins des victimes de violences sexuelles, les actions suivantes seront engagées prioritairement :**

1.

### **Développer la prévention et les compétences psychosociales tout au long de la vie, mais prioritairement auprès des enfants et des jeunes**

- Renforcer le maillage territorial pour le **déploiement d'actions d'éducation affective et sexuelle**, en portant une attention particulière à des publics vulnérables (enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance, les personnes en situation de handicap, les personnes âgées dépendantes, les publics prioritaires du Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS)) ;
- prévenir et réduire en **milieu festif** les risques spécifiques de violences sexuelles ;
- prévenir la **prostitution des mineures et des mineurs** ;
- développer une **offre d'éducation complète à la sexualité** pour permettre une meilleure information des mineures et des mineurs sur les notions de consentement, de sexualités et de genres ;
- consolider les actions de **prévention des mutilations sexuelles féminines**, en lien avec les services de protection maternelle et pédiatrique ;
- promouvoir l'**égalité filles-garçons** comme vecteur d'une relation (présente et future) plus respectueuse et équilibrée ;
- diffuser les **référentiels de développement des compétences psychosociales** pour les jeunes enfants et ceux promouvant la santé sexuelle ;
- accompagner le **retour à l'autonomie des femmes** ayant fait l'objet de violences conjugales et/ou de psychotraumatismes par des actions coordonnées et adaptées (groupes de parole, ateliers collectifs visant à restaurer l'estime de soi...).

2.

### **Renforcer l'offre de formation au plus près des territoires**

- S'appuyer sur les **deux équipes référentes régionales « enfance en danger »** pour former les professionnels en contact avec les enfants à la problématique des violences sexuelles et bâtir des parcours de prise en charge ;
- s'appuyer sur le **dispositif spécifique régional de périnatalité** pour former les professionnels à la spécificité des violences et des violences sexuelles ;
- s'appuyer sur les **Unités médico-judiciaires (UMJ), les dispositifs de prise en charge des femmes victimes de violences (type maisons des femmes) et les Unités d'accueil pédiatrique enfants en danger (UAPED)** pour former en proximité les professionnels des établissements de santé aux spécificités des violences sexuelles et de leur prise en charge ;
- former les professionnels du territoire au **dépistage des violences sexuelles**, tous âges confondus, de préférence en session interprofessionnelle ;
- promouvoir l'**outil cartographique des ressources « Stop violences conjugales Normandie »** ([stop-violences-conjugales-normandie.fr/](http://stop-violences-conjugales-normandie.fr/)).

### 3.

#### Promouvoir la coordination des professionnels de santé et développer des protocoles de coopération entre acteurs institutionnels

- Faciliter la **coordination entre acteurs de proximité** (prévention, soins, justice, forces de l'ordre, accompagnement médico-psycho-social et associatif...) dans l'urgence, le moyen et le long terme ;
- formaliser les **réseaux de prise en charge de proximité** : Unités médico-judiciaires (UMJ), Unités d'accueil pédiatrique enfants en danger (UAPED), dispositifs de prise en charge des femmes victimes de violences (type maisons des femmes), structures d'urgences, associations... ;
- développer la **signature des protocoles de coopération santé-sécurité-justice et protocoles d'accueil et d'accompagnement des victimes de violences conjugales, intrafamiliales et/ou sexuelles** au sein des établissements de santé ;
- développer la **culture du signalement des soignants** vers les Cellules départementales de recueil des informations préoccupantes (CRIP) et vers les permanences dédiées au sein des parquets concernant les violences intrafamiliales et sexuelles ;
- activer les **dispositifs d'accompagnement et de soins en addictologie** (centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) pour la prise en charge des victimes ou de celle des auteurs de violences sexuelles ;
- inclure la thématique des violences sexuelles, les parcours et les structures ressources dans les **missions des Dispositifs d'appui à la coordination (DAC)**.

### 4.

#### Garantir l'accès aux soins et aux repérages en proximité

- Mieux **repérer les personnes victimes de violences sexuelles** avec l'aide des médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, psychologues, masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers, orthophonistes, en s'appuyant sur les Unions régionales des professionnels de santé (URPS) pour la **diffusion des recommandations de bonnes pratiques** de la Haute autorité de santé (HAS) ;
- **étouffer les structures et le nombre de professionnels** spécialisés en médecine légale sur le territoire normand ;
- mieux intégrer les **associations spécialisées** dans les filières de prise en charge des personnes victimes de violences sexuelles ;
- mettre en place des **équipes pluridisciplinaires** et des **filières de prise en charge** des femmes ayant eu une mutilation sexuelle sur la Normandie.

## 5.

### Mailler l'offre de soins en conjuguant ambition pour la proximité et excellence du recours

- Accueillir les femmes victimes de violences sexuelles avec des **professionnels formés sur ces violences en établissement de santé** (Unité médico-judiciaire (UMJ)), Unités d'accueil pédiatrique enfants en danger (UAPED), dispositifs de prise en charge des femmes victimes de violences tels que les maisons des femmes, structures d'urgences) ;
- encourager et **valoriser les initiatives de déploiement d'une salle de confrontation protégée** au sein des Unités d'accueil pédiatrique enfants en danger (UAPED) ;
- **conforter les dispositifs déjà créés** de prise en charge des femmes victimes de violences de type maison des femmes, offrant un parcours complet et coordonné aux femmes à travers un soutien médical, psychologique, physique, émotionnel, parfois chirurgical, et juridique et renforcer le maillage territorial notamment sur le département de l'Orne ;
- positionner le **Centre régional du psychotraumatisme (CRP)** comme acteur de la coordination du réseau de prise en charge des victimes de violences sexistes et sexuelles ;
- améliorer la **prise en charge du psychotraumatisme** des victimes de violences sexuelles.



#### Indicateurs d'atteinte de l'objectif

Nombre de parcours pluridisciplinaires formalisés de prise en charge des femmes victimes d'une mutilation sexuelle	Valeur 2023 <b>0</b>	Valeur 2028 <b>5</b>
Nombre de conventions santé-sécurité-justice signées mentionnant la prise de plainte sur site ou le dépôt de plainte simplifié pour les victimes de violences sexuelles	Valeur 2023	Valeur 2028 En augmentation
Nombre de protocoles d'accueil et d'accompagnement des victimes de violences conjugales, intrafamiliales et/ou sexuelles au sein des établissements de santé (circulaire CRIM-2021-13/E6 – 24.11.2021)	Valeur 2023 <b>1</b>	Valeur 2028 <b>5</b>
Nombre d'Unité d'accueil pédiatrique enfants en danger (UAPED) en Normandie pour améliorer la couverture territoriale	Valeur 2023 <b>5</b>	Valeur 2028 En augmentation



# Le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS)



Projet régional  
de **santé**  
Normandie  

---

2023-2028



# SOMMAIRE

<b>Axe 1. Faciliter l'accès aux droits et au système de santé pour tous en développant des modalités de prise en charge adaptées aux difficultés des publics spécifiques</b> .....	<b>261</b>
Développer et consolider les modalités « d'aller vers » .....	262
Développer la médiation en santé et les approches interculturelles .....	263
Développer l'interprétariat en santé.....	264
Développer l'adaptation des messages et la prise en compte par les professionnels de santé des différents niveaux de compréhension par les personnes .....	265
Sensibiliser et former les professionnels .....	266
<b>Axe 2. Adapter et rendre accessible l'offre de soins et d'accompagnement aux publics les plus vulnérables</b> .....	<b>267</b>
Consolider les permanences d'accès aux soins de santé.....	268
Développer les actions de dépistage de la tuberculose ciblé dans les populations à risque.....	268
Consolider et développer une offre de soins adaptée pour les personnes détenues.....	269
Consolider et développer des accompagnements médico-sociaux spécifiques.....	270
Consolider la place des équipes mobiles psychiatrie précarité dans le parcours en santé mentale et psychiatrie des personnes en situation de précarité .....	271
Mieux prendre en compte les publics en situation de précarité par les dispositifs d'organisation territoriale de l'offre de soins et de coordination.....	272
<b>Annexes. Prendre en compte les contraintes spécifiques de certains usagers</b> .....	<b>273</b>



---

# PRÉAMBULE

---

Le Projet régional de santé (PRS) prend en compte la santé de l'ensemble des habitants de la région, avec **une attention particulière pour les personnes les plus fragiles et éloignées du système de santé** et chacun des objectifs du Schéma régional de santé vise à **réduire les inégalités sociales de santé**.

Au sein du Projet régional de santé, le Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) permet de **rendre visibles les objectifs spécifiques concernant les usagers rencontrant des difficultés beaucoup plus importantes que la population générale** du fait de leur situation de grande précarité voire d'exclusion.

Deux axes permettent de dégager des objectifs prioritaires :

- le premier axe cible des **modalités transversales d'intervention** qu'il convient de développer massivement pour atténuer au maximum les obstacles rencontrés par les personnes concernées (difficultés de compréhension, mobilité, discriminations...);
- le second décrit concrètement les **passerelles à consolider et développer** pour permettre un retour vers le droit commun.

Une annexe propose des schémas récapitulatifs des parcours de santé spécifiques par catégorie de population concernée.

Le suivi régional du Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) est assuré en transversalité avec les parties prenantes au sein du **comité de pilotage régional pour la réduction des inégalités sociales de santé**. Des **instances territoriales techniques** réunissant les principaux acteurs du champ de la « santé précarité » ont été créées suite au Ségur de la santé. Elles sont appelées à évoluer, notamment en élargissant leur composition en fonction des besoins et en s'articulant avec les travaux des Conseils territoriaux de santé et les projets territoriaux de santé mentale pour favoriser l'articulation avec l'offre de santé de premiers recours.

De même, l'observation de l'évolution des inégalités de santé sera consolidée et affinée, notamment par la **poursuite des travaux de la plateforme NEO** (Normandie études observation, réunissant les observatoires de l'ORS-CREAI Normandie et de l'antenne normande de l'OR2S), la mise en place d'un **suivi dédié des indicateurs du Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS)**, y compris sur une approche territoriale plus précise, et la poursuite et l'adaptation d'**enquêtes spécifiques en population** (ex : jeunes accueillis en missions locales, étudiants, habitants des Quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV), personnes en situation de handicap, enfants pris en charge par l'aide sociale à l'enfance, les publics accueillis dans les structures accueil, hébergement et insertion (AHI)...).

Toutes les priorités sont susceptibles d'être déclinées dans les territoires. La déclinaison territoriale se traduira essentiellement par **une répartition de moyens proportionnée aux difficultés sociales des territoires**.



## AXE 1

### Faciliter l'accès aux droits et au système de santé pour tous en développant des modalités de prise en charge adaptées aux difficultés des publics spécifiques



Même s'il ne se suffit pas à lui-même, **l'accès aux droits est le socle permettant de garantir l'accès aux soins et plus largement à la santé de tous**. La garantie de l'accès aux droits dépend de l'intervention de nombreux acteurs : les organismes de protection sociale en premier lieu (Caisse primaire d'assurance maladie et Mutualité sociale agricole) via des dispositifs spécifiques permettant de repérer et prévenir les risques de ruptures dans les parcours et de limiter le non recours aux soins. Mais aussi les services sociaux, les organismes assurant une domiciliation, les collectivités territoriales qui agissent pour favoriser la mobilité des habitants ou les organisations spécifiques comme les permanences d'accès aux soins de santé ou la médiation en santé, qui permettent d'accompagner des situations complexes ou de lever des freins.

Le développement de **stratégies dites « d'aller vers » et de « ramener vers »** doit permettre d'adapter les réponses aux différentes difficultés rencontrées par les usagers et d'améliorer l'accès aux droits et aux soins des personnes les plus vulnérables.

- Développer et consolider les modalités « d'aller vers » ;
- développer la médiation en santé et les approches interculturelles ;
- développer l'interprétariat en santé ;
- développer l'adaptation des messages et la prise en compte par les professionnels de santé des différents niveaux de compréhension par les personnes ;
- sensibiliser et former les professionnels.



## Développer et consolider les modalités « d'aller vers »

 Objectifs opérationnels	 Indicateurs
Rendre effective une activité d'« aller vers » des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS).	Nombre total de Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ayant mis en œuvre des mesures « d'aller vers » sur la période 2023 / 2028 (permanences, équipes mobiles, horaires adaptés...).  Nombre de Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ayant formalisé « l'aller vers » (convention partenariale/ procédure...).
Soutenir l'évolution des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) vers des modèles adaptés aux besoins des territoires, soit en mission d'appui intervenant en milieu rural soit en PASS portée par des acteurs non hospitaliers.	Nombre de Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ayant évolué en mission d'appui et intervenant en milieu rural.  Expérimenter et accompagner un projet de Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) porté par un acteur non hospitalier.
Engagement des Appartements de coordination thérapeutique (ACT) et des Lits halte soins santé (LHSS) dans des modalités d'intervention d'« aller vers ».	100 % des projets d'établissement intégrant l'activité « hors les murs ».
Garantir le soutien des équipes spécialisées en addictologie : Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogue (CAARUD) auprès des structures d'hébergement.	Au moins un dispositif « aller vers » dans chaque territoire de santé : permanences, maraudes...  Sur la durée du PRS, 100 % des structures d'hébergement bénéficiaires d'une formation en partenariat avec l'opérateur en addictologie de proximité.
Développer l'accès à la télé médecine pour les personnes détenues.	Nombre annuel d'actes de télé médecine par établissement sanitaire pour les personnes détenues.



## Développer la médiation en santé et les approches interculturelles



### Objectifs opérationnels

Compléter la couverture territoriale (sur la base d'une étude sur les besoins).  
Développer et conforter les postes de médiateurs en santé pour les gens du voyage (élaboration d'une modélisation financière pour sécuriser les financements et limiter le turn-over) sur la base des recommandations nationales.

Développer les médiateurs en santé pour les personnes migrantes et/ou les personnes hébergées, en priorité dans les territoires les plus concernés.

Expérimenter et évaluer le rôle de médiateurs en santé dans les Quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV), en lien avec les ateliers santé ville en place.

Mettre en place une animation régionale en soutien au réseau de médiateurs en santé (échanges d'expériences et de pratiques, sensibilisation aux questions de santé, connaissance du réseau partenarial en santé publique...).

Communiquer auprès des professionnels, notamment les professionnels de santé, sur l'intérêt de la médiation en santé.



### Indicateurs

100 % des territoires de santé bénéficiant d'un dispositif de médiation en santé pour les gens du voyage.

100 % des territoires de santé bénéficiant d'un dispositif de médiation en santé pour les migrants et/ou personnes hébergées.

100 % des territoires de santé bénéficiant d'au moins un dispositif de médiation en santé en Quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV).

Nombre de médiations en santé ayant structuré des modalités de collaboration avec les principaux acteurs de santé publique dans leur périmètre territorial.



Nombre de documents de communication diffusés.

Au moins une présentation du dispositif et des missions par territoire dans des instances composées de professionnels de santé Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), Groupements hospitaliers de territoire (GHT).

Valorisation des projets de médiation en santé dans les temps forts réunissant les acteurs du champ « santé précarité ».



## Développer l'interprétariat en santé

 Objectifs opérationnels	 Indicateurs
Structurer et développer le recours à des ressources-dispositifs régionaux/nationaux d'interprétariat.	100 % des territoires de santé couverts par une structure ressource déployant une offre d'interprétariat.
Structurer un plaidoyer régional sur le recours à l'interprétariat et le porter à la connaissance des acteurs ressources en région.	Organisation d'un temps fort en région pour valoriser l'interprétariat en santé.
Favoriser le recours à l'interprétariat professionnel par les dispositifs d'accès aux soins et de santé publique - Permanences d'accès aux soins de santé (PASS), Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), centres de vaccination, Centres de lutte anti tuberculeuse (CLAT).	100% des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS), Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), centres de vaccination et Centres de lutte anti tuberculeuse (CLAT) disposant d'un recours opérationnel à l'interprétariat professionnel Nombre de personnes allophones reçues.
Évaluer et consolider le soutien aux Groupements hospitaliers de territoire (GHT) pour le recours à l'interprétariat au sein des établissements de santé de territoires prioritaires (Rouen, Caen, Le Havre, Alençon, Evreux-Vernon, Cherbourg, Bayeux).	Nombre de recours à l'interprétariat professionnel au sein des établissements hospitaliers pour le suivi des publics allophones.



## Développer l'adaptation des messages et la prise en compte par les professionnels de santé des différents niveaux de compréhension par les personnes



### Objectifs opérationnels

Porter à la connaissance des professionnels de santé les outils existants pour faciliter une communication accessible à tous (diffuser régulièrement les supports existants aux structures d'exercice coordonné, aux communautés professionnelles territoriales de santé, aux Dispositifs d'appui à la coordination (DAC)).

Structurer un plaidoyer régional sur la littératie en santé.

Accompagner les opérateurs de prévention dans une démarche d'amélioration de la lisibilité des supports.



### Indicateurs

Au moins deux diffusions par an.



Organisation d'un temps fort en région.

Évaluation annuelle de l'accessibilité des supports sur chaque territoire.



### Sensibiliser et former les professionnels

(les professionnels de santé, notamment libéraux, à la prise en compte de la précarité et les acteurs du secteur social aux approches en santé)

 Objectifs opérationnels	 Indicateurs
Pérenniser une offre de formation à destination des professionnels sur la connaissance des publics spécifiques, notamment les personnes migrantes.	3 webinaires par an à destination des professionnels de santé. 1 journée santé par an pour les acteurs du secteur « Accueil hébergement et insertion ».
Diffuser une information concise mais régulière aux professionnels de santé.	Mise à jour et diffusion annuelle des livrets ressources santé précarité. 2 contenus par an sur des sujets « santé précarité » dans la newsletter ARS à destination des professionnels de santé.
Appui aux Directions départementales de l'emploi, du travail et des solidarités (DDETS) pour le déploiement de la formation nationale en santé mentale à destination des professionnels accompagnant des publics en situation de précarité.	350 personnes formées.
Apporter un soutien aux professionnels dans l'accompagnement des publics en situation précaire.	Nombre de bénéficiaires des accompagnements.

## AXE 2

### Adapter et rendre accessible l'offre de soins et d'accompagnement aux publics les plus vulnérables

La multiplicité des freins (amplification des phénomènes de pauvreté et d'accès aux soins en période post Covid-19, la fragilité des établissements hospitaliers ainsi que l'accueil conjoncturel de populations migrantes) a nécessité la mobilisation des dispositifs d'accès aux soins pour parer à l'urgence. **La structuration et le développement de dispositifs majeurs d'accès et de prise en charge pour les personnes en situation de précarité** (Permanences d'accès aux soins de santé - PASS, Lits halte soins santé - LHSS, Hors les murs) ont été accélérés dans le cadre des mesures du Ségur de la Santé.

- ➔ Consolider les Permanences d'accès aux soins de santé ;
- ➔ développer les actions de dépistage de la tuberculose ciblé dans les populations à risque ;
- ➔ consolider et développer une offre de soins adaptée pour les personnes détenues ;
- ➔ consolider et développer des accompagnements médico-sociaux spécifiques ;
- ➔ consolider la place des équipes mobiles psychiatrie précarité dans le parcours en santé mentale et psychiatrie des personnes en situation de précarité ;
- ➔ mieux prendre en compte les publics en situation de précarité par les dispositifs d'organisation territoriale de l'offre de soins et de coordination.



## Consolider les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS, missions d'appui aux PASS, PASS dentaires...)

Les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ont fait l'objet d'une consolidation et d'une redéfinition de certaines de leurs missions, de nouvelles modalités de financement sur la base d'un cahier des charges national paru le 12 avril 2022. La mise en conformité des PASS, traduite par la structuration de Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), doit permettre sur la période 2023/2025 de les conforter comme **des acteurs pivots à l'interface de l'hôpital, de la médecine de ville et des dispositifs sociaux et médico-sociaux.**



### Objectifs opérationnels

Conforter les équipes des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) qui présentent les files actives les plus importantes.

Déployer l'offre de Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) dentaires dans tous les départements.

Développer les conventions des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) avec les partenaires, en particulier les professionnels de santé de ville.



### Indicateurs

100 % des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) conformes au cahier des charges.

Augmenter le nombre de demi-journées d'ouverture.  
Au moins 2 réunions du groupe de travail régional chaque année.

100 % des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) doivent disposer d'au moins une convention formalisée avec un acteur extrahospitalier (pharmacie, Communauté professionnelle territoriale de santé - CPTS, Pôle de santé libéral ambulatoire - PSLA...).



## Développer les actions de dépistage de la tuberculose ciblé dans les populations à risque



### Objectifs opérationnels

Apporter un soutien financier et technique aux Centres de lutte anti tuberculeuse (CLAT) si nécessaire pour la mise en place d'actions extérieures.

Exemple : mise en place de camions radio pour les dépistages...



### Indicateurs

Compte rendu régulier des actions ciblées.



## Consolider et développer une offre de soins adaptée pour les personnes détenues

<p>Accompagner la création d'une Unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) à Rouen (cf <a href="#">Schéma régional de santé</a>).</p>	<p>Mise en œuvre effective de cette unité à horizon 2026.</p>
<p>Déployer des possibilités d'hôpital de jour en détention (cf <a href="#">Schéma régional de santé</a>).</p>	<p>Ouverture d'un Hôpital de jour (HDJ) de 12 places sur le Centre de détention de Val-de-Reuil.</p>
<p>Améliorer de la prise en charge des auteurs d'infraction à caractère sexuel.</p>	<p>Structuration du parcours des auteurs d'infractions à caractère sexuel (AICS) par l'élaboration d'un projet partagé par les intervenants du réseau régional des acteurs santé/justice du médico-social et de l'Education nationale rencontrant et/ou prenant en charges des auteurs de violences sexuelles, y compris en post-détention. Nombre de sensibilisations et de formations des professionnels santé/justice en milieu pénitentiaire.</p>
<p>Assurer les conditions de prise en charge des malades chroniques et accompagner les fins de vie :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- faciliter l'accès à l'Éducation thérapeutique du patient ;</li><li>- formaliser un partenariat entre un diététicien de l'hôpital, les médecins des différentes Unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) et le service cuisine de chaque unité pénitentiaire ;</li><li>- proposer une initiation à l'éducation du patient dans la formation initiale des surveillants de prison, pour les sensibiliser aux difficultés inhérentes aux maladies chroniques.</li></ul>	<p>Nombre de situations pathologiques relevant de suspension de peine pour raison médicale ayant pu aboutir à une prise en charge adaptée hors détention.</p>
<p>Faciliter l'accès aux services et offres d'hébergement médico-sociaux en anticipant l'évaluation des besoins des détenus en situation de handicap ou vieillissants :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- en renforçant la coordination des acteurs en amont de la sortie des détenus afin d'éviter les ruptures de parcours ;</li><li>- en facilitant l'accès aux Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en encourageant le conventionnement avec les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) pour l'accueil des après détention en prenant en compte leurs besoins et souhaits en termes de lieu de vie ;</li><li>- en facilitant l'intervention de services sanitaires (notamment infirmiers) ou médico-sociaux en prison.</li></ul>	<p>Nombre de conventionnements avec des dispositifs adaptés.</p>



### Consolider et développer des accompagnements médico-sociaux spécifiques

(lits halte soins santé, lits d'accueil médicalisés, appartements de coordination thérapeutique, un chez soi d'abord, équipes spécialisées de soins infirmiers précarité...)

Le développement de l'offre médico-sociale dépend **des mesures nouvelles financées** chaque année dans le cadre de l'**Objectif national de dépenses d'Assurance maladie (ONDAM) spécifique**.



#### Objectifs opérationnels

Renforcer l'offre médico-sociale des dispositifs Personnes en difficultés spécifiques (hébergement et hors les murs).

Déployer le dispositif Équipes spécialisées de soins infirmiers précarité (ESSIP).

Garantir la qualité de prise en charge et des parcours par le renforcement des échanges de pratiques entre dispositifs.



#### Indicateurs

Augmentation des capacités des dispositifs existants : appartements de coordination thérapeutique, lits halte soins santé, lits d'accueil médicalisés.

Création d'un dispositif de lits d'accueil médicalisés sur Le Havre.

Candidature à l'obtention d'un dispositif Un chez soi d'abord « ville intermédiaire » à Evreux

Candidature à l'obtention d'un dispositif d'appartement de coordination thérapeutique Un chez soi d'abord « jeunes ».

Candidature à l'obtention de places de lits halte soins santé pédiatriques.

Identification des territoires prioritaires  
Couverture des territoires prioritaires identifiés.

Comité de pilotage (COFIL) « appartements de coordination thérapeutique » et Comité de pilotage (COFIL) « lits halte soins santé » actifs au niveau régional.



## Consolider la place des équipes mobiles psychiatrie précarité dans le parcours en santé mentale et psychiatrie des personnes en situation de précarité



### Objectifs opérationnels

Poursuivre le travail de structuration des parcours de soins en santé mentale et psychiatrie des personnes en situation de précarité engagé dans chaque Projet territorial de santé mentale (PTSM) en favorisant la mise en place d'un groupe de travail territorial sous l'animation du coordonnateur Projet territorial de santé mentale (PTSM) avec les principaux partenaires qui œuvrent dans le champ de la précarité et les Équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP). L'objectif consiste notamment à mieux définir les articulations entre les différentes Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) de chaque territoire et les Équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) et les modalités de sollicitation des Équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) en établissant des conventions de partenariat avec les différents partenaires.

Au regard de la politique volontariste pilotée par le niveau national de formation en santé mentale à destination des professionnels accompagnant des publics en situation de précarité : « Prisme – Précarité et santé mentale », centrer la mission de sensibilisation/formation des Équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) au soutien des équipes de première ligne (information, conseil) à partir de la gestion de situations particulières lors d'interventions sur le terrain.

Dans le cadre du déploiement de poste de psychologue/Infirmier en pratique avancée (IPA) dédié au suivi des personnes accompagnées en structures d'accueil, d'hébergement et d'insertion, poursuivre les conventions entre les Équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) et les structures concernées dans le cadre des travaux du Projet territorial de santé mentale (PTSM).

Remettre en place la coordination régionale des Équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) portée par le CH du Rouvray visant notamment à travailler sur les échanges de pratiques et à accompagner les Équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) en lien avec les coordonnateurs Projets territoriaux de santé mentale (PTSM) dans les actions retenues dans les Contrats territoriaux de santé mentale (CTSM).



### Indicateurs

Nombre de territoires ayant mis en place un groupe de travail dans le cadre du Projet territorial de santé mentale (PTSM).



Nombre de personnes accompagnées dans ce cadre.

Mise en place effective.



## Mieux prendre en compte les publics en situation de précarité par les dispositifs d'organisation territoriale de l'offre de soins et de coordination

(modalités de partenariat entre les acteurs, mobilisation des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et des Dispositifs d'appui à la coordination (DAC)...)

 Objectifs opérationnels	 Indicateurs
Par territoire, garantir collégalement des parcours sans rupture par échanges techniques réguliers entre acteurs du champ « santé précarité ».	Formalisation d'une procédure par territoire en réponse aux situations complexes.
S'assurer d'un partenariat effectif entre Dispositif d'appui à la coordination (DAC) et Permanences d'accès aux soins de santé (PASS), structures médico-sociales pour personnes spécifiques : Lits halte soins santé (LHSS) - Lits d'accueil médicalisés (LAM) - Équipes spécialisées de soins infirmiers Précarité (ESSIP) – Appartements de coordination thérapeutique (ACT) - Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) de chaque territoire.	Au moins une convention passée par Dispositif d'appui à la coordination (DAC) avec un acteur du secteur de la précarité.
Favoriser la mise en place de projets de territoire portés par des professionnels de santé (portage par une structure d'exercice regroupé ou par une communauté professionnelle territoriale de santé) en direction des publics hébergés, des gens du voyage, détenus...	Au moins une action recensée (notamment dans le cadre de l'Accord conventionnel interprofessionnel (ACI)) par territoire de santé.
Favoriser la coordination des acteurs pour préparer la sortie des détenus et éviter les ruptures de prise en charge sanitaire et/ou médico-sociale : <ul style="list-style-type: none"><li>- réactiver la commission régionale santé justice et animer les comités de coordination relatifs à la prise en charge sanitaire au sein des établissements sanitaires de rattachement ;</li><li>- favoriser les échanges de pratiques professionnelles destinées aux équipes intervenant en milieu pénitentiaire ;</li><li>- assurer la mise en place d'un projet global de prévention et de promotion de la santé dans chaque établissement.</li></ul>	Organiser une réunion annuelle sur l'échange de pratiques et la revue des données de parcours de vie post-détention.  Organiser une réunion annuelle du comité de pilotage d'éducation et de promotion à la santé.

# ANNEXES

## Prendre en compte les contraintes spécifiques de certains usagers

- Le parcours santé des personnes migrantes ;
- le parcours santé des personnes sans-abri ou mal logées ;
- les personnes placées sous main de justice ;
- les gens du voyage ;
- les personnes en situation de prostitution.

## LE PARCOURS SANTÉ DES PERSONNES MIGRANTES

Les enjeux et les difficultés sont de natures différentes en **fonction des situations des personnes** concernées, et notamment leur **ancienneté sur le territoire** et surtout leur **statut administratif** en France : demandeurs d'asile, mineurs non accompagnés, personnes en transit, réfugiés ou bénéficiaires d'un autre titre de séjour, personnes en situation irrégulière...

### Principaux obstacles et points de rupture identifiés

- Effectivité de l'accès aux droits ;
- bilan de santé à l'arrivée ;
- enjeux de santé publique :
  - prévention et dépistage des maladies contagieuses : tuberculose, infections sexuellement transmissibles (IST)...
  - accès aux actions de prévention,
- prise en charge :
  - besoins de soins urgents,
  - accès à un médecin traitant et suivi des pathologies chroniques,
  - accès à des prises en charges spécialisées (ex : traitements onéreux...),
- santé mentale : traumatismes liés à des persécutions, à l'exil, à une situation de précarité en France... ;
- repérage dans le système de santé ;
- discriminations ;
- barrière de la langue et différences de perception de la santé en fonction des cultures ;
- prise en charge du vieillissement des anciens travailleurs migrants en foyers ;
- mutilations sexuelles féminines.

### Principaux leviers et ressources

- Services de lutte contre le non recours aux soins des Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et des Caisses de mutualité sociale agricole (MSA) ;
- permanences d'accès aux soins de santé ;
- dispositif des soins urgents hospitaliers ;
- Centres de lutte anti-tuberculose (CLAT), Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), centres de vaccination... ;
- médiation en santé ;
- services d'interprétariat en santé professionnels ;
- Équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) ;
- services spécialisés dans la prise en charge du psychotraumatisme et de la prise en charge interculturelle ;
- outils de communication adaptés ;
- formation des professionnels de santé, notamment libéraux et des services médico-sociaux aux spécificités des publics, à l'approche interculturelle, et aux prises en charge adaptées.

### Principaux obstacles et points de rupture identifiés

- Ruptures de droits ;
- parcours chaotiques ;
- enjeux de santé publique :
  - accès aux actions de prévention,
- prise en charge :
  - besoins de soins urgents,
  - accès à un médecin traitant et suivi des pathologies chroniques,
  - accès à des prises en charge spécialisées,
- santé mentale ;
- repérage dans le système de santé ;
- différences de perception de la santé.

### Principaux leviers et ressources

- Services de lutte contre le non-recours aux soins des Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et des Caisses de Mutualité sociale agricole (MSA) ;
- permanences d'accès aux soins de santé ;
- services médico-sociaux pour publics spécifiques : services d'addictologie, lits halte soins santé, appartements de coordination thérapeutique, lits d'accueil médicalisés... ;
- médiation en santé ;
- modalités de coopération entre les acteurs ;
- services de santé publique (centres de vaccination...)
- équipes mobiles psychiatrie précarité
- outils de communication adaptés ;
- formation des professionnels de santé, notamment libéraux et des services médico-sociaux aux spécificités des publics, à l'approche interculturelle, et aux prises en charge adaptées.

### Principaux obstacles et points de rupture identifiés

- Enjeux de santé publique :
  - accès aux actions de prévention / dépistages,
- prise en charge en détention :
  - besoins de soins urgents,
  - suivi des pathologies chroniques,
  - accès à des prises en charge spécialisées,
  - santé mentale / prévention du suicide,
  - vieillissement / fin de vie,
- prise en charge à la sortie :
  - ruptures de droits / parcours chaotiques,
  - repérage dans le système de santé,
  - accès au médecin traitant.

### Principaux leviers et ressources

- Unités sanitaires ;
- services d'insertion et de probation ;
- services de lutte contre le non recours aux soins des Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et des Caisses de Mutualité sociale agricole (MSA) ;
- Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ;
- services médico-sociaux pour publics spécifiques (sortie) : services d'addictologie, lits halte soin santé, appartements de coordination thérapeutique, lits d'accueil médicalisés... ;
- services de santé publique (centres de vaccination...);
- Équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP).

Enjeux important de coordination des acteurs, notamment en anticipant les sorties

### Principaux obstacles et points de rupture identifiés

- Ruptures de droits ;
- enjeux de santé publique :
  - accès aux actions de prévention,
- prise en charge :
  - besoins de soins urgents,
  - accès à un médecin traitant et suivi des pathologies chroniques,
  - accès à des prises en charge spécialisées,
- santé mentale ;
- repérage dans le système de santé ;
- discriminations ;
- différences de perception de la santé.

### Principaux leviers et ressources

- Services de lutte contre le non recours aux soins des Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et des Caisses de Mutualité sociale agricole (MSA) ;
- protection maternelle et infantile ;
- Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ;
- médiation en santé ;
- services de santé publique (centres de vaccination...);
- Équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) ;
- outils de communication adaptés ;
- formation des professionnels de santé, notamment libéraux et des services médico-sociaux aux spécificités des publics, à l'approche interculturelle, et aux prises en charge adaptées.

### Principaux obstacles et points de rupture identifiés

- Ruptures de droits ;
- enjeux de santé publique :
  - santé sexuelle : prévention des Infections sexuellement transmissibles (IST) notamment,
  - accès aux actions de prévention générales,
- prise en charge :
  - besoins de soins urgents,
  - accès à un médecin traitant et suivi des pathologies chroniques,
  - accès à des prises en charges spécialisées,
- prévention des violences ;
- discriminations ;
- passerelles avec le parcours santé des personnes migrantes.

### Principaux leviers et ressources

- Services de lutte contre le non recours aux soins de l'assurance maladie ;
- Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGGID), associations de prévention, notamment en santé sexuelle ;
- Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ;
- médiation en santé ;
- santé communautaire ;
- Équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) ;
- outils de communication adaptés ;
- formation des professionnels de santé, notamment libéraux et des services médico-sociaux aux spécificités des publics, à l'approche interculturelle, et aux prises en charge adaptées.

# GLOSSAIRE

## A

**ACI** : Accord conventionnel interprofessionnel

**ACT** : Appartement de coordination thérapeutique

**ADEME** : Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie

**ADN** : Acide désoxyribonucléique

**AICS** : Auteur d'infraction à caractère sexuel

**AMP** : Assistance médicale à la procréation

**ANBDD** : Agence normande de la biodiversité et du développement durable

**APA** : Activité physique adaptée

**ARS** : Agence régionale de santé

**ASE** : Aide sociale à l'enfance

**ASR** : Assistant spécialiste régional

**ATL** : Angioplastie transluminale

**AVC** : Accident vasculaire cérébral

## C

**CAARUD** : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues

**CAE** : Contrat d'accompagnement dans l'emploi

**CCC** : Cardiopathie congénitale complexe

**CCMU** : Classification clinique des malades des urgences

**CDAPH** : Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées

**CDU** : Commission des usagers

**CeGIDD** : Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic

**CESP** : Contrat d'engagement de service public

**CH** : Centre hospitalier

**CHAG** : Centre hospitalier d'Avranches-Granville

**CHICAM** : Centre hospitalier intercommunal Alençon-Mamers

**CHIELVdR** : Centre hospitalier intercommunal Elbeuf-Louviers-Val de Reuil

**CHPC** : Centre hospitalier public du Cotentin

**CHU** : Centre hospitalier universitaire

**CIIVISE** : Commission indépendante sur l'inceste et les violences sexuelles faites aux enfants

**CLACT** : Contrat local d'amélioration des conditions de travail

**CLAT** : Centre de lutte anti tuberculeuse

**CLCC** : Centre de lutte contre le cancer

**CLS** : Contrat local de santé

**CLSM** : Conseil local de santé mentale

**CMP** : Centre médico-psychologique

**CMPP** : Centre médico-psycho-pédagogique

**CNH** : Conférence nationale du handicap

**CNR** : Conseil national de la Refondation

**COFIL** : Comité de pilotage

**COS** : Cadre d'orientation stratégique

**CPAM** : Caisse primaire d'Assurance maladie

**CPOM** : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

**CPP** : Centre périnatal de proximité

**CPS** : Compétences psychosociales

**CPTS** : Communauté professionnelle territoriale de santé

**CREX** : Comité de retour d'expérience

**CRIP** : Cellule départementale de recueil des informations préoccupantes

**CRP** : Centre régional du psychotraumatisme

**CRSA** : Conférence régionale de la santé et de l'autonomie

**CRT** : Centre de ressources territorial (secteur personnes âgées)

**CSAPA** : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

**CSDU** : Commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers

**CSH** : Cellule souche hématopoïétique

**CSP** : Cellule souche périphérique

**CSOS** : Commission spécialisée de l'organisation des soins

**CSP** : Cellule souche périphérique

**CSP** : Code de santé publique

**CTPS** : Comité territorial de promotion de la santé

**CTS** : Conseil territorial de santé

**CTSM** : Contrat territorial de santé mentale

**CVS** : Conseil de vie sociale

## D

**DAC** : Dispositif d'appui à la coordination

**DAI** : Défibrillateur automatique implantable

**DAR** : Dispositif d'autorégulation

**DDETS** : Direction départementale de l'emploi, du travail et des solidarités

**DHOS** : Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins

**DMIA** : Dispositif médical implantable actif

**DMP** : Dossier médical partagé

**DRAAF** : Direction régionale de l'agriculture, de l'alimentation et de la forêt

**DRAJES** : Délégation régionale académique à la jeunesse, à l'engagement et aux sports

**DREAL** : Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement

**DREETS** : Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités

**DREES** : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

**DRM** : Dossiers de régulation médicale

**DTP** : Diphtérie tétanos poliomyélite

## E

**EHPAD** : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

**EMAS** : Équipes mobiles d'appui à la scolarisation

**EMG** : Équipe mobile gériatrique

**EMGD** : pour Équipe mobile de gériatrie à domicile

**EMPP** : Équipe mobile psychiatrie précarité

**EMSP** : Équipe mobile de soins palliatifs

**EMT** : Équipe médicale de territoire

**EPP** : Entretien prénatal précoce

**ERRED** : Équipe référente régionale enfants en danger

**ESAT** : Établissement et service d'aide par le travail

**ESMS** : Établissements et services médico-sociaux

**ESP** : Équipe de soins primaires

**ESPIC** : Établissements de santé privés d'intérêt collectif

**ESSIP** : Équipes spécialisées en soins infirmiers précarité

**ETP** : Éducation thérapeutique du patient

**EVC** : États végétatifs chroniques

## F

**FAO** : Organisation pour l'alimentation et l'agriculture

**FAS** : France assos santé

**FINESS** : Fichier national des établissements sanitaires et sociaux

## G

**GEM** : Groupe d'entraide mutuelle

**GHH** : Groupe hospitalier du Havre

**GHT** : Groupement hospitalier de territoire

**GIEC** : Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat

**GO** : Gynécologie-obstétrique

**GRADeS** : Groupement régional d'appui au développement de l'e-santé

## H

**HAD** : Hospitalisation à domicile

**HAS** : Haute autorité de santé

**HCSP** : Haut conseil de santé publique

**HDJ** : Hôpital de jour

**HIB** : Méningite à Haemophilus

**HPE** : Hospitalisation potentiellement évitables

**HPE (établissement)** : Hôpital privé de l'Estuaire

**HPSM** : Hôpital privé Saint-Martin

**HPV** : Papillomavirus humains

**HTSH** : Hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation

**HVB** : Hépatite B

## I

**IA** : Intelligence artificielle

**ICPE** : Installations classées pour la protection de l'environnement

**ICAPS** : Intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité

**IDE** : Infirmier diplômé d'Etat

**IEM** : Indice d'exposition multiple

**IFSI** : Institut de formation en soins infirmiers

**IHAB** : Initiative hôpital ami des bébés

**INCa** : Institut national du cancer

**INRAE** : Institut national de recherche pour l'agriculture, l'alimentation et l'environnement

**INSEE** : Institut national de la statistique et des études économiques

**IPA** : Infirmier en pratique avancée

**IRAPS** : Instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins

**IRC** : Insuffisance rénale chronique

**IRM** : Imagerie par résonance magnétique

**ISS** : Inégalités sociales de santé

**IST** : Infection sexuellement transmissible

**IVG** : Interruption volontaire de grossesse

## L

**LAM** : Lit d'accueil médicalisé

**LBM** : Laboratoire de biologie médicale

**LFSS** : Loi de financement de la sécurité sociale

**LHSS** : Lits halte soins santé

## M

**M3C** : Malformation cardiopathie congénitale complexe

**MAR** : Médecin anesthésiste – réanimateur

**MCO** : Médecine, chirurgie, obstétrique

**MDA** : Maisons des adolescents

**MDPH** : Maison départementale des personnes handicapées

**MRP** : Médicament radiopharmaceutique

**MSA** : Mutualité sociale agricole

**MSP** : Maison de santé pluriprofessionnelle

## N

**NEO** : Normandie études observation

**NRI** : Neuroradiologie interventionnelle

## O

**OIE** : Organisation mondiale de la santé animale

**OMEDIT** : Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique

**OMS** : Organisation mondiale de la santé

**ONDAM** : Objectif national de dépenses de l'Assurance maladie

**ONDPS** : Observatoire national de la démographie des professions de santé

**ORL** : Oto-rhino-laryngologie

**ORS-CREAI** : Observatoire régional de la santé - Centre régional d'études, d'actions et d'informations

**ORSAN** : Organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles

**OR2S** : Observatoire régional de la santé et du social

## P

**PAI** : Plan d'aide à l'investissement

**PASA** : Pôle d'activité et de soins adaptés

**PASS** : Permanence d'accès aux soins de santé

**PCO** : Plateformes de coordination et d'orientation

**PDS** : Permanence des soins

**PDSA** : Permanence des soins ambulatoires

**PDSES** : Permanence des soins en établissement de santé

**PH** : Personnes en situation de handicap

**PMI** : Protection maternelle et infantile

**PMSI** : Programme de médicalisation des systèmes d'information

**PNRT** : Programme national de réduction du tabagisme

**PPRT** : Plan de protection des risques technologiques

**PPS** : Prévention et promotion de la santé

**PRADO** : Programme de retour à domicile

**PRAPS** : Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

**PRAP2S** : Prévention des risques liés à l'activité physique dans le secteur sanitaire et social

**PRS** : Projet régional de santé

**PRSE** : Plan régional santé environnement

**PRST** : Plan régional santé au travail

**PSLA** : Pôle de santé libéral ambulatoire

**PSSM** : Premiers secours en santé mentale

**PTS** : Pratique thérapeutique spécifique

**PTSM** : Projet territorial de santé mentale

## Q

**QPV** : Quartier prioritaire de la politique de la ville

**QVCT** : Qualité de vie et des conditions de travail

## R

**RCP** : Réunion de concertation pluridisciplinaire

**RdRD** : Réduction des risques et des dommages

**RH** : Ressources humaines

**ROR** : Répertoire opérationnel des ressources

**ROR (Vaccin)** : Rougeole-oreillons-rubéole

**RIV** : Radiothérapie interne vectorisée

**RPIB** : Repérage précoce intervention brève

**RPPS** : Répertoire partagé des professionnels de santé

**RRAMU** : Réseau régional de l'aide médicale urgente

## S

**SA** : Semaine d'aménorrhée

**SAD** : Service d'autonomie à domicile

**SAMU** : Service d'aide médicale urgente

**SAS** : Services d'accès aux soins

**SCAD** : Suivi clinique à domicile

**SDIS** : Services départementaux d'incendie et de secours

**SEP** : Sclérose en plaques

**SESSAD** : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile

**SID-SDO** : Système d'Information décisionnel de suivi des décisions d'orientation

**SIOS** : Schéma interrégional d'organisation sanitaire

**SISM** : Semaine d'information en santé mentale

**SLA** : Sclérose latérale amyotrophique

**SMR** : Soins médicaux et de réadaptation

**SMUR** : Service mobile d'urgence et de réanimation

**SNDS** : Système national des données de santé

**SPASAD** : Service polyvalent d'aide et de soins à domicile

**SPS** : Soins aux professionnels de santé

**SRS** : Schéma régional de santé

**SSA** : Service de santé des armées

**SSC** : Soins psychiatriques sans consentement

**SSE** : Situation sanitaire exceptionnelle

**SSIAD** : Service de soins infirmiers à domicile

**SU** : Service des urgences

## T

**TAPAJ** : Travail alternatif payé à la journée

**TAVI** : Implantation transcathéter des bioprothèses valvulaires aortiques

**TCA** : Troubles des conduites alimentaires

**TEMP** : Tomographie d'émission mono photonique

**TEP** : Tomographie par émission de positons

**TIAC** : Toxi-infection alimentaire collective

**TIV** : Thrombolyse intraveineuse

**TMSC** : Traitements médicamenteux systémiques du cancer

**TND** : Trouble du neurodéveloppement

**TS** : Territoire de santé

**TSA** : Trouble du spectre de l'autisme

## U

**UAD** : Unité d'autodialyse

**UAPED** : Unité d'accueil pédiatrique enfants en danger

**UDM** : Unité de dialyse médicalisée

**UCC** : Unité cognitivo-comportementale

**UEE** : Unité d'enseignement externalisée

**UEEA** : Unité d'enseignement en élémentaire autisme

**UEMA** : Unité d'enseignement en maternelle autisme

**UHR** : Unité d'hébergement renforcée

**UHSA** : Unité hospitalière spécialement aménagée

**UMJ** : Unité médico-judiciaire

**UNV** : Unité neuro-vasculaire

**URPS** : Union régionale des professionnels de santé

**USLD** : Unité de soins de longue durée

**USC** : Unité de surveillance continue

**USIC** : Unité de soins intensifs de cardiologie

**USIH** : Unité de soins intensifs d'hématologie

**USINV** : Unité de soins intensifs de neurologie vasculaire

**USIPc** : Unité de soins intensifs polyvalents contigus

**USIPd** : Unité de soins intensifs polyvalents dérogatoires

**UVP** : Unité de vie protégée

V

**VIH** : Virus de l'immunodéficience humaine

Z

**ZIP** : Zones d'intervention prioritaires

**ZRR** : Zone de revitalisation rurale

Projet régional  
de **santé**  
Normandie  
2023-2028



**ARS Normandie**

Esplanade Claude Monet • 2 place Jean Nouzille  
CS 55035 • 14050 Caen Cedex 4



[www.normandie.ars.sante.fr](http://www.normandie.ars.sante.fr)

Direction interrégionale de la Mer Manche Est -  
Mer du Nord

R28-2024-12-19-00017

AVIS-RI-CRGF-Normandie-AEP - Relatif au  
règlement intérieur de la commission régionale  
de gestion de la flotte et des autorisations de  
pêche de Normandie pour les régimes  
d'autorisation de pêche



**PRÉFET  
DE LA RÉGION  
NORMANDIE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**Direction interrégionale de la mer  
Manche Est – Mer du Nord**

**Mission territoriale de CAEN**

Caen, le 19 décembre 2024

## **AVIS**

### **Relatif au règlement intérieur de la commission régionale de gestion de la flotte et des autorisations de pêche de Normandie pour les régimes d'autorisation de pêche**

Conformément à l'article D.914-2-1 du livre IX du code rural et de la pêche maritime, le règlement intérieur de la commission régionale de gestion de la flotte et des autorisations de pêche de Normandie pour les régimes d'autorisation de pêche pendant l'année 2025 a été adopté lors de la commission du 19 décembre 2024.

Ce règlement intérieur fait l'objet du présent avis publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de Normandie.



**PRÉFET  
DE LA RÉGION  
NORMANDIE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**Direction interrégionale de la mer  
Manche Est – Mer du Nord**

**Règlement intérieur de la commission régionale  
de gestion de la flotte et des autorisations de pêche de Normandie  
pour les régimes d'autorisations de pêche  
mis à jour lors de la CRGF du 19 décembre 2024**

Dans le cadre des régimes d'autorisations de pêche mentionnées à l'article R.921-31 du code rural et de la pêche maritime, il est créé la commission régionale de gestion de la flotte et des autorisations de pêche de Normandie (CRGF) conformément à l'article D914-1 du code rural et de la pêche maritime.

**Article 1 - Attributions :**

La commission est consultée et rend un avis sur les régimes d'autorisation de pêche mentionnées à l'article R. 921-21, pour tous les navires immatriculés dans les quartiers relevant de son ressort territorial :

- Sur les demandes de transfert d'éligibilité prévues par les articles R. 921-31 et R. 921-32 ; elle peut également être consultée sur les demandes initiales ou de renouvellement mentionnées aux articles R. 921-21 et R. 921-26 ;
- Sur les demandes de réservation de capacités des navires qui ne sont pas destinés à être exploités au sein d'une organisation de producteurs mais dont l'activité projetée est soumise à la délivrance d'une autorisation de pêche prévue à l'article R. 921-21 ou à un régime de quotas de captures ou d'effort de pêche.

Ces avis sont rendus soit en séance plénière, lors de la réunion de la CRGF, soit dans le cadre d'une procédure de consultation électronique prévue à l'article 9 du présent règlement intérieur.

**Article 2 - Composition :**

La composition de la CRGF est définie par arrêté préfectoral.

**Article 3 - Désignation des membres :**

Les membres de la CRGF sont désignés pour une durée de 4 ans. Leur mandat est renouvelable.

**Article 4 - Suppléance :**

Un membre de la CRGF peut donner un mandat à un autre membre, nul ne peut détenir plus d'un mandat.

Un membre désigné en raison de son mandat électif ne peut être suppléé que par un élu de la même assemblée délibérante ou organisation de producteur.

**Article 5 - Conditions de mandat :**

Le membre de la commission qui, au cours de son mandat, décède, démissionne ou perd la qualité au titre de laquelle il a été désigné est remplacé pour la durée du mandat restant à courir par une personne désignée dans les mêmes conditions.

### **Article 6 - Convocations :**

La CRGF se réunit au moins une fois par an ou en tant que de besoin sur convocation de son président qui en fixe l'ordre du jour.

Les membres de la CRGF reçoivent par courriel, cinq jours au moins avant la date de réunion une convocation comportant le tableau récapitulatif des demandes sur les régimes d'autorisation de pêche à statuer.

### **Article 7 - Quorum :**

Le quorum est atteint lorsque la moitié au moins des membres composant la CRGF sont présents, y compris les membres prenant part aux débats au moyen d'une conférence téléphonique ou audiovisuelle, ou ont donné mandat.

Lorsque le quorum n'est pas atteint, la CRGF délibère valablement sans condition de quorum après une nouvelle convocation, dans un délai maximum de 5 jours, portant sur le même ordre du jour et spécifiant qu'aucun quorum ne sera exigé.

### **Article 8 - Audition de personne(s) externe(s) :**

La CRGF peut sur décision de son président, entendre toute personne extérieure dont l'audition est de nature à éclairer ses délibérations. Les personnes ainsi entendues ne participent pas au vote.

### **Article 9 - Consultation écrite ou électronique :**

La CRGF peut être consultée en tant que de besoin par voie écrite ou électronique. Son avis est alors réputé rendu quinze jours francs après réception du tableau récapitulatif des demandes sur les régimes d'autorisation de pêche à statuer.

Les observations émises par chacun des membres sont immédiatement communiquées à l'ensemble des autres membres participants ou leur sont accessibles, de façon qu'ils puissent y répondre pendant le délai prévu pour la délibération, afin d'assurer le caractère collégial de celle-ci.

La délibération électronique n'est valable que si la moitié au moins des membres de la commission y a effectivement participé.

Cette consultation électronique pourra concerner, pour les demandes d'autorisation de pêche sous réserve de transfert suffisant de capacité de pêche dans le cadre d'un régime de gestion contingenté en jauge ou en puissance motrice développée, les cas suivants :

- demande de transfert d'une autorisation d'un producteur vers un autre de ses navires dont il est l'unique armateur,
- demande de transfert d'une autorisation d'un producteur vers un autre de ses navires dont le PME a été renouvelé,
- demande de transfert d'éligibilité avec accord des producteurs et des organisations professionnelles/ou de producteurs
- demande de transfert dans le cadre d'un protocole de suivi des droits visé par les producteurs et les organisations de producteurs et/ou les organisations professionnelles concernées.

Toute demande présentée dans le cadre d'une consultation électronique de la CRGF doit être automatiquement renvoyée à la réunion suivante :

- si les échanges qu'elle suscite le justifient
- si l'un des membres de la CRGF exprime un avis à teneur explicitement négative dans le délai de quinze jours francs et si cet avis apparaît fondé.

#### **Article 10 - Conflit d'intérêts :**

Afin de prévenir tout risque de conflit d'intérêts, les membres de la commission ne peuvent pas prendre part aux délibérations lorsqu'ils ont un intérêt personnel avec les demandes soumises à l'avis de la commission. Ils déclarent sur l'honneur en début de réunion ou dans l'avis rendu par écrit ou par voie électronique, l'absence de toute situation de conflit d'intérêts.

#### **Article 11 - Vote :**

La commission se prononce à la majorité des voix des membres présents ou représentés.

Le vote peut être réalisé à main levée ou par bulletin secret.

Lorsqu'il a le droit de vote, le président a voix prépondérante en cas de partage égal des voix.

La CRGF se prononce à la majorité des voix des représentants. Si aucune majorité simple ne peut être obtenue, il sera indiqué, qu'après examen de la proposition, la demande a reçu un avis négatif.

Une demande ayant reçu un avis négatif peut néanmoins faire l'objet d'une nouvelle expertise lors de la réunion plénière suivante de la CRGF si un complément d'informations est fourni par le demandeur.

Les demandes incomplètes ne seront pas soumises pour avis aux membres de la CRGF. Le Président de la CRGF en informera néanmoins les membres.

En l'absence de production des éléments faisant défaut par le demandeur sous un délai d'un mois suivant la réunion plénière de la CRGF, la demande est déclarée non recevable. Le demandeur aura alors l'obligation de représenter une nouvelle demande auprès de son service instructeur.

#### **Article 12 - Règles de classement :**

Les règles applicables aux demandes d'autorisations de pêche sont présentées dans les doctrines de la Commission consultative de la gestion des ressources halieutiques relatives aux régimes Manche-Est Demersaux (AEP ME-DEM) , Sole Manche-Est (ANP SOLME) et exercice de la pêche en Manche occidentale aux engins chaluts à perche et filets fixes (AEP SMO) annexées au présent règlement intérieur.

#### **Article 13 - Procès-verbal :**

Le procès-verbal de la réunion de la commission signé par le président indique le nom et la qualité des membres présents, les questions traitées au cours de la séance et le sens de chacune des délibérations. Il précise le cas échéant, le nom des mandataires et des mandants. En cas de vote par courriel, les mails contenant les votes sont annexés au procès-verbal.

Tout membre de la commission peut demander qu'il soit fait mention de son désaccord avec l'avis rendu.

#### **Article 14 - Confidentialité des travaux :**

Les informations portées à la connaissance des membres de la commission ainsi qu'aux personnes extérieures invitées à participer aux travaux de la commission sont confidentielles. Les membres et personnes invitées sont tenues de ne pas les divulguer en dehors de la commission.

#### **Article 14- Publication :**

Ce règlement intérieur sera publié pour avis au recueil des actes administratifs de la préfecture de Normandie

**ANNEXE**  
**au règlement intérieur de la commission régionale**  
**de gestion de la flotte et des autorisations de pêche de Normandie**  
**pour les régimes d'autorisations de pêche**

**Calendrier relatif à l'organisation des commissions régionales de gestion  
de la flotte de pêche de Normandie en vue de la validation des demandes de transfert  
durant l'année 2025**

**Janvier 2025**

**Jusqu'au 14 janvier 2025** : Instruction des demandes de transfert pour l'année de gestion 2024  
**Du 15 au 29 janvier 2025** : consultation écrite des membres de la CRGF de Normandie

**Février 2025**

**Jusqu'au 5 février 2025** : envoi des demandes de transfert  
**Du 6 au 13 février 2025** : Instruction des demandes de transfert  
**Du 14 au 28 février 2025** : consultation écrite des membres de la CRGF de Normandie

**Mars 2025**

**Jusqu'au 7 mars 2025** : envoi des demandes de transfert  
**Du 8 au 16 mars 2025** : Instruction des demandes de transfert  
**Du 17 au 28 mars 2025** : consultation écrite des membres de la CRGF de Normandie

**Avril 2025**

**Jusqu'au 7 avril 2025** : envoi des demandes de transfert  
**Du 8 au 14 avril 2025** : Instruction des demandes de transfert  
**Du 15 au 30 avril 2025** : consultation écrite des membres de la CRGF de Normandie

**Mai 2025**

**Jusqu'au 7 mai 2025** : envoi des demandes de transfert  
**Du 9 au 14 mai 2025** : Instruction des demandes de transfert  
**Du 15 au 31 mai 2025** : consultation écrite des membres de la CRGF de Normandie

**Juin 2025**

**Jusqu'au 6 juin 2025** : envoi des demandes de transfert  
**Du 10 au 14 juin 2025** : Instruction des demandes de transfert  
**Du 15 au 30 juin 2025** : consultation écrite des membres de la CRGF de Normandie

### Juillet 2025

**Jusqu'au 8 juillet 2025** : envoi des demandes de transfert

**Du 9 au 16 juillet 2025** : Instruction des demandes de transfert

**Du 17 au 31 juillet 2025** : consultation écrite des membres de la CRGF de Normandie

### Septembre 2025

**Jusqu'au 5 septembre 2025** : envoi des demandes de transfert

**Du 8 au 15 septembre 2025** : Instruction des demandes de transfert

**Du 16 au 30 septembre 2025** : consultation écrite des membres de la CRGF de Normandie

### Octobre 2025

**Jusqu'au 8 octobre 2025** : envoi des demandes de transfert

**Du 9 au 16 octobre 2025** : Instruction des demandes de transfert

**Du 17 au 31 octobre 2025** : consultation écrite des membres de la CRGF de Normandie

### Novembre 2025

**Jusqu'au 7 novembre 2025** : envoi des demandes de transfert

**Du 10 au 16 novembre 2025** : Instruction des demandes de transfert

**Du 17 au 28 novembre 2025** : consultation écrite des membres de la CRGF de Normandie

**/! Toute demande pour l'année de gestion N+1 de tout nouveau couple armateur / navire sollicitant la réserve des navires n'adhérant pas à une organisation de producteurs doit être déposée avant le 30 novembre de l'année N**

### Décembre 2025

**Jusqu'au 5 décembre 2025** : envoi des demandes de transfert

**Du 8 au 16 décembre 2025** : Instruction des demandes de transfert

**Du 17 au 31 décembre 2025** : consultation écrite des membres de la CRGF de Normandie

**ANNEXE**  
**au règlement intérieur de la commission régionale**  
**de gestion de la flotte et des autorisations de pêche de Normandie**  
**pour les régimes d'autorisations de pêche**

**DOCTRINES relatives aux régimes**  
**AEP ME-DEMERSAUX, ANP SOLME et AEP SMO**

**Validées lors de la CRF de Normandie du 19 décembre 2024**

Les règles ci-dessous s'appliquent aux cas de demandes présentées en CRGF de Normandie, à savoir aux demandes de transferts d'éligibilité et de transfert d'éligibilité associées à demandes de réservation qui sollicitent des capacités en provenance de la réserve Hors OP ou nationale.

Les armateurs Hors OP ont priorité pour accéder aux capacités de la réserve Hors OP.

**Réserve nationale** : Les armateurs adhérents à des OP peuvent accéder à des capacités de la réserve nationale au même titre que les armateurs Hors OP, sous réserve que la réserve capacitaire de leur OP d'adhésion ne soit pas suffisante.

**Réserve Hors OP** : Les armateurs Hors OP sont prioritaires pour accéder à la réserve Hors OP. Les armateurs adhérents à une OP peuvent la solliciter mais n'en bénéficieront que si la réserve capacitaire de leur OP est insuffisante. A dossiers égaux sollicitant de la réserve Hors OP, l'armateur Hors OP aura la priorité.

**L'éligibilité ou éligibilité définitive** s'entend des couples navires-armateurs détenant l'éligibilité à titre définitif, soit pas le biais d'un transfert définitif soit parce qu'ils font partie de la liste des couples navires-armateurs éligibles initiaux sur un régime d'autorisation donné. Ces couples navires armateurs n'ont pas besoin d'être éligibles (= de passer en CRGF) puisqu'ils sont déjà éligibles. En revanche, cet historique est important en cas de rupture du couple navire-armateur pour déterminer la règle de doctrine adéquate. En pareille hypothèse, c'est généralement le navire anciennement éligible qui permet une reconduction de l'éligibilité sur le nouveau couple, pas l'armateur.

**L'éligibilité à titre provisoire** s'entend du couple navire-armateur qui bénéficie d'un transfert provisoire à l'année n-1.

Les OP ont la faculté de suivre ces règles de doctrine pour le compte de leurs adhérents qui solliciteraient de la réserve OP (cas de demandes présentées en CRGF électronique-écrite).

		ME-DEMERSAUX (Manche-Est Démersaux)	SMO (Sole Manche Ouest)	SOLME (Sole Manche Est)
<b>Segment en déséquilibre</b>				
<b>Cas 1</b>	La demande est faite pour un navire appartenant à un segment en déséquilibre dont la liste est précisée par le rapport capacité mis à jour au 1er juin de chaque année civile.	Avis défavorable	Avis défavorable	Avis défavorable
<b>Cas des navires éligibles (armateur non éligible)</b>				
<b>Cas 2</b>	La demande est faite par le nouvel armateur d'un navire qui était éligible à l'autorisation sollicitée.	Avis favorable en transfert provisoire issu de la réserve HORS OP tant que l'armateur ne rechange pas pendant 2 ans**. Fondement juridique : Article R.921-31 du CRPM	Avis favorable en transfert provisoire issue de la réserve HORS OP tant que : - l'armateur ne rechange pas, et, - le nouvel armateur respecte les conditions d'activité fixées lors de l'attribution : - avoir une activité avec les engins réglementés octroyés. - pêcher moins de 300 kg de captures de sole VII e par an. Une nouvelle modification de l'armateur entraîne la fin du transfert provisoire. Fondement juridique : Article R.921-31 du CRPM	Avis favorable en transfert provisoire issue de la réserve HORS OP tant que : - l'armateur ne rechange pas, et, - le nouvel armateur respecte les conditions d'activité fixées lors de l'attribution : - avoir une activité avec les engins réglementés octroyés. - Pêcher ; au moins 300 kg de captures de sole VII d par an. - Une nouvelle modification de l'armateur entraîne la fin du transfert provisoire. Fondement juridique : Article R.921-31 du CRPM
<b>Cas des couples navire-armateurs éligibles à titre définitif (renouvellement)</b>				
<b>Cas 3</b>	La demande est faite par l'armateur d'un couple navire-armateur éligible aux fins d'augmenter la capacité du navire dans le contingent concerné. (hors hypothèse de sécurité à bord ou suite à évènement de mer)	Refus compte-tenu du plafond capacitaire pour la zone VII d et des équilibres socio-économiques, biologiques et des marchés. Fondement juridique : Article R.921-30 du CRPM	Application du cas n°8	Refus de toutes les demandes déposées augmentant la capacité en activité dans la pêcherie en l'état des possibilités de pêche des hors OP. Fondement juridique : Article R.921-30 du CRPM
<b>Cas 4</b>	La demande est faite par l'armateur d'un navire éligible (en TD ou TP) aux fins d'augmenter la capacité du navire pour des raisons de sécurité du navire ou suite à la survenance d'un évènement de mer	Plafonnement d'augmentation : avis favorable en transfert provisoire dans la limite d'augmentation de 10 UMS, 100 kw et 10% de la taille des navires. Le dépassement de l'augmentation de l'une de ces caractéristiques ne permet pas de rendre un avis favorable.	Avis favorable en transfert provisoire (sans plafonnement d'augmentation car les segments concernés sont beaucoup trop différents sur ce régime SMO)	Plafonnement d'augmentation : avis favorable en transfert provisoire dans la limite d'augmentation de 10 UMS, 100 kw et 10% de la taille des navires. Le dépassement de l'augmentation de l'une de ces caractéristiques ne permet pas de rendre un avis favorable.
<b>Cas 5</b>	La demande est faite par un armateur qui était éligible sur le régime avec son ancien navire. Hypothèse du renouvellement du navire par la construction neuve (à capacité égale ou inférieure)	Avis favorable	Avis favorable	Avis favorable

Cas des couples navire-armateurs éligibles à titre provisoire				
<b>Cas 6</b>	Le couple navire-armateur qui bénéficie d'un transfert provisoire pendant deux années de gestion consécutive (n-1 et n-2)	Le couple navire-armateur peut bénéficier, pour l'année n, d'un transfert définitif. Les capacités retombent en réserve Hors OP ou réserve nationale en cas de rupture du couple navire-armateur.*	Le couple navire-armateur peut bénéficier, pour l'année n, d'un transfert définitif. Les capacités retombent en réserve Hors OP ou réserve nationale en cas de rupture du couple navire-armateur.*	Le couple navire-armateur peut bénéficier, pour l'année n, d'un transfert définitif. Les capacités retombent en réserve Hors OP ou réserve nationale en cas de rupture du couple navire-armateur.*
<b>Cas 7</b>	Le couple navire-armateur qui bénéficie d'un transfert provisoire en année n-1.	Le couple navire-armateur peut bénéficier d'un renouvellement du transfert provisoire à l'année n (sous réserve de respect de l'arrêté du 27 mai 2016)	Le couple navire-armateur peut bénéficier d'un renouvellement du transfert provisoire à l'année n (sous réserve de respect de l'arrêté du 27 mai 2016)	Le couple navire-armateur peut bénéficier d'un renouvellement du transfert provisoire à l'année n (sous réserve de respect de l'arrêté du 27 mai 2016)
Cas des couples navire-armateur non-éligibles				
<b>Cas 8</b>	Le couple navire-armateur n'est pas éligible au régime (pas de transfert définitif ni de transfert provisoire en année n-1). Il est donc considéré comme nouvel-entrant sur la pêcherie.	Avis défavorable compte-tenu de la redéfinition en cours du plafond capacitaire pour la zone VIIId et des équilibres socio-économiques, biologiques et des marchés. Fondement juridique : - Articles L.921-2 et R.921-21 du code rural et de la pêche maritime. - Règlement (UE) 2018/973 du Parlement européen et du Conseil du 4 juillet 2018 établissant un plan pluriannuel pour les stocks démersaux de la mer du Nord et les pêcheries exploitant ces stocks	Avis favorable en transfert provisoire sur la réserve HORS OP ou nationale si les possibilités de pêche le permettent et sous réserve de respecter les conditions d'activité suivantes : - avoir une activité avec les engins réglementés octroyés. - si l'armateur est Hors OP, pêcher moins de 300 kg de captures de sole VIIe par an.	Refus de toutes les demandes déposées par des navires non éligibles dans la pêcherie en l'état des possibilités de pêche des hors OP.
<b>Cas 9</b>	L'armateur était éligible sur le régime avec son ancien navire. Il change son navire au profit d'un navire qui n'était pas éligible et qu'il achète à un autre armateur.	Avis défavorable (gel de la réserve Hors OP) Fondement juridique : - Articles L.921-2 et R.921-21 du code rural et de la pêche maritime. - Règlement (UE) 2018/973 du Parlement européen et du Conseil du 4 juillet 2018 établissant un plan pluriannuel pour les stocks démersaux de la mer du Nord et les pêcheries exploitant ces stocks	Refus sauf application du cas n°8	Refus de toutes les demandes déposées par des navires non éligibles dans la pêcherie en l'état des possibilités de pêche des hors OP.
Cas particulier - navire OP				
<b>Cas 10</b>	Demande faite par le nouvel armateur adhérent à une OP qui vient d'acquérir un navire qui était Hors OP avec son ancien armateur. L'ancien couple navire-armateur Hors OP était éligible à l'autorisation sollicitée	Avis favorable en transfert provisoire issu de la réserve Hors OP tant que l'armateur ne rechange pas pendant 2 ans*.	Avis favorable en transfert provisoire issue de la réserve Hors OP tant que l'armateur ne rechange pas. Une nouvelle modification de l'armateur entraîne la fin du transfert provisoire.	Avis favorable en transfert provisoire issue de la réserve Hors OP tant que l'armateur ne rechange pas. Une nouvelle modification de l'armateur entraîne la fin du transfert provisoire.

\*En cas de rupture du couple navire-armateur, l'éligibilité octroyée dans le cadre d'un tel transfert définitif retombe dans la réserve donneuse (réserve Hors Op ou réserve nationale, selon les cas).

Il est rappelé que ces deux réserves sont distinctes, notamment en ce que la réserve Hors Op est réservée aux navires qui n'adhèrent pas à une OP, tandis que la réserve nationale,

dont les capacités correspondent à un reliquat du plafond capacitaire calculé au moment de la création du régime d'autorisation, est utilisable à la fois par les navires adhérents à une OP

et par ceux n'y adhérant pas.

\*\* Le transfert est provisoire pendant 2 ans ; il est renouvelé tant que l'armateur ne recharge pas et que le nouvel armateur respecte les conditions d'activités fixées lors de l'attribution

(avoir une activité avec les engins réglementés octroyés et pêcher moins de 1,5% de captures de cabillaud par an).

Une nouvelle modification de l'armateur entraîne la fin du transfert provisoire. Au bout de 2 ans, si l'armateur n'a pas changé et s'il a respecté les conditions d'activité fixées lors de l'attribution

de l'AEP, le transfert peut devenir, après avis de la CRGF, définitif.

**Les doctrines sont applicables à tous (navires Hors OP et navire OP), sauf que les navires OP ne sont pas prioritaires sur la réserve Hors OP.**

**Accès dans les mêmes conditions à la réserve nationale par les navires OP et Hors OP (pas d'ordre de priorité).**

<b>Régime AEP/ANP (contingenté = avec réserves capacitaires)</b>	<b>Hors OP (oui/non)</b>	<b>Nationale (oui/non)</b>
AEP ME-DEMERSAUX	Oui (gelée CCGRH 04/12/19)	Non
AEP SOLME	OUI	OUI
AEP SMO	OUI	OUI

Direction interrégionale de la Mer Manche Est -  
Mer du Nord

R28-2024-12-19-00018

AVIS-RI-CRGF-Normandie-PME - Relatif au  
règlement intérieur de la commission régionale  
de gestion de la flotte et des autorisations de  
pêche de Normandie pour les régimes  
d'autorisation de pêche



**PRÉFET  
DE LA RÉGION  
NORMANDIE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**Direction interrégionale de la mer  
Manche Est – Mer du Nord**

**Mission territoriale de CAEN**

Caen, le 19 décembre 2024

## **AVIS**

### **Relatif au règlement intérieur de la commission régionale de gestion de la flotte et des autorisations de pêche de Normandie pour la délivrance des permis de mise en exploitation des navires de 25m ou moins de longueur hors tout**

Conformément à l'article D.914-2-1 du livre IX du code rural et de la pêche maritime, le règlement intérieur de la commission régionale de gestion de la flotte et des autorisations de pêche de Normandie pour la délivrance des permis de mise en exploitation des navires de 25m ou moins de longueur hors tout pendant l'année 2025 a été adopté lors de la commission du 19 décembre 2024.

Ce règlement intérieur fait l'objet du présent avis publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de Normandie.



**Règlement intérieur de la commission régionale  
de gestion de la flotte de pêche de Normandie  
pour la délivrance des permis de mise en exploitation  
des navires de 25 mètres ou moins de longueur hors tout**  
mis à jour lors de la CRGF du 19 décembre 2024

Dans le cadre des modalités d'entrée et de sortie de flotte des navires de pêche professionnelle, il est créé la commission régionale de gestion de la flotte de pêche de Normandie conformément à l'article D914-1 du code rural et de la pêche maritime.

**Article 1 - Attributions :**

La commission concourt à la mise en œuvre de la politique publique de la pêche et de l'aquaculture marine et à l'orientation des choix d'équipement dans ces secteurs conformément aux objectifs de la politique commune de la pêche.

Cette commission est également consultée sur la délivrance, par le préfet de région du lieu d'immatriculation du navire, des permis de mise en exploitation (PME) des navires de 25 mètres et moins de longueur hors tout destinés à être armés à la pêche professionnelle, dans les conditions prévues à l'article R. 921-10 du code rural et de la pêche maritime.

**Article 2 - Composition :**

La composition de la commission régionale de gestion de la flotte de pêche est définie par arrêté préfectoral.

**Article 3 - Désignation des membres :**

Les membres de la commission régionale de gestion de la flotte de pêche sont désignés pour une durée de 4 ans. Leur mandat est renouvelable.

**Article 4 - Suppléance :**

Un membre de la commission peut donner un mandat à un autre membre, nul ne peut détenir plus d'un mandat. Un membre désigné en raison de son mandat électif ne peut être suppléé que par un élu de la même assemblée délibérante ou organisation de producteur.

**Article 5 - Conditions de mandat :**

Le membre de la commission qui, au cours de son mandat, décède, démissionne ou perd la qualité au titre de laquelle il a été désigné est remplacé pour la durée du mandat restant à courir par une personne désignée dans les mêmes conditions.

**Article 6 - Convocations :**

La commission se réunit au moins une fois par an et sur convocation de son président qui fixe l'ordre du jour. Les membres de la commission reçoivent par courriel, dix jours au moins avant la date de réunion, une convocation comportant le tableau récapitulatif des demandes de permis de mise en exploitation ainsi que les fiches de synthèse établies par la direction interrégionale de la mer Manche Est – Mer du Nord de chacune des demandes.

**Article 7 - Quorum :**

Le quorum est atteint lorsque la moitié au moins des membres composant la commission sont présents, y compris les membres prenant part aux débats au moyen d'une conférence téléphonique ou audiovisuelle, ou ont donné mandat.

Lorsque le quorum n'est pas atteint, la commission délibère valablement sans condition de quorum après une nouvelle convocation, dans un délai maximum de 5 jours, portant sur le même ordre du jour et spécifiant qu'aucun quorum ne sera exigé.

#### **Article 8 - Audition de personne(s) externe(s) :**

La commission peut sur décision de son président, entendre toute personne extérieure dont l'audition est de nature à éclairer ses délibérations. Les personnes ainsi entendues ne participent pas au vote.

#### **Article 9 - Consultation écrite ou électronique :**

La commission régionale de gestion de la flotte de pêche de Normandie peut être consultée par voie écrite ou électronique, son avis est réputé rendu quinze jours francs après réception du tableau récapitulatif des demandes de permis de mise en exploitation ainsi que des fiches de synthèse de chacune des demandes soumises à son examen.

Les observations émises par chacun des membres sont immédiatement communiquées à l'ensemble des autres membres participants ou leur sont accessibles, de façon qu'ils puissent y répondre pendant le délai prévu pour la délibération, afin d'assurer le caractère collégial de celle-ci.

La délibération électronique n'est valable que si la moitié au moins des membres de la commission y a effectivement participé.

#### **Article 10 - Conflit d'intérêts :**

Afin de prévenir tout risque de conflit d'intérêts, les membres de la commission ne peuvent pas prendre part aux délibérations lorsqu'ils ont un intérêt personnel avec les demandes soumises à l'avis de la commission. Ils déclarent sur l'honneur en début de réunion ou dans l'avis rendu par écrit ou par voie électronique, l'absence de toute situation de conflit d'intérêts.

#### **Article 11 - Vote :**

La commission se prononce à la majorité des voix des membres présents ou représentés. Le vote peut être réalisé à main levée ou par bulletin secret. Lorsqu'il a le droit de vote, le président a voix prépondérante en cas de partage égal des voix.

#### **Article 12 - Règles de classement :**

Ne sont présentés à la commission que les dossiers réputés complets.

**La date de dépôt des dossiers pour chaque CRGF de l'année 2025 est indiquée dans le calendrier annexé au présent règlement.**

Les demandes de PME sont réparties dans l'une des 3 catégories suivantes :

- **PME de droit** : Navire remplacé affecté d'une cause d'inavigabilité définitive.

Ces PME ne sont pas soumis à l'avis et au classement de la commission régionale de gestion de la flotte de pêche. Ils sont présentés pour information. Les capacités nécessaires ont fait l'objet d'une mise en réserve ultérieure. (Article R921-13 du CRPM) ;

- **Un pour un** : Remplacement à capacités égales ou inférieures (KW et UMS) ;
- **Autres** : Tous les autres cas.

Du fait des incertitudes toujours de mises sur les effets à court terme du Brexit pour la flottille de pêche mais aussi sur les possibilités de ressources exploitables et afin de préserver les équilibres socio-économiques dans les ports, les demandes de **PME « autres »** déposées au cours de **l'année 2025 sans apports préalables de capacités (kW et/ou UMS)** seront **REFUSEES**.

Cet apport préalable de capacité **devra respecter les dispositions des antériorités de propriété** définies à l'article R921-11 du code rural et de la pêche maritime.

Pour chaque demande de PME, la Direction interrégionale de la mer Manche-Est Mer du Nord réalise une fiche de synthèse présentant la demande et établit un tableau récapitulatif de la totalité des demandes.

Pour chaque demande, les membres de la commission émettent un avis favorable ou défavorable.

Les avis défavorables de la Commission sont motivés. Le service instructeur veille à ce que l'avis de la Commission soit suffisamment motivé.

Les demandes pour lesquelles la Commission aura émis un avis favorable sont ensuite classées par ordre de priorité.

**Le classement des demandes de PME est effectué selon les critères suivants :**

1. PME de droit : pour information, automatiquement classé prioritaire	Les projets faisant appel à un complément de KW ou UMS n'excédant pas 10% de la capacité du PME initial sont traités au même rang
2. UN POUR UN : demande gagée ne faisant pas appel à la réserve nationale	Les projets faisant appel à un complément de KW ou UMS n'excédant pas 10% de la capacité du PME initial sont traités au même rang
3. Projets faisant appel à la réserve nationale : A l'intérieur de cette catégorie, les projets sont classés en fonction du nombre de points calculé selon le barème suivant :	
<b>Navire gagé</b>	<b>Nombre de points</b>
oui	2
non	0
<b>Age du navire</b>	
<b>Age &gt; 30 ans</b>	-2
25 ans < Age < 30 ans	-1
Age > 15 ans	0
Age ≤ 15 ans	1
Construction neuve	2
<b>Segment</b>	
Arts dormants / Hameçons < 12 m	0
Chalutiers - coquillards	1
Chalutiers exclusifs > 18 m	2
<b>Encadrement</b>	
Aucun	0
Aucun mais projet innovant	1
Licence CRPME et / ou AEP-ANP	2
<b>Age du producteur</b>	
Age > 45 ans	0
36 ans < Age < 45 ans	1
Age ≤ 35 ans	2
<b>Ou société</b>	
Si capitaux hors région	1
Si capitaux régionaux	2
<b>Autres critères :</b>	
besoins du territoire, équilibres portuaires, régionaux,...	jusqu'à 2 points

Les critères de sélections ci-dessus seront appliqués pour classer ces dossiers.

**Article 13 - Procès-verbal :**

Le procès-verbal de la réunion de la commission indique le nom et la qualité des membres présents, les questions traitées au cours de la séance et le sens de chacune des délibérations. Il précise le cas échéant, le nom des mandataires et des mandants. En cas de vote par courriel, les mails contenant les votes sont annexés au procès-verbal.

Tout membre de la commission peut demander qu'il soit fait mention de son désaccord avec l'avis rendu.

Le procès-verbal est signé par le président et transmis à la Direction de la pêche maritime et de l'aquaculture (DPMA). Il est conservé et archivé par le secrétariat de la commission.

**Article 14 - Confidentialité des travaux :**

Les informations portées à la connaissance des membres de la commission ainsi qu'aux personnes extérieures invitées à participer aux travaux de la commission sont confidentielles. Les membres et personnes invitées sont tenues de ne pas les divulguer en dehors de la commission.

**Article 14- Publication :**

Ce règlement intérieur sera publié pour avis au recueil des actes administratifs de la préfecture de Normandie

**ANNEXE**  
**au règlement intérieur de la commission régionale**  
**de gestion de la flotte et des autorisations de pêche de Normandie**  
**pour la délivrance des PME**

**Calendrier relatif à l'organisation des commissions régionales de gestion  
de la flotte de pêche de Normandie en vue de la publication des arrêtés de réservation de  
capacité pour l'établissement de permis de mise en exploitation  
durant l'année 2025**

**Arrêté de mars 2025**

**Semaine 4** : envoi de la capacité disponible pour chaque région  
**Mercredi 29 janvier 2025** : date de fin de réception des dossiers  
**Mercredi 5 février 2025** : envoi des demandes aux membres de la C.R.G.F  
**Mercredi 12 février 2025** : commission régionale de gestion de la flotte de pêche de Normandie  
**Semaine 10** : publication de l'arrêté contingent ministériel

**Arrêté de juin 2025**

**Semaine 18** : envoi de la capacité disponible pour chaque région  
**Mercredi 7 mai 2025** : date de fin de réception des dossiers  
**Mercredi 14 mai 2025** : envoi des demandes aux membres de la C.R.G.F  
**Mercredi 21 mai 2025** : commission régionale de gestion de la flotte de pêche de Normandie  
**Semaine 24** : publication de l'arrêté contingent ministériel

**Arrêté d'octobre 2025**

**Semaine 34** : envoi de la capacité disponible pour chaque région  
**Mercredi 27 août 2025** : date de fin de réception des dossiers  
**Mercredi 3 septembre 2025** : envoi des demandes aux membres de la C.R.G.F  
**Mercredi 10 septembre 2025** : commission régionale de gestion de la flotte de pêche de Normandie  
**Semaine 40** : publication de l'arrêté contingent ministériel

**Arrêté de décembre 2025**

**Semaine 44** : envoi de la capacité disponible pour chaque région  
**Mercredi 5 novembre 2025** : date de fin de réception des dossiers  
**Mercredi 12 novembre 2025** : envoi des demandes aux membres de la C.R.G.F  
**Mercredi 19 novembre 2025** : commission régionale de gestion de la flotte de pêche de Normandie  
**Semaine 50** : publication de l'arrêté contingent ministériel