



Projet Régional de Santé

BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ

juillet 2018 - juin 2028

LE MOT DU DIRECTEUR GENERAL

La stratégie nationale de santé 2018-2022^{1, 2} constitue le cadre de la politique nationale de santé de notre pays. Elle inspire la politique qui sera conduite en Bourgogne-Franche-Comté durant cette période.

Notre projet régional de santé (PRS) a pour ambition de définir la politique régionale de santé pour les 5 années à venir afin de faire évoluer en profondeur notre système de santé régional :

- **pour améliorer l'état de santé des Bourguignons-Francis-Comtois** : se fixer de grandes priorités de santé publique, investir le champ de la promotion de la santé et développer une action volontariste dans l'éducation à la santé dès l'école ;
- **pour combattre les inégalités de santé et d'accès au système de soins ;**
- **pour mieux répondre aux besoins de nos concitoyens liés** au vieillissement, à la perte d'autonomie, aux maladies chroniques, mais également à l'exigence d'information et de proximité territoriale ;
- **pour l'adapter aux défis majeurs du 21^{ème} siècle** : la baisse de la démographie médicale, le développement des nouvelles technologies, des nouvelles frontières de la connaissance ;
- **pour garantir le plus haut niveau d'excellence** dans les soins, l'enseignement, la recherche et l'innovation technologique, médicale et organisationnelle ;
- **pour améliorer la qualité et l'efficacité afin de conforter un financement solidaire des soins qui est au cœur du modèle social français** : en promouvant le juste soin, dispensé par des professionnels qui se coordonnent mieux entre eux, en veillant à la pertinence des durées de séjour, en assurant l'équilibre financier des établissements de santé et en veillant à leurs capacités d'investissement.

Pierre Pribile
Directeur général de l'ARS Bourgogne-Franche-Comté

1 Stratégie nationale de santé 2018-2022. Paris : Ministère des solidarités et de la santé, 2017, 104 p. En ligne : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf

2 Décret n° 2017-1866 du 29 décembre 2017 portant définition de la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022. Journal officiel de la République française, n° 305, 31 décembre 2017. En ligne : https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000036341354

INTRODUCTION

Un système de santé adapté à notre temps

Améliorer durablement la qualité de la réponse que nous apportons aux besoins de santé et d'autonomie de nos concitoyens et lutter efficacement contre les inégalités territoriales de santé sont les raisons d'être de l'Agence régionale de santé Bourgogne-Franche-Comté. Ces principes fondamentaux sous-tendent l'élaboration du projet régional de santé (PRS) 2018-2028 qui est l'outil majeur de planification et de régulation de la politique de santé dans notre région.

Le PRS a pour ambition d'apporter une réponse globale, transversale, évolutive et efficiente aux problématiques de santé en Bourgogne-Franche-Comté. Il s'agit de décloisonner les secteurs, d'adapter l'offre aux besoins de l'ensemble des citoyens en respectant leurs droits, d'améliorer la qualité et la sécurité des soins tout en renforçant la performance de notre système de santé et, enfin, d'animer la mise en œuvre de la politique de santé.

Nous devons :

- d'une part, faciliter les parcours des patients en favorisant la coordination entre tous les acteurs ;
- d'autre part, territorialiser l'offre afin de s'adapter aux différents contextes locaux ;
- enfin, rapprocher l'organisation du système de santé des attentes des usagers.

Il nous faut également intégrer et tirer profit des formidables évolutions thérapeutiques, technologiques et organisationnelles dont le rythme n'a jamais été aussi soutenu.

Une politique construite avec tous les acteurs qui seront associés à sa mise en œuvre

Le PRS Bourgogne-Franche-Comté et ses quatre composantes (1 - cadre d'orientation stratégique, 2 - schéma régional de santé, 3 - programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies, 4 - coopération transfrontalière franco-suisse) a été élaboré en concertation avec l'ensemble des acteurs du champ de la santé.

Au premier chef, figure l'Assurance maladie qui contribue à cette politique à travers une démarche commune en termes de gestion du risque, d'accès aux soins et accès aux droits et dans une approche d'efficience médico-économique.

Les services de l'Etat et les collectivités territoriales, au premier rang desquelles les Conseils départementaux, chefs de file de l'action sociale, les différents offreurs de santé de la région, leurs mandataires, et les représentants d'usagers ainsi que les instances de démocratie en santé (Conférence régionale de la santé et de l'autonomie – CRSA - et Conseils territoriaux de santé -CTS-) et les acteurs de l'économie sociale et solidaire ont participé à cette construction. Ils seront également associés à sa mise en œuvre dans le cadre d'un partenariat de projet.



Projet Régional de Santé
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ
juillet 2018 - juin 2028

Cadre d'orientation stratégique

- COS -

juillet 2018 - juin 2028

SOMMAIRE

1 - LES 5 DEFIS REGIONAUX A RELEVER.....	3
1.1 Le défi du vieillissement	3
1.2 Le défi des maladies chroniques	5
1.3 Le défi de la santé mentale et de la psychiatrie	6
1.4 Le défi de la démographie déficitaire des professionnels de santé	7
1.5 Le défi de l'environnement	8
2 - LES 4 FINALITES DE NOTRE POLITIQUE REGIONALE	10
2.1 Améliorer l'état de santé des habitants de la région Bourgogne-Franche-Comté en agissant sur les déterminants de la santé	10
2.2 Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé	11
2.3 Garantir la qualité du système de santé ainsi que la sécurité et la pertinence des prises en charge et des actions de santé	12
2.4 Innover au service de la santé et de l'autonomie de demain	14
3 - LES ORIENTATIONS REGIONALES.....	19
3.1 Faire le choix de la prévention et agir tôt et fortement sur tout ce qui a une influence sur notre santé	19
3.2 Favoriser l'autonomie des personnes âgées et/ou handicapées dans le respect des choix de vie de chacun	25
3.3 Organiser une offre de santé de proximité, coordonnée, centrée autour de l'utilisateur et en garantir l'égal accès pour tous	32
3.4 Faire progresser la pertinence des soins, la performance et la qualité du système de santé en particulier par le soutien à l'innovation	41
3.5 Renforcer la démocratie en santé en développant la participation citoyenne.....	47

4 - TREIZE PARCOURS POUR DECLINER LES ORIENTATIONS	50
4.1 Parcours Personnes âgées.....	54
4.2 Parcours Handicap : une réponse accompagnée pour tous.....	55
4.3 Parcours Précarité-vulnérabilité.....	56
4.4 Parcours Santé mentale et psychiatrie.....	57
4.5 Parcours Cancer.....	58
4.6 Parcours Diabète	59
4.7 Parcours Maladies cardiovasculaires.....	60
4.8 Parcours Neurologie	60
4.9 Parcours Nutrition santé	63
4.10 Parcours Maternité et parentalité.....	64
4.11 Parcours Développement de l'enfant	65
4.12 Parcours Adolescents et jeunes adultes.....	66
4.13 Parcours Addictions.....	67
5 - LES CONDITIONS DE LA REUSSITE.....	69
5.1 Une vision, une politique commune, une coordination avec l'Assurance maladie	69
5.2 La coordination des politiques publiques nationales, régionales et départementales concourant à la santé	71
5.3 Un développement de la e-santé.....	74
5.4 La territorialisation et l'animation de notre politique de santé : notre capacité à agir en partenariat et en proximité.....	77
5.5 Un pilotage, un suivi et une évaluation rénovés de notre politique régionale de santé	81
LISTE DES SIGLES.....	83
SOURCES DES CHIFFRES CLES EN REGION	86
ANNEXE : RAPPEL REGLEMENTAIRE	88

1 - LES 5 DEFIS REGIONAUX A RELEVER

La région Bourgogne-Franche-Comté est la 11^{ème} région de France par sa population : 2,8 millions d'habitants soit 4,4 % de la population métropolitaine. Sa croissance démographique est parmi les plus faibles de France : 0,1 % en moyenne par an entre 2008 et 2013, 11^{ème} région avec un faible taux de natalité (10,8 naissances pour 1 000 habitants contre 12,2 en France métropolitaine) et un fort taux de mortalité (10 décès pour 1 000 habitants contre 8,7).

Elle se place au 5^{ème} rang des régions quant à sa superficie, qui s'étend de l'Île-de-France à la Suisse. C'est donc un territoire peu densément peuplé : 59 habitants/km², soit deux fois moins qu'en moyenne métropolitaine (117 habitants/km²). La population est inégalement répartie sur le territoire, les espaces les plus peuplés se situent à l'est d'un axe Dijon-Mâcon. Vingt-quatre communes comptent plus de 10 000 habitants et rassemblent plus du quart de la population. La part de la population vivant en zone rurale y est très supérieure à la moyenne nationale puisque la région compte 44 % d'habitants en communes rurales contre 23 % en France métropolitaine.

La Bourgogne-Franche-Comté est à la fois une région agricole (4^{ème} rang national, 50 % du territoire est en surface agricole) et une région de tradition industrielle (au 1^{er} rang national avec 17 % des emplois relevant de l'industrie).

L'espérance de vie de la région est proche de la donnée métropolitaine (78 ans pour les hommes et 85 ans pour les femmes), mais avec des disparités départementales et en particulier une espérance de vie plus faible dans la Nièvre.

En Bourgogne-Franche-Comté comme dans le reste du pays, le système de santé est confronté aux défis du vieillissement de la population, de la montée des maladies chroniques, mentales et psychiques, au défi du déficit des professionnels de santé, et au défi environnemental³.

1.1 Le défi du vieillissement

La région présente une pyramide des âges similaire à celle de la population métropolitaine, avec toutefois un taux de personnes âgées de plus de 75 ans de 10,5 % (soit 1,3 point de plus que la moyenne nationale), et de 20,5 % pour les personnes âgées de plus de 65 ans (soit 2,3 points de plus que la moyenne nationale). Le vieillissement de la population n'est pas homogène sur le territoire et la partie de la région située à l'ouest d'une ligne Dijon-Mâcon apparaît moins dense et plus âgée que la zone située à l'Est⁴.

³ Profils régionaux : Bourgogne – Franche-Comté. Paris : Drees ; Saint-Maurice : Santé publique France, 2017, pp. 346-9. En ligne : http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017_7_profils_regionaux.pdf

⁴ Portrait de la Bourgogne - -Franche-Comté. Insee dossier Bourgogne Franche-Comté 2016 ; 2 : 58 p. En ligne : https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/2019815/bf_ind_02.pdf

Les projections de population à horizon 2030 montrent une évolution de 4,5 % de la population de la région par rapport à 2011. Cette progression sera plus importante pour les personnes de 60 ans et plus (21,5 %) et pour les personnes au-dessus de 85 ans (+24,6 %), signe d'un vieillissement important de la population dans les années à venir. La part des personnes âgées de 85 ans et plus pourrait passer entre 2011 et 2030 de 3,2 % à 4,2 %.

Ces mêmes projections montrent une évolution de la population âgée potentiellement dépendante de + 1400 personnes par an en Bourgogne-Franche-Comté entre 2012 et 2020, soit 2 % d'évolution annuelle. Les études menées par les ARS Bourgogne et Franche-Comté et l'INSEE avaient estimé le nombre de personnes potentiellement dépendantes à 27 000 en Franche-Comté en 2011 et 46 400 en Bourgogne en 2014. Ces dernières estimaient respectivement à 33 300 et 50 400 personnes âgées potentiellement dépendantes en 2020, soit approximativement 83 700 personnes en Bourgogne-Franche-Comté ; la population âgée potentiellement dépendante pourrait dépasser les 90 000 personnes en 2030^{5 6}.

De telles évolutions démographiques appellent nécessairement des réponses adaptées aux besoins et aux évolutions sociétales sachant que la dépense moyenne annuelle de soins d'une personne d'une cinquantaine d'années est d'environ 2000 €, tandis que celle d'une personne de 80 ans est trois fois plus élevée.

Le mouvement de fond du maintien/soutien à domicile est ainsi porté par la volonté croissante des personnes âgées de rester le plus longtemps possible chez elles, ce qui, en outre, peut permettre de réduire les coûts individuels et collectifs liés au « tout hébergement » à temps plein. Les aidants familiaux, fortement mobilisés, aux côtés des services de soins et d'aide, n'ont toutefois pas les pleines capacités ou disponibilités pour accompagner leurs proches, que ce soit en raison d'un épuisement progressif, d'activités salariées, familiales ou de loisirs, de l'éloignement géographique et de leur propre vieillissement.

Le taux de recours à l'hôpital des personnes âgées de 75 ans et plus atteint 38 %, contre 17 % pour l'ensemble de la population régionale. De plus, leurs séjours sont deux fois plus longs. Par ailleurs, est constatée une part importante de ré-hospitalisations évitables – non programmées et survenant dans les trente jours suivant la sortie – dont la proportion est estimée pour cette population à 23 % de la totalité des réadmissions (étude nationale 2012 - HAS). Au-delà des coûts générés, ces hospitalisations augmentent l'exposition aux maladies nosocomiales au taux plus élevé parmi les personnes âgées, du fait d'une faiblesse générale du système immunitaire et de durées de séjours plus importantes. La iatrogénie médicamenteuse, responsable au plan national d'environ 7500 décès par an, est plus marquée chez la population âgée, forte consommatrice de médicaments ; elle peut être consécutive d'erreurs de prescription (posologie, interactions entre les médicaments...) mais aussi de mauvaise observance du traitement et de mauvaises pratiques d'automédication.

⁵ Adrover Stéphane, et al. En 2020, 33300 personnes âgées potentiellement dépendantes en Franche-Comté. Insee Franche-Comté l'essentiel 2012 ; 141 : 6 p. En ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/1291186/ess12141.pdf>

⁶ La Bourgogne d'ici 2030 : 9300 personnes âgées dépendantes supplémentaires. Insee Analyses Bourgogne 2015 ; 9 : 4 p. En ligne : https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/version-html/1285597/ina_09.pdf

Si le phénomène du vieillissement de la population est connu dans les pays occidentaux, celui du vieillissement des personnes handicapées l'est moins. Les répercussions pour les prochaines années et décennies seront pourtant importantes. En effet aujourd'hui, la plupart des études qui envisagent le vieillissement des personnes en situation de handicap évoquent l'âge de 40 ans comme début du processus de vieillissement. Qu'il survienne en milieu ordinaire ou en institution, s'il n'a pas été anticipé, le vieillissement des personnes en situation de handicap peut conduire à des ruptures du parcours de vie et à des réorientations inappropriées.

1.2 Le défi des maladies chroniques

En lien avec le vieillissement, la région connaît un développement de la prévalence des maladies chroniques.

En Bourgogne-Franche-Comté, les principales causes de décès sont les cancers (7600 décès par an) et les maladies cardiovasculaires (7500 décès par an) (période 2009-2013) qui sont à l'origine de plus de la moitié des décès ; ces pathologies constituent donc des priorités de santé publique pour notre région. Le taux de mortalité par cancers y est semblable au taux national (22,7/10 000 habitants en région et 22,5/10 000 habitants en France) (période 2009-2013). En revanche à l'échelle cantonale, les écarts sont marqués : les taux varient de 17 à 30 pour 10 000 habitants⁷.

Si la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire est en baisse depuis le début des années 80, la diminution observée au niveau national n'a pas été aussi forte en région, d'où une surmortalité observée de + 4,7 %.

Près de 9000 accidents vasculaires cérébraux (AVC) surviennent chaque année dans la région ; les AVC constituent la 3^{ème} cause de mortalité chez les hommes et la 1^{ère} cause de mortalité chez les femmes. Ils représentent également la 1^{ère} cause de handicap moteur de l'adulte et la 2^{ème} cause de démence, après la maladie d'Alzheimer.

Près de 2000 décès par an sont imputés au diabète en Bourgogne-Franche-Comté, qui est également cause de handicaps graves. Près de 1 % de la population souffre de diabète de type 2 sans le savoir. La prévalence de cette maladie chronique progresse en Bourgogne-Franche-Comté, en particulier du fait du vieillissement de la population et de la surcharge pondérale : en 2012, 32 % des adultes⁸ et 11 % des enfants de 6 ans étaient en surpoids⁹ et environ 15 % des adultes et 2,3 % des enfants de 6 ans étaient en situation d'obésité.

⁷ Projet régional de santé Bourgogne-Franche-Comté 2018-2027 : diagnostic régional. Dijon : Observatoire régional de la santé, 2017, 114 p. En ligne : <https://www.orsbfc.org/wp-content/plugins/google-document-embedder/load.php?d=http%3A%2F%2Fwww.orsbfc.org%2Fwp-content%2Fuploads%2F2017%2F10%2FDiagnostic-PRS2.pdf>

⁸ Obépi 2012. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. Neuilly-sur-Seine : Institut Roche de l'Obésité, 2012, 60 p. En ligne : http://www.roche.fr/content/dam/roche_france/fr_FR/doc/obepi_2012.pdf

⁹ Chardon Olivier, et al.. La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge. Etudes et résultats 2015 ; 920 : 6 p. En ligne : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er920.pdf>

Si la part de la population en affections de longue durée (ALD) en région est globalement moins élevée qu'au niveau national, il existe néanmoins des exceptions notables : la région présente une prise en charge plus importante pour les traitements psychotropes et pour les maladies cardio-neuro-vasculaires. Les taux d'inscription en ALD sont quant à eux proches de la moyenne nationale, avec une croissance plus importante sur la Franche-Comté ces dernières années (15 % contre 10 %), témoignant d'une évolution rapide des maladies chroniques et/ou de leur déclaration.

En 2014, près de 649 180 personnes étaient concernées par ces ALD en Bourgogne-Franche-Comté : 358 800 personnes traitées pour un risque cardio-vasculaire et 173 600 pour des maladies cardio-neurovasculaires ; 128 870 personnes étaient prises en charge pour leur diabète ; 113 312 personnes étaient atteintes d'un cancer et 60 000 souffraient de maladies psychiatriques¹⁰.

A l'échelle nationale, la prise en charge des maladies chroniques est à l'origine de près de 40 % des dépenses d'assurance maladie tous régimes confondus¹¹.

1.3 Le défi de la santé mentale et de la psychiatrie

En matière de dépenses, en 2013, au niveau national, la santé mentale, hors prise en charge médico-sociale, pèse 21,3 milliards d'€ sur 147¹². C'est le 2^{ème} poste de dépenses de santé de l'Assurance maladie après les hospitalisations ponctuelles.

Outre le fait qu'en 2014, en Bourgogne-Franche-Comté, 60 000 personnes se trouvaient en affection longue durée pour affections psychiatriques, depuis plusieurs années, la région se caractérise par une surmortalité par suicide par rapport au niveau national, avec une inégale répartition des territoires touchés.

Parallèlement, la densité de psychiatres se révèle inférieure à la densité nationale (17 psychiatres pour 100 000 habitants en région contre 23 en France métropolitaine), plusieurs départements étant particulièrement déficitaires : densité de 13 pour la Nièvre, de 14 pour la Saône-et-Loire, le Jura et le Territoire-de-Belfort¹³.

Une personne sur 5 connaîtra au cours de sa vie un trouble psychique et l'Organisation mondiale de la santé considère en outre que 5 des 10 pathologies les plus préoccupantes au 21^{ème} siècle concernent la psychiatrie.

¹⁰ Projet régional de santé Bourgogne – Franche-Comté 2018-2027 : diagnostic régional. Dijon : Observatoire régional de la santé, 2017, 114 p.

¹¹ Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance maladie pour 2016. Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2016 (loi du 13 août 2004). Paris : CNAMTS, 2016, 182 p. En ligne : <http://www.ameli.fr/rapport-charges-et-produits-2016/#/0>

¹² L'étude médicalisée présentée dans le rapport « Charges et produits » de la CNAMTS permet d'affecter 147 milliards d'€ à des pathologies ou épisodes de soins. Cette étude ne porte pas sur l'ensemble des dépenses comprises dans le champ de l'ONDAM qui sont de l'ordre de 190 milliards d'€.

¹³ Atlas de la démographie médicale en France : profils comparés : 2007-2017 ; les territoires au cœur de la réflexion. Paris : Conseil national de l'ordre des médecins, 2017, 323 p. En ligne : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2017_0.pdf

Le premier enjeu concerne la prévention des troubles psychiques et des tentatives de suicide. Le second consiste à prévenir les ruptures dans les parcours de vie et permettre aux personnes concernées de mieux vivre avec des troubles psychiques, quel que soit leur contexte de vie. Il s'agit de garantir l'inclusion et la citoyenneté malgré la pathologie ou le handicap, et de lutter également contre les préjugés et la stigmatisation. Il s'agit enfin de permettre à toute personne, aux différents âges de la vie, d'accéder à la prévention, aux soins et aux accompagnements sociaux et médico-sociaux, de façon adaptée à ses besoins et à ceux de ses aidants avec la nécessité d'améliorer l'accès au logement, à la vie professionnelle et plus largement aux droits.

Ainsi appréhendée, la santé mentale s'inscrit dans une logique d'accompagnement hors les murs en associant l'ensemble des acteurs concernés. Une attention particulière est à porter aux personnes les plus en difficultés, en situation d'exclusion ou encore aux détenus, notamment par le renforcement des coopérations entre les services de psychiatrie et les services sociaux des départements et des villes, des services d'insertion et de probation et de la protection judiciaire de la jeunesse.

1.4 Le défi de la démographie déficitaire des professionnels de santé

La région Bourgogne-Franche-Comté est déficitaire en professionnels de santé avec des densités plus faibles comparées à celles des autres régions françaises, alors qu'elle possède de vastes zones rurales et montagneuses à couvrir et une population vieillissante.

La région recensait, au 1^{er} janvier 2016, 96 médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants, une densité inférieure de 8,2 points à la moyenne nationale. Les départements de la Nièvre et de l'Yonne sont particulièrement touchés avec des densités respectives de 81,9 et 77,6 médecins pour 100 000 habitants. Cette offre régionale est fragilisée par la forte proportion de praticiens proche de la retraite : 49,3 % de ces praticiens sont âgés de 55 ans et plus¹⁴.

L'offre régionale en spécialistes (libéraux, salariés ou mixtes) est plus déficitaire encore puisque la densité au 1^{er} janvier 2016 est inférieure à la moyenne nationale de plus de 35 points : 148,9 pour 100 000 habitants contre 185,4 en France métropolitaine. Les départements de Haute-Saône (87,6), du Jura (98,5), de l'Yonne (101,1) et de la Nièvre (114,7) sont les plus déficitaires. C'est notamment le cas en psychiatrie, pédiatrie, radiologie, anesthésie-réanimation et cardiologie.

Par ailleurs, la région compte, au 1^{er} janvier 2016, 142 infirmiers pour 100 000 habitants soit 31,5 points de moins que la moyenne nationale. Les départements du Jura (118,5), du Territoire de Belfort (128,5) et l'Yonne (127,8) sont les plus touchés. Cet écart est de 13 points pour les dentistes et atteint 24,6 points pour les masseurs-kinésithérapeutes, le département de la Haute-Saône étant celui qui est le plus fortement impacté dans la région par ce déficit de professionnels avec des densités de 35 pour les dentistes et de 54,5 pour les masseurs-kinésithérapeutes contre respectivement 44 et 79 au niveau régional.

¹⁴ Statistiques et indicateurs de la santé et du social Bourgogne – Franche-Comté. Statiss 2016. Dijon : ARS Bourgogne Franche-Comté, 2017, 68 p. En ligne : <http://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-02/Statiss2016.pdf>

Au-delà de ces écarts entre départements, c'est au niveau infra-départemental que les disparités peuvent être très marquées, avec la coexistence entre des zones sur-denses en professionnels de santé et de nombreuses zones sous-denses.

Dans le domaine paramédical, la Bourgogne-Franche-Comté est particulièrement déficitaire également en orthophonistes (19 pour 100 000 habitants contre 29,9 au niveau national) et dans une moindre mesure en pédicures-podologues (écart de près de 5 points avec la France métropolitaine).

1.5 Le défi de l'environnement

Selon la définition de l'OMS – Conférence d'Helsinki – 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 ». Relever le défi lié à l'environnement réside donc à la fois dans la mise en œuvre d'actions visant à diminuer l'impact des facteurs environnementaux à risques sur la santé mais également à développer des environnements favorables à la santé au travers notamment des politiques d'urbanisme et d'aménagement.

La Bourgogne-Franche-Comté, est marquée par des situations de non-conformité récurrentes de la qualité de l'eau. En 2016, 18,9 % des unités de distribution ont présenté une eau non conforme ponctuellement ou de manière plus durable principalement pour des raisons de contamination microbiologique de l'eau ou par des pesticides. Ce constat est lié notamment à une géologie karstique de certains secteurs (massif du Jura notamment) et à la présence de grandes cultures céréalières utilisatrices de pesticides notamment dans l'Yonne et la Côte-d'Or. La région est également marquée par de très nombreux captages d'eau, plus de 2500, dont 26 % restent encore à protéger début 2017.

En matière d'habitat indigne, 5 % du parc privé de résidences principales est potentiellement indigne en Bourgogne-Franche-Comté¹⁵. De nombreuses pathologies sont provoquées ou accentuées par des désordres liés à l'habitat : saturnisme, maladies respiratoires (asthme, allergies), maladies infectieuses, accidents domestiques... Dans la région, l'habitat indigne est plus de type diffus que localisé dans des zones bien délimitées.

Par ailleurs, 5 départements de la région Bourgogne-Franche-Comté sont classés à risque radon, gaz radioactif naturel reconnu comme cancérigène pulmonaire depuis 1987 par l'OMS. 14 % à 27 % des cancers du poumon sont attribuables au radon (*secteur Franche-Comté – étude CIRE 2005-2006*¹⁶) contre 5 à 12 % au niveau national. Plus généralement l'impact des polluants de l'air intérieur (benzène, formaldéhydes, monoxydes de carbone...) sur la santé des populations constitue une priorité de santé publique.

¹⁵ Le parc privé en Bourgogne Franche-Comté : "à la croisée d'enjeux économiques, sociaux et environnementaux". Besançon : Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement, 2017, 16 p. En ligne : http://www.bourgogne-franche-comte.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/etude_parc_privé_2016_v_def_cle2ee2f1.pdf

¹⁶ CIRE Bourgogne Franche-Comté. Rapport d'activités 2014 : observer, surveiller, alerter. Dijon : CIRE ; Saint-Maurice : INVS, 2015, 42 p. En ligne : <http://invs.santepubliquefrance.fr/content/download/41911/190395/version/3/file/Rapport+d%27activit%C3%A9+2014+Cire+Bourgogne+Franche-Comt%C3%A9.pdf>

La prévention des allergies aux pollens constitue également un enjeu de santé environnement important. 15 à 20 % de la population française est allergique aux pollens, cause de problèmes d'absentéisme à l'école ou au travail et pouvant conduire à une pathologie asthmatique. Parmi les végétaux allergisants, l'ambrosie est une plante à fort pouvoir allergisant. La Bourgogne-Franche-Comté n'est pas épargnée avec un front de colonisation important sur un axe allant de la vallée de la Loire à la Saône-et-Loire jusqu'au Jura.

Par ailleurs, le changement climatique et les perturbations qu'il engendre suscitent des inquiétudes quant à l'arrivée de maladies vectorielles (tiques et maladie de Lyme, moustique tigre potentiellement vecteur de la dengue et du chikungunya...) ; avec le sud de la région d'ores qui est déjà concerné par l'implantation du moustique tigre.

Enfin, sans que la région Bourgogne-Franche-Comté présente de spécificité par rapport au niveau national, des défis sont également à relever en matière de :

- pollution de l'air : estimation de 2200 décès par an liés à la pollution de l'air en Bourgogne-Franche-Comté¹⁷ ;
- d'exposition aux substances nocives et aux nuisances sonores.

Au-delà de la nécessaire action sur ces risques identifiés, Il est aujourd'hui largement reconnu que les choix de planification et d'aménagement du territoire influencent la santé, la qualité de vie et le bien-être des populations. Les problématiques de santé telles que l'obésité, l'asthme, les inégalités de santé, les troubles de la santé mentale (stress, dépression...), l'exposition aux agents délétères (substances nocives, bruit,...), constituent autant d'enjeux contemporains de santé publique étroitement conditionnés par la qualité de l'environnement urbain. De nombreuses études apportent aujourd'hui des éléments de preuve de l'impact de ces choix sur certains déterminants de santé. L'intégration des enjeux de santé dans les politiques d'aménagement et d'urbanisme constituent dans ce cadre une priorité.

Le Plan Régional Santé Environnement 2017-2021 (PRSE3)¹⁸, publié en septembre 2017, prend en compte l'ensemble de ces enjeux et définit des actions de prévention sur l'ensemble de ces déterminants de santé.

¹⁷ Tillier C. Impact de l'exposition chronique à la pollution de l'air sur la mortalité en France : point sur la région Bourgogne Franche-Comté. Saint-Maurice : Santé publique France, 2016, 2 p. (Santé environnement). En ligne : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Environnement-et-sante/2016/Impact-de-l-exposition-chronique-a-la-pollution-de-l-air-sur-la-mortalite-en-France-point-sur-la-region-Bourgogne-Franche-Comte>

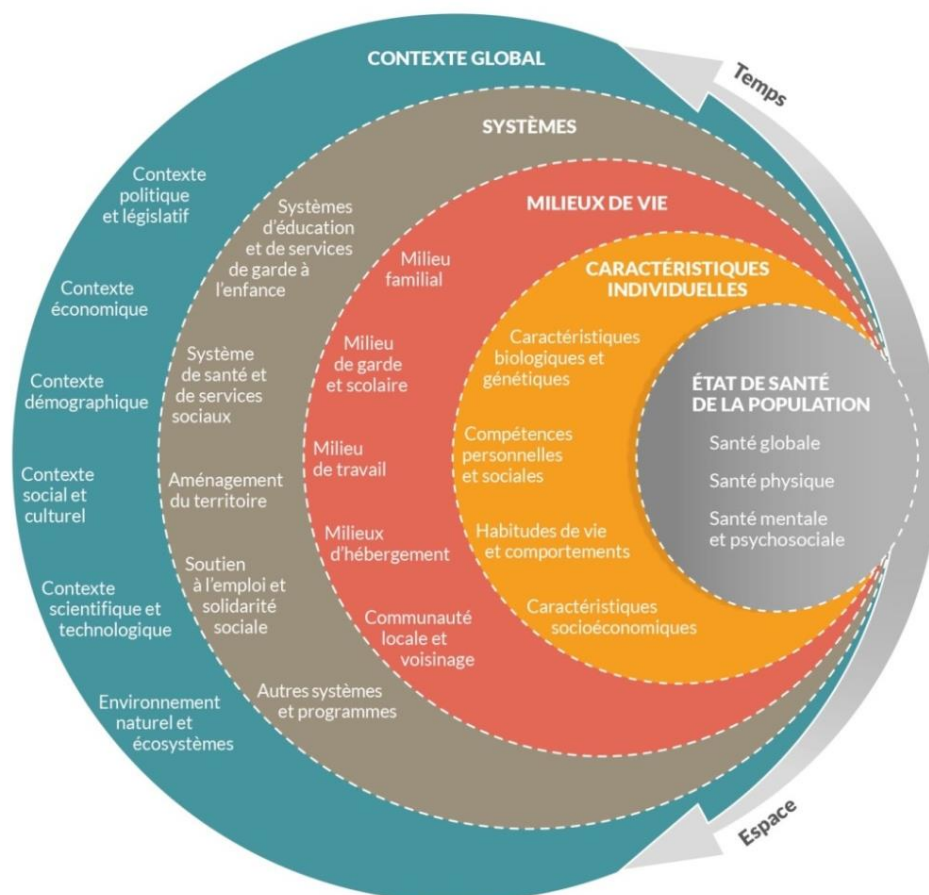
¹⁸ Plan régional Santé Environnement de Bourgogne Franche-Comté 2017-2021: PRSE 3. Dijon : ARS Bourgogne Franche-Comté, 2017, 178 p. En ligne : <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/3e-plan-regional-sante-environnement-prse-3>

2 - LES 4 FINALITES DE NOTRE POLITIQUE REGIONALE

2.1 Améliorer l'état de santé des habitants de la région Bourgogne-Franche-Comté en agissant sur les déterminants de la santé

La santé de nos concitoyens dépend bien évidemment de la qualité des soins prodigués, mais également des conditions individuelles, socioéconomiques, culturelles et environnementales de chacun ; ce sont des déterminants fondamentaux des inégalités de santé et de l'augmentation, sur le long terme, des pathologies chroniques les plus courantes et les plus coûteuses. C'est donc par une approche globale et basée sur les stratégies d'intervention en promotion de la santé et la création d'environnements favorables à la santé que nous ferons progresser l'état de santé de la population. La politique de santé de notre région doit accorder une place renouvelée et plus importante à la prévention des comportements à risque et à la qualité de notre environnement afin de rééquilibrer notre système de santé qui s'est essentiellement développé autour du soin.

Approche systémique de l'état de santé : la carte de la santé et de ses déterminants¹⁹



¹⁹ Carte de la santé et de ses déterminants. In : Pigeon Marjolaine. La santé et ses déterminants : mieux comprendre pour mieux agir. Montréal : Ministère de la santé et des services sociaux – Direction des communications, 2012, p. 7. En ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf>

Pour améliorer l'espérance de vie en bonne santé de nos concitoyens, il est nécessaire d'agir :

- sur les compétences personnelles et sociales ;
- sur les habitudes de vie et les comportements individuels : une alimentation inadéquate, le tabagisme, l'usage inapproprié d'alcool, l'inactivité physique, les pratiques sexuelles à risques, les risques de la vie courante et les comportements routiers inadéquats ;
- les facteurs biologiques et métaboliques : une pression artérielle élevée, un indice de masse corporelle élevé, une glycémie élevée, une cholestérolémie élevée ;
- les facteurs environnementaux : la pollution des milieux, les conditions de vie et de travail, l'éducation, l'accès aux services et équipements, l'accès à une alimentation de qualité ;
- l'entourage, les réseaux sociaux et communautaires dans lesquels l'individu est inséré, et qui vont notamment jouer dans le soutien social dont il pourra bénéficier face aux événements auxquels il est confronté ;
- le milieu de vie : la famille, le milieu scolaire et parascolaire, les milieux d'habitations individuels et d'hébergements collectifs, mais également le voisinage (espace géographique variable : quartier, village, ville...).

Certains de ces facteurs sont à l'origine de décès prématurés, c'est-à-dire l'ensemble des décès survenus avant 65 ans²⁰. Ainsi, la pollution de l'air cause la mort prématurée de plus de 7 millions de personnes par an dans le monde (dont 48 000 en France), le tabagisme tue chaque année 5,7 millions de personnes dans le monde (dont 75 000 en France), l'alcoolisme est à l'origine de 3,3 millions de décès par an dans le monde (dont 49 000 en France)²¹.

La soutenabilité du système dépendra de la prise en compte des déterminants de la santé dans l'ensemble des politiques et de l'amélioration des comportements individuels liés à ces déterminants.

2.2 Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé

Comme au niveau national, la situation régionale est marquée par des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS) persistantes qui mettent à mal nos idéaux d'égalité et d'équité : les enfants d'ouvriers ont 10 fois plus de risques d'être obèses que les enfants de cadres, les cadres vivent 10 années de plus que les ouvriers sans limitations fonctionnelles.

²⁰ Jouglé Eric. Indicateurs de mortalité "prématurée" et "vitable". Paris : Haut Conseil de la santé publique, 2013, p. 3. En ligne : http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspr20130206_indicmortpremaetevit.pdf

²¹ L'état de santé de la population en France : rapport 2017. Paris : Drees ; Saint-Maurice : Santé publique France, 2017, 436 p. En ligne : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017.pdf>

Les facteurs explicatifs de la surmortalité qui frappent les catégories les moins favorisées interviennent pour l'essentiel en amont de la prise en charge proprement médicale des différentes pathologies. Ces catégories cumulent en effet les facteurs de risque : expositions plus fréquentes aux risques environnementaux (toxiques en milieu professionnel, polluants de l'habitat, pollution urbaine ou rurale), influence des milieux de vie (aspects sociaux, matériels et économiques du milieu familial, conditions sociales et matérielles de l'accès aux services éducatifs, préventifs et parascolaires, risques psychosociaux au travail, conditions matérielles et sociales des services d'hébergement collectif, espace géographique dans lequel la personne vit), prévalence plus élevée des facteurs de risque comportementaux liés aux modes de vie, moindre accès au dépistage précoce et diagnostic plus tardif des pathologies graves.

La part attribuable aux facteurs « sociaux et environnementaux » pèse pour 80 % dans la constitution des inégalités de santé, soit directement, soit indirectement par leur influence sur les facteurs comportementaux. Agir sur l'ensemble de ces déterminants de la santé est une exigence trop souvent oubliée.

Les inégalités territoriales de santé doivent être également combattues. Certains territoires présentent des surexpositions à des pollutions environnementales dont la réduction est un des objectifs du PRSE3.

Par ailleurs, même si les dispositifs mis en place par les pouvoirs publics ont visé à limiter cette tendance, la baisse de la densité en professionnels de santé a conduit à l'apparition de zones fragiles dans notre région et génère des fractures territoriales importantes, du fait de l'éloignement géographique vis-à-vis des grands pôles urbains et du caractère rural de certains territoires.

De même, l'accessibilité aux services éducatifs, sociaux, de prévention, médico-sociaux, à l'emploi et à la formation constituent autant de facteurs générateurs d'inégalités territoriales et sociales de santé.

Le PRS Bourgogne-Franche-Comté 2018-2028 inscrit la réduction des inégalités de santé comme objectif commun à l'ensemble de ses actions. La territorialisation de ces dernières, notamment des parcours de santé, doivent y contribuer.

2.3 Garantir la qualité du système de santé ainsi que la sécurité et la pertinence des prises en charge et des actions de santé

Les évolutions de l'organisation de notre système de santé doivent être poursuivies pour répondre aux nouveaux besoins de santé de la population. Elles doivent être fondées sur la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge, mettre au premier plan l'intérêt du patient et contribuer à renforcer l'efficacité du système de soins.

2.3.1 La structuration des soins primaires, ou de premier recours, constituera un maillon essentiel pour assurer la qualité et la continuité des prises en charge et donc la performance globale du système de santé

Dans ce but, l'ARS BFC, en lien avec les professionnels, les établissements, les collectivités territoriales et les instances de démocratie en santé, encouragera et soutiendra les initiatives locales de coopération (et notamment tous modes d'exercice coordonné). Elle accompagnera la création d'organisations innovantes afin d'offrir au patient un parcours fluide et d'optimiser la qualité de prise en charge à chaque étape.

2.3.2 Les recompositions hospitalières viseront à réorganiser l'hôpital afin d'optimiser l'utilisation des moyens techniques et humains et de renforcer la qualité de l'offre sur l'ensemble du territoire

Elles concernent tant les établissements de santé publics que privés. Pour réussir, les établissements doivent organiser une gradation commune de leur offre médicale mais aussi davantage coopérer, qu'il s'agisse de mutualiser des fonctions support ou médicotechniques ou de partager des investissements dans des équipements onéreux et de pointe. Cette coopération doit s'étendre aux offres de ville et médico-sociale, afin que les établissements de santé recentrent leur activité sur des hospitalisations plus pertinentes, plus courtes ou ambulatoires. L'objectif est de permettre à tous les usagers d'accéder à des services de proximité (consultations avancées, imagerie, hospitalisations de médecine...) et de bénéficier également de filières organisées de recours fluides et accessibles, notamment pour les urgences, ainsi qu'à des plateaux techniques comprenant soins intensifs, réanimation, et traitements innovants (ou autres spécialités médicales de haute technicité).

2.3.3 La mise en œuvre de parcours de santé sans rupture avec une offre transversale entre acteurs sanitaires, médicosociaux et sociaux doit devenir la règle

Chaque secteur de l'offre sanitaire et médico-sociale a ses propres objectifs de modernisation et de progrès. Toutefois, pour être efficace, leur transformation doit se faire dans une logique de complémentarité. Cette dernière doit se traduire par des parcours de santé fluides, lisibles, sans redondance et sans rupture. Les étapes de transition, comme celles entre la ville et l'hôpital ou l'hôpital et les structures médico-sociales, doivent notamment être mieux gérées. Les interventions au domicile doivent être mieux coordonnées. La dégradation de la situation des personnes, ou l'exacerbation de leurs pathologies, doivent être davantage anticipées. C'est la condition indispensable à l'amélioration de la qualité des soins.

La gradation des soins et des prises en charge, c'est-à-dire le choix du bon niveau de recours et du juste soin en fonction de la situation de la personne, doit être au cœur de cette réflexion.

2.3.4 L'amélioration de la pertinence des actes sera un levier majeur pour gagner en qualité et sécurité des soins mais également concourir à une meilleure efficience du système

La pertinence et le bon usage des soins en ville comme en établissements constituent des leviers majeurs permettant d'allier qualité des soins et maîtrise des dépenses de santé. Les variations importantes entre territoires observées sur certains actes réinterrogent inévitablement la question de la pertinence.

Une prescription, un acte, des examens ou une hospitalisation non pertinents, sont potentiellement délétères, d'un point de vue individuel mais aussi collectif. En effet, y compris pour des choix a priori anodins, de forts volumes à l'échelle de la population ont des implications en termes de dépenses et d'effets indésirables. Récemment, des progrès ont été réalisés dans tous les secteurs : réduction des durées de séjour à l'hôpital, développement de la chirurgie ambulatoire, diminution des appendicectomies, des ménisectomies, de l'exposition des patients aux rayonnements ionisants, diminution de l'utilisation des psychotropes, etc... Pour que ces efforts se poursuivent, il s'agit de faciliter la diffusion des recommandations de la Haute autorité de santé (HAS), de soutenir les initiatives des professionnels et de les intéresser à l'adoption des bonnes pratiques médicales et soignantes pour améliorer la pertinence des soins.

Les initiatives régionales déjà prises dans ce domaine en lien avec l'Assurance maladie - dans le cadre du plan ONDAM - doivent être poursuivies et amplifiées.

La pertinence doit être un critère commun pour l'ensemble des actions, actes et des prises en charge qui seront mises en œuvre dans le cadre du Projet régional de santé, quel que soit le champ couvert : prévention, soins, médicosocial.

2.4 Innover au service de la santé et de l'autonomie de demain

La médecine va bénéficier d'innovations technologiques et thérapeutiques lesquelles vont accompagner la mutation des organisations²² (*Tendances inspirées de l'étude prospective ASTERES - source : ASTERES 2015, La santé en 2030*). Il en est de même dans le champ médico-social pour favoriser l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

2.4.1 L'organisation des soins évoluera au profit d'une médecine prédictive, préventive, personnalisée et participative

Médecine prédictive : les progrès de la génétique permettent déjà d'identifier des prédispositions, en particulier en cancérologie, et vont permettre de mettre au point des méthodes de prévention toujours plus efficaces et individualisées.

²² La santé en 2030 : étude prospective, 1er semestre 2015. Paris : Asterès Producteur d'idées, 2015, 53 p. En ligne : <http://www.asteres.fr/wp-content/uploads/2015/06/aster%c3%a8s-prospective-la-sant%c3%a9-en-2030.pdf>

L'essor fulgurant de la génomique avec notamment le séquençage complet du génome humain en routine va permettre de développer des thérapies géniques en particulier en cancérologie.

Médecine préventive : cette connaissance du génome conduit à établir des stratégies préventives individualisées. Les personnes pourront adapter leurs comportements et leurs choix de consommation en connaissance de leurs risques. En parallèle, un suivi personnalisé de dépistage sera proposé en fonction des prédispositions propres à chacun.

Médecine personnalisée : la médecine sera davantage sur mesure. La prise en charge pourra être adaptée en fonction des caractéristiques génétiques et biologiques, de l'environnement et des habitudes de vie. En cancérologie, les thérapies ciblées sont déjà mises en œuvre, les travaux en pharmacogénétique permettent également de déterminer le traitement le plus adapté pour certaines maladies du métabolisme. L'emploi de ces thérapies est toutefois limité aujourd'hui, la recherche permettra d'améliorer l'efficacité des traitements tout en réduisant leur coût.

D'autres techniques, telles que l'immunothérapie ou encore la greffe de cellules vont également connaître des avancées significatives.

La médecine participative se développera, à la fois pour améliorer le travail en équipe de professionnels autour de dossiers et de patients communs (avec la plateforme numérique régionale de coordination eTICSS et le dossier médical partagé - DMP - notamment) et parce que les patients seront davantage impliqués dans l'organisation de leur prise en charge médicale.

2.4.2 La e-santé fera évoluer les pratiques, les comportements et les relations avec les usagers en favorisant l'autonomie des personnes

Si la télémédecine est aujourd'hui peu employée, la situation va rapidement évoluer car elle est l'une des réponses à la question de la démographie médicale, à l'accès de tous aux soins et au besoin de rendre le système globalement plus performant dans un contexte de budget contraint. Elle est particulièrement adaptée à la prévention, au suivi des maladies chroniques, à la vigilance médicale d'individus à risques ou à mobilité réduite et aux urgences.

Les échanges entre le patient et les professionnels de santé pourront avoir lieu en visioconférence depuis les pharmacies, les maisons de santé ou encore le domicile. Les outils numériques permettront des évolutions majeures des pratiques pour l'ensemble des professionnels et enrichiront leurs compétences. Les objets connectés de santé permettront un diagnostic et un suivi en continu et à distance.

Les logiciels de diagnostic, élaborés à partir du traitement des informations des Big data et alimentés par les données personnelles de chaque patient, assisteront tout d'abord les médecins puis seront adaptés à l'usage des patients qui pourront avoir accès à une nouvelle forme sécurisée d'e-consultation et d'auto-prise en charge de leur santé. Ils permettront le développement de la médecine de précision (prédictive, préventive et personnalisée).

Pouvoir échanger des données de santé, dans un environnement sécurisé, via les dossiers de partage (DMP) et de coordination e-parcours (eTICSS) au travers des moyens numériques que sont internet, les smartphones et autres tablettes, c'est améliorer la coordination entre professionnels de santé, en particulier sur les territoires, et réaliser des économies (transport, accueil, redondance d'exams, recherche multiple d'information...), c'est permettre aussi un meilleur suivi à distance notamment pour les patients en situation d'isolement ou d'éloignement géographique, et de réduire les risques iatrogéniques.

Par les outils de suivi et de reporting patient-professionnels (e-compagnon), la e-santé va concourir à développer le pouvoir d'agir des personnes : le positionnement du patient dans son parcours de santé aura changé ; le patient sera connecté, informé, souhaitera mieux comprendre les diagnostics de son médecin et participer à la prise de décisions qui le concernent, mais également au suivi de sa pathologie. Une attention particulière sera apportée à certains publics ne maîtrisant pas, ou n'ayant pas accès au numérique (personnes vieillissantes, personnes en vulnérabilité sociale...).

Outre la coordination des parcours des personnes en situation de pathologies chroniques, la e-santé est également un outil d'information et de communication à destination des publics. (ex : PASS santé jeunes) dans une démarche de prévention et de promotion de la santé.

A l'hôpital, la robotisation déjà présente va se développer en chirurgie et notamment pour les interventions thoraciques et abdominales.

2.4.3 Un nouvel équilibre s'établira entre les établissements de santé, les établissements médico-sociaux et les autres acteurs de santé

Tout en gardant un rôle de proximité notamment dans les territoires sous dense, les hôpitaux verront leur rôle d'expertise accentué.

Les établissements hospitaliers se réorganisent dans un objectif de rationalisation de l'offre hospitalière et d'accompagnement du virage ambulatoire. Cette concentration des plateaux techniques s'accompagne d'un développement d'une médecine davantage basée sur les acteurs de santé de proximité et de 1^{er} recours. Un regard particulier sera accordé au rôle des EHPAD dans la prise en charge sanitaire des personnes les plus âgées.

En 2030, les établissements de santé, publics et privés, seront plus spécialisés, davantage interconnectés (avec partage de matériels, de ressources humaines et de données) et davantage reliés aux structures médicales de ville.

Les équipes de soins primaires occuperont une place centrale dans la prise en charge des patients tout au long de leur parcours de santé.

Les maisons de santé pluridisciplinaires ou les centres de santé seront plus répandus sur tout le territoire et disposeront d'équipements informatiques et médicaux performants.

2.4.4 Le mouvement d'accompagnement/prise en charge hors les murs s'accroîtra et permettra un suivi au domicile, à l'école, au travail, en hôpital de jour...

Prendre en charge hors les murs, c'est donner aux personnes souffrant de maladies chroniques, de troubles psychiques, de handicap et/ou en perte d'autonomie la possibilité de vivre dignement chez elles et au cœur de la vie citoyenne, scolaire et professionnelle, autrement dit un processus qui privilégie les liens entre les institutions et le milieu ordinaire, l'hôpital et la ville.

Visant à réduire le nombre et/ou la durée des séjours hospitaliers au bénéfice du confort du patient, l'hospitalisation à domicile et la chirurgie ambulatoire joueront un rôle de premier plan. Ces champs s'ouvriront progressivement à de nouveaux domaines d'intervention (par exemple la dialyse à domicile encore insuffisante en France) *via* la simplification des actes, le développement de l'éducation thérapeutique et des outils connectés.

Déjà engagé dans un mouvement de transformation de l'offre, l'accompagnement médico-social s'orientera encore plus résolument vers une réponse individualisée aux besoins des personnes²³, cela en activant des modalités organisationnelles innovantes. Demain s'imposeront largement l'accueil temporaire ou séquentiel, les unités d'enseignement en école ordinaire, les démarches intégrées permettant aux personnes de bénéficier d'interventions chez elles à partir de plateaux techniques des établissements, ou facilitant leur passage entre établissements et services. Au domicile, les technologies d'assistance viendront en complément des aides humaines (exosquelette, robots humanoïdes et agents virtuels/personnages animés).

2.4.5 La mise à disposition, l'exploitation et la gestion de données massives (Big data) de santé démultiplieront nos capacités d'observation, d'analyse et de compréhension

Dans le domaine de la santé, le Big data correspond à l'ensemble des données socio-démographiques et de santé, disponibles auprès de différentes sources qui les collectent pour diverses raisons : gestion des soins, des dossiers médicaux, suivi d'indicateurs... L'exploitation de ces données présente de nombreux intérêts : identification de facteurs de risque de maladie, aide au diagnostic, au choix et au suivi de l'efficacité des traitements, pharmacovigilance, épidémiologie...

Elle n'en soulève pas moins de nombreux défis techniques et humains et pose autant de questions éthiques notamment en termes de sécurisation des données pour éviter toute récupération malveillante.

²³ Des chantiers prioritaires avec un fort enjeu humain. ASH 2017-11-03; 3032 : 20-1.

En région Bourgogne-Franche-Comté, la recherche universitaire régionale sera également porteuse d'innovations

Les principaux axes de recherches régionaux actuels sont les suivants :

- biothérapies ;
- progrès médical et l'évolution sociétale ;
- innovations technologiques ;
- métabolisme lipidique, inflammation, diabète et risque vasculaire ;
- approches préventives et thérapeutiques du cancer ;
- imagerie fonctionnelle et moléculaire ;
- génomique des anomalies du développement ;
- incapacités sensorielles motrices et cognitives : pathologies du vieillissement ;
- patients, santé, société et territoires.

Ils seront poursuivis.

Dans le domaine de la cancérologie, 4 axes seront développés :

- médecine personnalisée en oncologie médicale ;
- imagerie fonctionnelle et moléculaire ;
- radiothérapie et radiobiologie ;
- épidémiologie et qualité de vie.

En parallèle et en appui à cette recherche, de nouvelles structures elles-mêmes porteuses d'innovation seront mises en œuvre :

- un institut de médecine génomique et immunologique en Bourgogne-Franche-Comté ;
- une maison du futur pour les soins de suite et de rééducation ;
- un centre de ressources biologiques, véritable bio-banque pour les chercheurs ;
- un centre référent pour l'utilisation et le développement des technologies d'imprimante 3D ;
- un site de recherche intégré sur le cancer (SIRIC) à l'échelle du Grand Est.

Afin de fédérer ces forces vives de recherches et de formation, et les inclure dans un collectif sur lequel les décideurs en termes de politiques publiques de santé de la région pourraient s'appuyer, un pôle régional de santé publique sera créé.

Ce pôle devra donc favoriser non seulement les rapprochements entre les équipes académiques, mais également rendre possible les collaborations et les transferts de connaissances entre, d'une part, les chercheurs, et d'autre part, les décideurs et acteurs de santé : professionnels mais également élus, citoyens... le tout au service de la santé et du bien-être de la population Bourgogne-Franche-Comté.

3 - LES ORIENTATIONS REGIONALES

3.1 Faire le choix de la prévention et agir tôt et fortement sur tout ce qui a une influence sur notre santé

Faire de la prévention le pilier de notre système de santé

La prévention et la promotion de la santé sont une priorité du plan national de santé publique²⁴ et doivent occuper une place fondamentale dans la politique régionale de santé. En effet, elles constituent des leviers majeurs de réduction de la mortalité et de la morbidité évitables et de réduction des inégalités sociales de santé.

La prévention individuelle et médicalisée (vaccination, dépistages, activité physique adaptée, éducation thérapeutique) doit être développée et davantage intégrée dans les pratiques des professionnels de santé notamment via les parcours. La prévention collective universelle et sélective²⁵ (développement des compétences psychosociales, éducation pour la santé, marketing social en santé) constitue un socle commun à tous les parcours et doit être mise en œuvre sur l'ensemble du territoire. La prévention doit également cibler les facteurs de risque environnementaux.

Pour maximiser son efficacité, la prévention doit s'inscrire dans une approche intégrée en référence à la charte d'Ottawa²⁶ en agissant simultanément 1/ sur les politiques publiques ayant un impact sur la santé en les articulant, 2/ en proposant des environnements favorables, 3/ en favorisant l'action communautaire, 4/ en promouvant l'acquisition d'aptitudes individuelles et 5/ en réorientant les services de santé de premier recours. Des actions par population et par milieux de vie doivent être mises en œuvre.

Il est nécessaire de favoriser les interventions précoces. En effet, de multiples travaux scientifiques convergent sur l'importance de la phase prénatale et des premières années de vie pour le développement et la santé future de l'enfant²⁷. L'impact sur leur organisme d'un environnement tant physique que socio-économique dégradé a des conséquences physiologiques, comportementales, mentales, cognitives qui tendent à expliquer les inégalités sociales de santé observées. La prévention de la perte d'autonomie, notamment des personnes âgées, constitue un autre enjeu majeur afin de maintenir le plus longtemps possible et dans de bonnes conditions les aînés en milieu de vie ordinaire.

Enfin, il faut nous préparer à la gestion de situations sanitaires exceptionnelles, qu'elles soient non spécifiques (attentats par exemple) ou propres à la région.

²⁴ Plan national de santé publique : <https://www.gouvernement.fr/plan-national-de-sante-publique-la-prevention-pour-lutter-contre-les-inegalites-de-sante>

²⁵ Gordon S. An operational classification of disease prevention. Public Health Reports 1983 ; 98 : 107-9. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1424415/pdf/pubhealthrep00112-0005.pdf>

²⁶ Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Genève : Organisation mondiale de la santé, 1986, 6 p. En ligne : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

²⁷ Lamboy Béatrice, et al. Interventions validées en prévention et promotion de la santé mentale auprès des jeunes. Santé publique 2011 ; 23 (Hors-série) : 113-25. En ligne : https://www.cairn.info/load_pdf.do_not_index.php?ID_ARTICLE=SPUB_110_0113

Contextualisation







LES CHIFFRES CLES EN REGION

- 32 % de fumeurs ^(a)
- 15,5 % d'usagers réguliers d'alcool à 17 ans (national : 12,3 %) ^(b)
- 15 % des adultes sont obèses (national : 15 %) ^(c)
- 5 départements classés à risque radon
- 2200 décès liés aux particules fines ^(d)
- 3200 enfants pour un projet d'accueil individualisé (PAI) pour asthme en milieu scolaire ^(e)
- 2100 pour un PAI pour allergie ^(e)
- 5 % du parc privé de résidences principales potentiellement indigne ^(f)
- 18,9 % des unités de distribution présentent une eau non conforme ponctuellement ou durablement ^(f)

Sources : (a) BEH 2016 ; (b) OFDT 2015 ; (c) Obépi 2012 ; (d) InVS 2016 ;
(e) Rectorat Dijon Besançon 2014 ; (f) DREAL 2017

- La prévention occupe une place significative dans les différentes politiques publiques conduites dans la région via les services de l'Etat, l'Education nationale et la Justice, les collectivités territoriales, l'Assurance maladie, l'ARS
- Sur certains déterminants de nature comportementale (conduites addictives, alimentation, activités physiques...) ou environnementale (environnement physique : eau, produits chimiques, radiations ionisantes... ; environnement social : conditions de vie, de travail, de communauté...), la région présente des faiblesses
- Les Contrats locaux de santé (CLS) déployés dans la région ont une forte tonalité prévention
- Il existe un fort maillage de la région par les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP), les centres et pôles de santé, pouvant décliner des actions de prévention en proximité
- De même le tissu associatif est largement représenté dans la région et participe activement à la mise en place des politiques de prévention dans de nombreux champs thématiques ou populationnels
- Certains territoires restent encore isolés et éloignés de l'offre de prévention, renforçant ainsi les inégalités sociales de santé au détriment des populations les plus vulnérables ; ceci malgré la présence des services de Protection maternelle et infantile (PMI) et des services de promotion de la santé en faveur des élèves ainsi que de nombreux services sociaux au sein des collectivités territoriales
- La région organise l'Université d'été de santé publique de Besançon et peut s'appuyer sur des équipes universitaires pour déployer des stratégies de prévention efficaces et les évaluer.

Ce que l'on attend pour 2028

-  Des services de l'Etat, de l'Assurance maladie, des Conseils départementaux et des autres collectivités territoriales qui s'accordent sur des politiques de santé publique et qui se complètent en fonction de leurs compétences respectives
-  Des environnements physiques et sociaux (air, eau, habitat, cadre de vie) plus favorables pour la santé
-  Des choix individuels et collectifs favorables à la santé (réduction des conduites addictives, alimentation équilibrée, activité physique, santé sexuelle, santé mentale...)
-  Des actions de prévention intégrées au niveau des soins du premier recours dans une logique de parcours de santé
-  Des programmes de prévention efficaces, accessibles à tous sur l'ensemble du territoire
-  Un dispositif régional de réponse aux situations exceptionnelles (attentats, épidémies, crise sanitaire...), performant.

Les leviers

Développer une politique santé environnement régionale forte et partagée

En partenariat avec la Préfecture de région, la DREAL, la DRAAF, le Conseil régional et l'ensemble des acteurs de la région, un nouveau plan régional santé environnement sera mis en œuvre dans la région (cf. PRSE3)²⁸.

Promouvoir des environnements favorables à la santé

La santé a sa place dans toutes les politiques publiques. Il nous faut convaincre et accompagner les acteurs des territoires pour qu'ils fassent le choix d'environnements permettant à chaque citoyen de préserver sa santé et son bien-être mais également d'accéder aux services de santé. Des initiatives émergent çà et là, en association avec les habitants et les associations, pour que les décisions politiques prennent mieux en compte la qualité de vie et la santé des citoyens. Les acteurs institutionnels doivent participer à leur repérage, les faire connaître, sensibiliser tous les relais d'opinion et capitaliser sur ces nouvelles démarches positives en santé pour qu'elles soient portées au plus haut niveau des décideurs et impactent la politique menée sur le terrain. Il convient également de renforcer le pouvoir d'agir collectif des usagers par l'information afin qu'ils mobilisent les ressources du territoire pour améliorer leur santé mais également qu'ils contribuent, dans le cadre du développement de la démocratie sanitaire, à orienter sur le terrain, les actions mises en œuvre.

²⁸ Plan régional Santé Environnement de Bourgogne Franche-Comté 2017-2021: PRSE 3. Dijon : ARS Bourgogne Franche-Comté, 2017, 178 p. En ligne : <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/3e-plan-regional-sante-environnement-prse-3>

Conforter l'offre de prévention universelle sur l'ensemble du territoire

Ce type de prévention vise la population générale ou certains groupes (une communauté, les écoles) sans tenir compte des risques individuels. Le but premier de la prévention universelle est de fournir à tous les individus d'une population, de l'information et des compétences (notamment le renforcement de l'estime de soi) pour leur permettre d'adopter un comportement favorable à la santé.

Au-delà des campagnes nationales que l'ARS relaiera, la prévention universelle est majoritairement portée par d'autres acteurs : collectivités territoriales (petite enfance, personnes âgées et handicapées), Education nationale (parcours éducatif en santé), CAF (parentalité), Justice, acteurs de l'économie sociale et solidaire... L'ARS pourra accompagner les partenaires pour orienter les actions en cohérence avec les priorités de la politique régionale et soutiendra l'expérimentation de projets innovants.

Déployer la prévention et la promotion de la santé en proximité

La contractualisation constituera l'outil de l'ARS pour négocier l'inscription de ses objectifs en matière de prévention et de promotion de la santé dans les priorités des territoires en fonction des besoins identifiés et en articulation avec tous les PTS. Les leviers disponibles à ce jour, les contrats ville, les Contrats locaux de santé (CLS) mais également les contrats de ruralité sont autant d'outils à mobiliser pour intégrer des actions de prévention en santé dans la durée. Des actions de plaidoyer, de sensibilisation et de formation en direction des acteurs du territoire et de mobilisation de la population seront déployées afin d'améliorer efficacement et durablement la santé de la population.

Les Maisons de santé pluridisciplinaire (MSP) seront sollicitées pour s'engager dans des actions de prévention de type collectives et pluriprofessionnelles en cohérence avec les parcours, les priorités des CLS et de la politique de santé régionale

La contractualisation avec les institutions hébergeant des personnes âgées et handicapées sera également porteuse d'objectifs en matière de prévention adaptée aux besoins des bénéficiaires. Elle pourra accompagner les initiatives en matière de développement de stratégies Responsabilité sociale et environnementale de l'entreprise (RSE) pour le déploiement de politiques plus ambitieuses notamment en matière de santé et de bien être des salariés.

Développer des axes forts et structurants de prévention/promotion de la santé dans les parcours

Chaque parcours de santé développera, via les professionnels de premier recours, les équipes de soins primaires et les opérateurs et dispositifs de prévention/promotion de la santé existants, un volet « prévention » décliné en actions ciblées collectives et individuelles. Ces parcours de santé s'inscrivent dans les territoires sur lesquels une offre en matière de prévention de qualité et accessible doit être proposée. L'enjeu sera de créer cette offre en lien avec les autres acteurs et en mobilisant les associations afin de créer des réseaux d'intervenants susceptibles de répondre aux besoins des parcours. L'effort devra également porter sur la formation en matière de prévention des acteurs de première ligne en contact avec les populations cibles : personnels médicaux, sociaux et médico-sociaux, tout particulièrement.

Renforcer l'efficacité des interventions en prévention et promotion de la santé

Adapter les stratégies d'intervention en fonction des populations : l'appui, le soutien et le relais d'actions relevant du marketing social (ou du marketing en santé publique type Mois sans tabac, octobre rose ...) devront être renforcés. Cependant, le faible impact des grandes campagnes de marketing social sur les inégalités sociales de santé est bien documenté. Ceci oblige à avoir des stratégies différenciées soucieuses de réduire ces inégalités. Les interventions répondant au concept "d'universalisme proportionné" seront encouragées afin d'adapter la "densité" de l'intervention, tant sous un angle quantitatif que qualitatif, en fonction des défaveurs sociales des bénéficiaires²⁹.

Les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé devront s'appuyer sur le concept de littératie en santé qui "permet au public et au personnel travaillant dans des domaines reliés à la santé de trouver, comprendre, évaluer, communiquer et utiliser de l'information ; la littératie en santé est l'utilisation d'une vaste gamme de compétences qui aident les gens à agir selon l'information reçue pour être en meilleure santé ; ces compétences comprennent la lecture, l'écriture, l'écoute, la communication orale, le calcul et l'analyse critique, de même que des compétences en communication et en interaction"³⁰.

S'appuyer sur les dispositifs ou actions ayant fait l'objet d'une évaluation favorable : il s'agit de s'appuyer sur les données probantes et les dispositifs qui ont fait leur preuve, d'étudier les conditions de leur transférabilité ou de leur généralisation sur de nouveaux périmètres géographiques et populationnels. L'ARS développera également les liens avec les Universités et les experts pour accélérer la recherche interventionnelle, développer des stratégies innovantes et accompagner l'évaluation des actions mises en œuvre.

Former les professionnels et promouvoir le partage d'une culture commune prévention/promotion de la santé

La région est le siège d'un événement important en matière de formation en santé publique : l'Université d'été francophone en santé publique de Besançon. Cet événement vise à faire le lien entre action et recherche et à répondre à des problématiques concrètes, en favorisant une réflexion et des échanges autour d'expériences originales. Elle dispose donc de ressources et de savoirs faire pour structurer une offre de formation continue et initiale en prévention et promotion de la santé répondant aux besoins des différents acteurs de la prévention, en lien avec les universités et experts locaux et avec l'appui des partenaires nationaux (EHESP et ANSP). Cette offre de formation devra s'appuyer sur les nouvelles technologies (e-learning) pour s'adapter aux contraintes des professionnels auxquels elle s'adresse et sera construite en lien avec les bénéficiaires pour répondre à leurs besoins.

L'alimentation de la base de données OSCARS (Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé) avec toutes les actions de promotion de la santé et d'éducation du patient menées en région permettra aux différents professionnels de repérer des actions probantes ou prometteuses et de s'interroger sur leur transférabilité.

²⁹ Universalisme proportionné : synthèse. Rawdon (CA) : Agence de la santé et des services sociaux de Languevière, 2013, 4 p. En ligne : http://earlylearning.ubc.ca/media/publications/proportionate_universality_brief_fr_4pgs_-_29apr2013.pdf

³⁰ Coleman C, et al. La charte de Calgary pour la littératie en santé : justification et principes fondamentaux du développement de programmes de littératie en santé. Montréal : Centre d'alphabétisation, 2008, 4 p. En ligne : http://bv.cdeacf.ca/RA_PDF/148807.pdf

Réorienter les moyens du système curatif vers le système de prévention-promotion de la santé

Le financement des politiques de prévention doit être consolidé, sanctuarisé et accru. De nouveaux outils budgétaires, notamment le Fonds d'intervention régional (FIR) permettent d'élargir les possibilités de financement de la politique de prévention. De même, en s'appuyant sur les conférences de financeurs coordonnées par chacun des Départements, en lien étroit avec l'ARS et les Caisses de retraite, il s'agira de déployer les actions de prévention, dont l'efficacité est reconnue, autour d'une stratégie concertée.

Renforcer l'organisation régionale de veille et alerte sanitaire

Il s'agira de renforcer et d'adapter la plateforme régionale de veille et d'urgence sanitaire qui réceptionne et analyse tous les signalements d'événements susceptibles de menacer la santé de la population aux évolutions réglementaires et l'introduction de nouveaux outils à disposition des professionnels de santé et du grand public comme le portail des signalements.

Notre société est confrontée ces dernières années à des événements exceptionnels de tous types, risques climatiques, actes de terrorisme, accidents sanitaires, catastrophes environnementales, épidémies... qui ont placé la gestion de crise au centre des préoccupations publiques.

Cela nécessite de renforcer les capacités de conduite opérationnelle des situations sanitaires exceptionnelles. Il importe de garantir la continuité et la qualité des soins par la mobilisation au plus juste des ressources sanitaires, pour apporter une réponse adaptée et graduée aux besoins de la population et à l'ampleur de la situation. La gestion d'événements récents, tels que la grippe A H1N1, a également démontré la nécessité d'apporter une réponse qui n'oppose pas la gestion des situations sanitaires exceptionnelles à celle du quotidien. Un dispositif intégré d'organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles, dit « ORSAN » sera mis en place pour préparer la montée en charge coordonnée du système de santé et définir des parcours de soins adaptés en fonction des différents scénarios.

3.2 Favoriser l'autonomie des personnes âgées et/ou handicapées dans le respect des choix de vie de chacun

L'accès à l'autonomie des personnes questionné par la démographie en région

Le vieillissement de la population – et son corollaire l'augmentation des situations de dépendance et des maladies chroniques –, les attentes des personnes âgées et de leurs proches ainsi que les changements sociétaux sur la cellule familiale sont autant de mutations de notre société. Elles imposent aux acteurs de développer une politique plus offensive et une capacité d'action renouvelée, en faveur du maintien/soutien à domicile, dans un contexte particulièrement difficile de déficit médical sur les territoires de la région.

Au-delà du vieillissement de la population régionale, l'accompagnement à l'autonomie des personnes en situation de handicap, à tous les âges de la vie, constitue une problématique majeure. En effet, les attentes sociétales, majoritairement orientées vers le « milieu ordinaire », se heurtent aux capacités des territoires à soutenir et à organiser concrètement l'inclusion scolaire, sociale et professionnelle.

Il conviendra également de maintenir une offre d'accueil en établissement pour ceux qui ne peuvent ou ne souhaitent pas vivre en milieu ordinaire.

Contextualisation










LES CHIFFRES CLES EN REGION



- 424 établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) pour un total de 33 317 places installées, dont 670 en hébergement temporaire
- 268 établissements d'accueil des adultes handicapés pour un total de 8164 places installées
- 6911 places en services de soins à domicile pour personnes âgées (dont ESA) et personnes handicapées
- 3598 places en services d'accompagnement à domicile pour adultes handicapés (SAMSAH, SAVS)
- 72 ESAT pour 5775 places installées
- 120 établissements pour enfants et adolescents en situation de handicap, pour 4782 places installées
- 56 493 personnes âgées et handicapées bénéficient d'un Service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) par une structure associative ou un Centre communal d'action sociale (CCAS) (hors entreprises privées)

Source : Statiss 2016

- La dynamique régionale, portée de concert par les Conseils départementaux et l'ARS, est favorisée par des choix innovants et le développement d'une offre modulaire : déploiement des MAIA, création expérimentale de SPASAD intégrés, articulant services de soin et d'aide à domicile, plateformes de répit dédiées à la maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés, expérimentations de nouveaux modes d'organisation des soins, notamment en amont et en aval de l'hospitalisation, dispositif Personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA)...
- La grande région est bien placée en termes de places en établissements médico-sociaux, malgré les disparités territoriales (33 000 places en Bourgogne-Franche-Comté)
Des difficultés persistent en matière d'appréciation fine des besoins, d'orientation des personnes, d'accessibilité aux soins en raison du manque d'infrastructures et/ou de la perte d'autonomie, de disparités territoriales de l'offre (handicap en particulier), d'évolution défavorable de la démographie des professionnels de santé, de précarisation des personnes vieillissantes qui est en constante augmentation.

Ce que l'on attend pour 2028

-  Un accès aux services et aux soins pour les personnes âgées et/ou handicapées, quels que soient leur lieu de vie et leur situation personnelle
-  Une prévention adaptée et un repérage des fragilités facilité, permettant de préserver la qualité et l'autonomie des personnes vieillissantes
-  Des environnements physiques et sociaux (air, eau, habitat, cadre de vie) plus favorables pour la santé
-  Des choix individuels et collectifs favorables à la santé (réduction des conduites addictives, alimentation équilibrée, activité physique, santé sexuelle, santé mentale...)
-  Un diagnostic et une prise en charge précoce du handicap pour éviter l'apparition de sur handicaps
-  Des réponses souples et adaptées aux personnes en perte d'autonomie et en situation de handicap, s'inscrivant dans le respect de leur choix de vie permettant un accompagnement à domicile et une intégration facilitée à l'école, dans le monde professionnel et dans la cité
-  Une prise en charge adaptée à l'accroissement de l'âge et de la dépendance en établissement médico-social
-  Des liens à organiser entre les différents établissements médico-sociaux afin de proposer aux personnes un accompagnement adapté (logique de parcours et de dispositifs)
-  Une articulation efficace entre les interventions à domicile/en établissement, en ville et à l'hôpital afin d'assurer, à la personne fragile ou dépendante et à celle en situation de handicap, la continuité des soins et le déroulement fluide de son parcours

-  Des pratiques professionnelles renouvées, dans le respect des recommandations de bonnes pratiques, permettant de garantir la qualité de la prise en charge des usagers et le bien-être au travail et une formation des professionnels aux poly-pathologies des personnes âgées
-  Un soutien et un accompagnement des familles et des proches aidants.

Les attentes pour les personnes en situation de handicap sont issues des mesures préconisées par le rapport Piveteau, «Zéro sans solution»³¹, et par la mission Desaulle « Une Réponse accompagnée pour tous »³² (RAPT).

Les leviers

Prévenir la dépendance

Il s'agit de repérer les personnes fragiles avec les médecins généralistes, les acteurs de santé et les travailleurs sociaux et médico-sociaux des Conseils départementaux et des communes. Des liens devront aussi être établis avec les Services de soins à domicile (SSAD) qui sont en contact avec les personnes non dépendantes et avec les Conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA).

Diversifier les modes de prise en charge et développer l'offre de services pour respecter les choix de vie des aidants et des aidés

Diversifier, cela revient à apporter des réponses adaptées à des besoins bien distincts, selon les profils des usagers, les situations personnelles, les types de déficiences ou dépendances et surtout les choix de vie.

Des alternatives au « tout hébergement » ou au « tout domicile » (habitat inclusif, résidences autonomie, MARPA...) existent et demandent à être développées pour accompagner les personnes en perte d'autonomie et leurs proches dans leurs nécessités quotidiennes. Le maintien à domicile reposant en grande part sur la volonté et l'énergie des aidants naturels, il s'agit d'éviter au mieux leur isolement ainsi que leur épuisement physique et psychique.

A domicile, la généralisation des services polyvalents (SPASAD), couplant les interventions en soins infirmiers (SSIAD) et en aide à la personne (SAAD), peut offrir de nombreux avantages si le libre choix du prestataire demeure pour l'utilisateur ou sa famille : vision globale des besoins propres à chacun, mutualisation des prestations, réduction du nombre d'intervenants chez la personne.

³¹ Piveteau D, et al.. "Zéro sans solution" : le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches. Tome 1. Paris : Ministère des affaires sociales et de la santé, 2014, 96 p. En ligne : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_zero_sans_solution.pdf

³² Handicap : une réponse accompagnée pour tous : les 4 axes [Page internet]. Paris : Ministère des solidarités et de la santé, 2015. En ligne : <http://solidarites-sante.gouv.fr/archives/handicap-une-reponse-accompagnee-pour-tous/les-4-axes/>

Pour une meilleure prise en charge, il y a nécessité de développer des coopérations accrues et décloisonner les acteurs du soin, de l'aide à domicile et du secteur médico-social, via les plateformes territoriales d'appui (PTA) ou la MAIA.

Les Pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE) sont également des dispositifs venant compléter la palette de l'offre médico-sociale en proposant une réponse souple et adaptée aux besoins des personnes en situation de handicap complexe et de leurs aidants, dans une visée inclusive.

En perspective également, l'utilisation pleine et entière des places offertes en accueil de jour et en hébergement temporaire et village répit famille pour assurer du répit aux usagers comme aux aidants. Les formules de répit peuvent se déployer autour de solutions innovantes, de type accueil de jour itinérant ou encore service de « baluchonnage » proposant le remplacement temporaire du proche aidant.

Il s'agit également de développer les solutions de domotique, comme cela a déjà été expérimenté pour prévenir les chutes (chemin lumineux par exemple), les objets connectés pour réduire la iatrogénie médicamenteuse (pilulier intelligent), la dénutrition (balance communicante) ou tout autre projet rendant l'utilisateur plus autonome y compris pour les personnes en situation de handicap.

Diagnostiquer précocement

Chez l'enfant, le repérage et dépistage précoce des retards d'apprentissage, des troubles de développement et des autres déficiences et/ou troubles susceptibles de conduire à des restrictions de participation sociale (handicap), reste la clé de voûte d'une bonne inclusion scolaire et sociale. Plus tôt est établi le diagnostic, plus efficaces sont les solutions de prise en charge sanitaire, médico-sociale et/ou pédagogique.

C'est pourquoi l'effort doit porter sur le maillage territorial et la bonne opérationnalité des CAMSP, CMPP et autres structures ou réseaux intervenant dans le diagnostic, leur permettant d'assurer la continuité du suivi des enfants même aux âges charnières. Cela repose également sur une coordination plus forte des acteurs de la santé et de l'éducation, tant en termes de dispositifs que d'outils partagés (systèmes d'information communs par exemple).

Favoriser l'inclusion scolaire, l'insertion sociale et l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap

La scolarisation des élèves handicapés en milieu ordinaire portée par l'Education nationale en déclinaison des orientations CDA/MDPH des Départements est, quant à elle, soutenue selon différentes modalités : unités d'enseignement externalisées (autisme, par exemple), déploiement des équipes mobiles, coopération entre établissements médico-sociaux et établissements scolaires, développement des services (SESSAD), solutions palliant le déficit de médecins scolaires...

Dans le domaine social, il convient de promouvoir une société véritablement inclusive au sein de laquelle les personnes en situation de handicap peuvent vivre pleinement leur citoyenneté.

Cela passe, d'une part, par la participation concrète de tous à la vie de la société, et donc à toutes les activités qui permettent de construire le lien social. Les offres culturelles, sportives et de loisirs doivent intégrer une accessibilité aux personnes en situation de handicap. La mise en lien des acteurs des champs sportifs et culturels et ceux du médico-social doit être favorisée. Les Groupes d'entraide mutuelle (GEM) contribuent également à l'inclusion sociale de ces personnes.

Cela passe également par une offre de logements adaptés (habitat inclusif) qui visent à permettre aux personnes en situation de handicap une insertion pleine et entière dans la cité et le libre choix de leur mode de vie.

De même, les stratégies régionales mettent l'accent sur les dispositifs d'orientation, d'insertion et de réadaptation professionnelles ainsi que d'emplois accompagnés (par exemple accès à la validation des acquis professionnels pour les travailleurs d'ESAT et d'EA), permettant d'améliorer la qualification des jeunes et de renforcer l'accompagnement social des travailleurs handicapés.

Dans la droite ligne des visées inclusives, la mise en place des pôles de compétences doit répondre aux besoins spécifiques et aux situations complexes en offrant la possibilité d'adjoindre aux services existants des interventions plus ciblées.

Garantir la qualité de la prise en charge et la bientraitance

Afin de garantir la qualité de la prise en charge et la bientraitance, les établissements s'appuieront sur les recommandations de bonnes pratiques. De la même manière, les groupes d'analyse de la pratique participent à l'amélioration de cette prise en charge et leur mise en place devrait être systématisée.

Les enjeux d'efficience, de performance et de qualité de la prise en charge s'imposent fortement au secteur médico-social qui devra s'adapter pour mieux accueillir de nouveaux publics en respectant leur parcours de vie : personnes en très grande dépendance et personnes handicapées vieillissantes....

Portée par la loi d'adaptation de la société au vieillissement (2015), la réforme de la tarification et de la contractualisation en EHPAD poursuit une logique de financement globale ou forfaitaire des soins et de la dépendance – mieux calqué sur les besoins réels des résidents – ainsi qu'un pilotage « par les ressources » et l'encouragement à la coopération entre les établissements.

Il est nécessaire de repenser le rôle, la localisation et le financement des unités de soins de longue durée (USLD), maillon aujourd'hui peu adapté dans le parcours de la personne âgée entre l'hôpital de court séjour et l'EHPAD.

A l'échelle des structures, cela s'accompagne en interne de démarches « qualité » et de management, intégrant une dynamique de prévention visant à préserver l'autonomie (mémoire, équilibre, nutrition, santé bucco-dentaire...).

Enfin, en établissement comme à domicile, la montée en compétence des personnels joue en faveur d'une meilleure reconnaissance du métier donc de son attractivité, tout en garantissant à l'usager un traitement et un accompagnement de qualité (adaptation des gestes à la spécificité du handicap, mise en place de protocoles de soins...).

Des rapprochements entre les champs du handicap et de la gérontologie devront être développés afin de répondre aux attentes des personnes handicapées vieillissantes.

Rendre effective la coordination des acteurs de la santé autour des liaisons ville-hôpital-établissements /domicile

Privilégier les parcours de santé des personnes suppose en amont d'articuler fortement les professionnels en ambulatoire et en hospitalier, du sanitaire et du médico-social. Mais les coopérations entre les secteurs restent encore timides. Tout l'enjeu repose sur des partenariats consolidés, notamment entre ESMS, centres hospitaliers et professionnels de santé libéraux pour éviter les hospitalisations inadéquates en urgence, pour faciliter les transitions en sortie d'hospitalisation, pour développer l'hospitalisation à domicile... et plus largement pour transmettre les informations au bon moment et au bon interlocuteur. Les territoires de planification sanitaire devront répondre à cet enjeu à travers la mise en place de filières gériatriques.

Les actions de santé numérique accompagnent ces relations ville-hôpital par le biais de plateformes de services collaboratifs et d'un dossier patient partagé entre les acteurs de la chaîne de soins et les personnes (eTICSS).

Parmi les pistes de progrès, on peut citer l'articulation du PRS avec les schémas départementaux autonomie dans un souci de cohérence et d'efficacité, les formations initiales et continues communes aux professionnels du sanitaire, du médico-social et du social. Les stages d'immersion croisés entre structures hospitalières, médico-sociales et sociales, particulièrement favorables à l'interconnaissance des pratiques professionnelles pourront faciliter la résolution de situations complexes.

Décliner en région les plans nationaux en prenant en compte les spécificités régionales, départementales et infra-départementales

Ces plans nationaux sont déclinés en région Bourgogne-Franche-Comté notamment via le parcours Neurologie/PMND et le parcours « Personnes en situation de handicap » et le parcours « Développement de l'enfant » :

- Le plan maladies neurodégénératives (PMND) 2014-2019³³
- Le 4ème plan autisme (2018-2022)³⁴
- Le 2ème schéma national pour les handicaps rares (2014-2018)³⁵
- La stratégie quinquennale (2017-2021) de l'évolution de l'offre médico-sociale, volet handicap psychique³⁶, volet polyhandicap³⁷, volet habitat inclusif³⁸ et volet aide aux aidants³⁹.

³³ Plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019. Paris : Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche ; Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, 2014, 124 p. En ligne : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_maladies_neuro_degeneratives_def.pdf

³⁴ Stratégie nationale pour l'autisme 2018-2022 : <http://handicap.gouv.fr/focus/l-autisme/strategie-nationale-pour-l-autisme-2018-2022/article/strategie-nationale-pour-l-autisme-2018-2022-changeons-la-donne>

³⁵ Schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour les handicaps rares 2014-2018. Paris : Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes ; Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, 2015, 156 p. En ligne : http://www.cnsa.fr/documentation/cnsa-dt-shr-v4_26-11-2015_web.pdf

³⁶ Stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale. Volet handicap psychique. Paris : Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, 2016, 72 p. En ligne : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_quinquennale_de_l_evolution_de_l_offre_medico_sociale_volet_handicap_psychique.pdf

³⁷ Stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale. Volet polyhandicap. Paris : Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, 2016, 74 p. En ligne : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_quinquennale_de_l_evolution_de_l_offre_medico_sociale_volet_polyhandicap.pdf

³⁸ Démarche nationale en faveur de l'habitat inclusif pour les personnes en situation de handicap. Paris : Comité interministériel du handicap, 2016, 13 p. En ligne : http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2016/12/demarche_nationale_en_faveur_de_lhabitat_inclusif_pour_les_personnes_en_situation_de_handicap.pdf

³⁹ Stratégie nationale pour soutenir et accompagner les aidants de personnes en situation de handicap. Paris : Ministère des affaires sociales et de la santé, secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion, 2016, 15 p. En ligne : http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2016/12/strategie_nationale_de_soutien_aux_aidants_vf.pdf

3.3 Organiser une offre de santé de proximité, coordonnée, centrée autour de l'utilisateur et en garantir l'égal accès pour tous

La garantie d'une offre de soins de qualité et accessible à tous est l'objectif premier de notre système de santé

L'accès aux soins peut être un problème pour une partie de la population de la région du fait d'une démographie médicale et paramédicale fragile, en particulier dans les zones rurales. La difficulté à trouver un professionnel de santé disponible dans un délai acceptable peut se traduire par un renoncement aux soins notamment pour les personnes les plus modestes.

Dans le même temps, la transformation de notre système de santé, pour répondre à la question de l'augmentation des maladies chroniques et de l'évolution des besoins de la population, se traduit depuis quelques années par une territorialisation accrue de l'offre de soins avec la mise en œuvre de parcours structurés autour d'une offre de soins de premier recours, à partir des besoins de l'utilisateur et dans une approche globale et coordonnée avec les autres professionnels.

L'offre de santé de proximité se doit par conséquent de répondre à la problématique d'accessibilité géographique et financière, dans un cadre d'exercice rénové, afin de pouvoir répondre à la diversité des demandes. Elle est donc confrontée à deux défis majeurs : maintenir et développer cette offre de proximité sur l'ensemble de notre territoire et l'inscrire réellement au centre du système de santé en améliorant la coordination entre les acteurs, dans un objectif d'optimisation de la prise en charge.

Contextualisation

LES CHIFFRES CLES EN REGION

- 59 habitants au km² contre 117 en France métropolitaine ^(a)
- 96 médecins généralistes libéraux/100 000 habitants (France métropolitaine : 104) ^(b)
- 70 médecins spécialistes libéraux/100 000 habitants (France métropolitaine : 94) ^(b)
- 90 maisons de santé pluri-professionnelles - MSP ^(c)
- 38 contrats d'engagement de service public ^(c)
- 20 praticiens territoriaux de médecine générale ^(c)





Source : (a) INSEE 2016, (b) Statiss 2016 et (c) ARS BFC 2016

La région Bourgogne-Franche-Comté est l'une des quatre régions où l'on constate une baisse du nombre de médecins généralistes en particulier dans la Nièvre et l'Yonne et le Nord Franche-Comté et le risque de création de zones sous denses y compris dans les quartiers politiques de la ville. Pour pallier cette situation, plusieurs dispositifs ont été mis en œuvre depuis quelques années permettant :

- d'aider les professionnels lors de leur installation (aides conventionnelles à l'installation, contrat d'engagement de service public – CESP -, praticien territorial de médecine générale – PTMG -) ;
- d'accompagner les professionnels dans leur exercice ;
- de soutenir le développement de la coordination d'appui aux professionnels de santé gérant des situations complexes ;
- d'organiser l'accès à des soins non programmés quel que soit le degré d'urgences, en lien avec une régulation des appels optimisée et un maillage efficient du territoire par les structures d'urgence ;
- de s'appuyer sur une offre hospitalière de proximité, maillon essentiel notamment dans l'offre de soins urgents, de soins gériatriques et en santé mentale ;
- de favoriser l'utilisation des nouvelles technologies (télémédecine, messagerie sécurisée) ;
- de susciter l'engagement des acteurs locaux (communautés professionnelles territoriales de santé, équipes de soins de proximité, réseaux de soins, contrats locaux de santé - CLS...).

Ce que l'on attend pour 2028

Pour tout usager, quels que soient son domicile et sa situation :

-  Une organisation de proximité de qualité et accessible dans des délais raisonnables sur tout le territoire, y compris dans les territoires isolés
-  Une continuité et une permanence des soins garantie
-  Des professionnels de santé de premier recours positionnés comme maillons essentiels en matière de prévention et promotion de la santé
-  Une coordination optimale des acteurs de santé (de la prévention, du soin et du médico-social) ainsi que les acteurs du social dans le cadre d'une approche globale de la santé de la personne

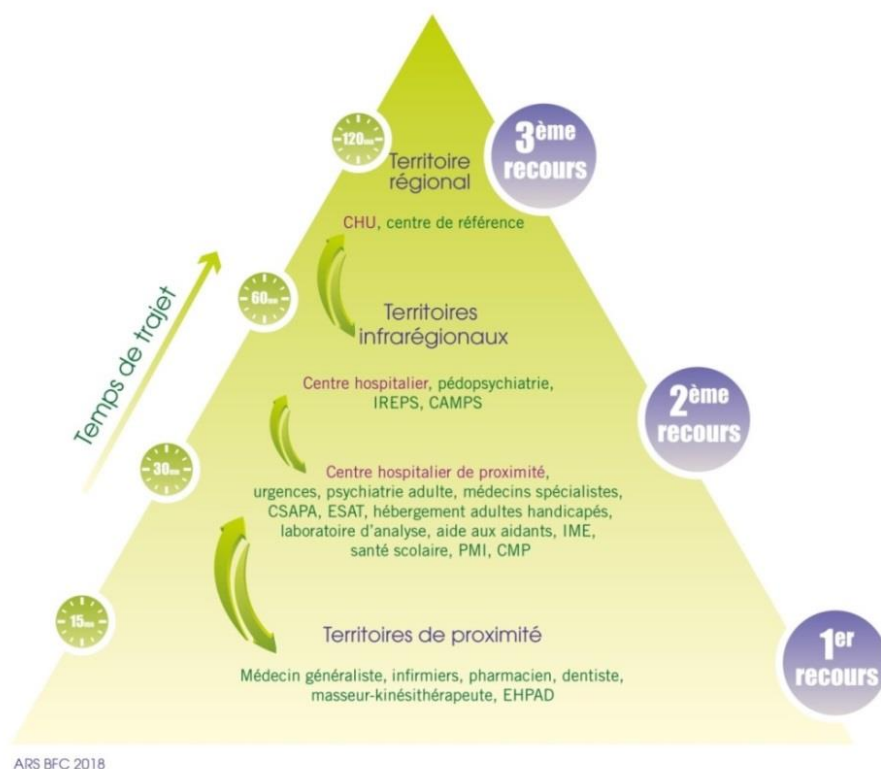
Les leviers

La nécessaire gradation des soins sur le territoire régional

L'objectif de garantir à tous les patients un meilleur accès à des soins sécurisés et de qualité en renforçant la coopération entre acteurs implique d'améliorer la gradation de l'offre de soins.

En effet, tout comme par exemple l'offre de l'Education nationale en école, collège, lycée et université est graduée, il n'est pas possible de proposer une offre de soins complète en tout point du territoire pour des questions évidentes de qualité et sécurité du service rendu : elle doit donc être, elle aussi, graduée.

Faute d'avoir été organisée et anticipée, cette gradation de soins s'opère hélas trop souvent sous la contrainte d'impasses en ressources humaines ou financières, ou lorsque l'on fait le constat d'une détérioration de la qualité et de la sécurité des soins. Notre politique régionale doit être volontariste et organiser cette gradation en organisant en proximité tout ce qui peut l'être, en priorité des soins de premier recours, sans sacrifier la qualité et la sécurité des soins, et en organisant l'accès à une offre de soins de recours là où il est possible de l'assurer avec le niveau de qualité et de sécurité requis.



Cette gradation est généralement présentée en 3 niveaux, appelés également « recours ». Le premier recours correspond à la possibilité pour le patient d'accéder en proximité à un médecin généraliste, à un infirmier, un masseur kiné, un pharmacien, un dentiste, une sage-femme le plus souvent en ville mais qui peut aussi s'appuyer sur une offre hospitalière de proximité... Le deuxième recours permet d'accéder à un médecin spécialiste (libéral ou hospitalier), à un hôpital de proximité ou à un centre hospitalier.... dans un périmètre un peu plus élargi de niveau infrarégional. Le troisième recours correspond à la possibilité d'accéder à des établissements de soins équipés de plateaux techniques plus sophistiqués et dotés d'équipes spécialisées (de type centre hospitalier universitaire), plus rares et donc plus éloignés de niveau régional ainsi qu'à des centres de référence ou de compétence. Un 4ème niveau correspond à la nécessité pour un patient de recourir à un service de santé expert, de niveau national, le cas échéant extérieur à sa région.

Le développement des parcours et de l'approche orientée patient et non plus structure suppose d'améliorer la gradation de l'offre de soins par une meilleure coordination territoriale entre tous les offreurs de santé afin de faciliter la prise en charge continue des patients entre professionnels et établissements de niveaux de recours différents.

Cette gradation des soins n'a de sens que, d'une part, si les différents niveaux existent réellement au niveau de la région, et d'autre part si ces niveaux travaillent de concert. Les groupements hospitaliers de territoire (GHT) contribueront à l'amélioration de cette gradation des soins d'autant plus qu'ils élargiront leur partenariat aux établissements de santé privés ainsi qu'aux professionnels libéraux et aux acteurs du champ médicosocial.

Soutenir l'offre de soins de premier recours

Les soins de premier recours sont assurés par les professionnels de santé de proximité. Or, la Bourgogne-Franche-Comté présente des disparités territoriales dans la répartition de cette offre. Elle est de plus confrontée à de graves difficultés démographiques médicales et paramédicales et notamment à une problématique de maintien des professionnels formés en région.

Il s'agit par conséquent, pour veiller à l'équité territoriale et au regard des besoins locaux, d'utiliser tous les moyens à disposition, et en particulier les dispositifs du Plan d'égal accès aux soins⁴⁰ : d'une part pour accompagner les professionnels de santé en début de carrière, favoriser leur installation et les fidéliser, dans le but de maintenir une offre de soins de proximité au service des usagers, et d'autre part en accordant une attention particulière aux professionnels en fin de carrière.

Les dispositifs conventionnels rénovés, à commencer par ceux issus de la nouvelle convention médicale, permettront de bénéficier de nouveaux leviers incitatifs à l'installation ou au maintien d'activité en zones sous-denses. Le schéma régional des ressources humaines en santé, dont les orientations sont en totale conformité avec celles du Plan d'égal accès aux soins, sera un des outils pour soutenir l'offre de soins. Il aura pour vocation de mettre en adéquation des moyens avec les besoins de santé et permettre une plus grande maîtrise de notre politique de santé pour une meilleure vision prospective des ressources humaines en santé. Ce schéma s'intéresse également aux spécialistes (offre de deuxième recours).

Les médecins spécialistes dans l'organisation du système de soins

L'articulation entre médecine générale et médecine spécialisée ne peut être parfaitement appréhendée au travers de la notion trop réductrice de deuxième recours, dans la mesure où elle est nécessairement variable selon les pathologies et les processus de soins ; il faut davantage parler d'interactions à des moments et dans des conditions différentes selon ces processus. En fonction des circonstances ou des spécialités, les médecins spécialistes jouent également un rôle dans le premier recours (accès direct conventionnel, pour les pédiatres, pour une partie de la gynécologie médicale, de la psychiatrie et de l'ophtalmologie). Ces interactions et la réflexion sur la contribution optimale des médecins spécialistes aux parcours de soins ont été valorisées au cours des dernières années par la Haute autorité de santé via la production de guides de bonnes pratiques.

⁴⁰ Plan « Renforcer l'accès territorial aux soins » : <http://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/presentation-du-plan-gouvernemental-d-acces-territorial-aux-soins>

Leurs missions ont récemment été rappelées par la loi ; ainsi ils :

- complètent la prise en charge du patient par la réalisation d'une analyse diagnostique et thérapeutique d'expertise, la mise en œuvre du traitement approprié ainsi que le suivi des patients, selon des modalités propres aux compétences de chaque discipline ;
- contribuent à la prévention et à l'éducation pour la santé ;
- participent à la mission de service public de permanence des soins ;
- contribuent à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales.

Le médecin spécialiste de deuxième recours intervient en tant que médecin correspondant, en lien avec le médecin généraliste, pour le suivi conjoint du patient et l'élaboration du projet de soins. Il intervient également en coopération avec les établissements de santé et contribue à la prévention des hospitalisations inutiles ou évitables.

Son rôle dans le cadre de la télé expertise devra être développé.

De même que pour les médecins généralistes, l'offre de médecine spécialisée doit être soutenue notamment par les nouveaux dispositifs inscrits dans les mesures du Plan d'égal accès aux soins (concernant par exemple les assistants spécialistes partagés), afin d'en garantir l'accès, indépendamment du statut ou du mode d'exercice du praticien. Pour cela, des zonages de spécialités seront réalisés sur le modèle du zonage relatif aux médecins généralistes.

Anticiper les difficultés

L'observation et les études prospectives doivent être développées de manière à anticiper les évolutions démographiques des professionnels de santé et les besoins de santé sur les territoires. La collaboration et la concertation avec les décideurs (Ministère, Conseil régional, Universités, organismes de formation, URPS, Ordres...) seront renforcées, afin d'augmenter les quotas en formation médicale et paramédicale et de réfléchir à de nouvelles modalités d'exercice, permettant d'inciter les jeunes professionnels à s'installer dans des zones déficitaires.

Favoriser le travail en équipe pluri-professionnelle

Pour répondre, d'une part, aux attentes des nouveaux professionnels de santé qui ne souhaitent plus exercer de manière isolée et, d'autre part, aux besoins de la population qui évoluent, les modalités d'accompagnement permettant de favoriser toutes formes d'exercice coordonné sont à développer : maisons de santé pluri-professionnelles, centres de santé polyvalents, pôles de santé, communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)... La coordination qui en résulte permet d'améliorer la prise en charge dans les domaines des soins, de la prévention et de l'accompagnement de la personne.

Les libéraux exerçant en cabinet médical individuel s'inscriront également dans une forme d'exercice coordonné pluri-professionnel en particulier avec l'aide des plateformes territoriales d'appui.

Développer des modalités d'intervention des professionnels de santé à l'égard des publics fragiles

Les personnes âgées ou les personnes handicapées sont régulièrement confrontées à des difficultés d'accès aux dispositifs de soins de droit commun. De même, les publics en situation de vulnérabilité sociale sont souvent les plus éloignés du système de santé. Pour en favoriser l'accès, des modalités particulières doivent être développées au sein des établissements ou sur le champ ambulatoire. Une sensibilisation et des formations spécifiques seront mises en place pour améliorer l'attractivité des structures sociales et médico-sociales auprès des professionnels de santé. Ces formations sensibiliseront aux phénomènes de sur-handicap. De plus, des dispositifs de communication adaptée, d'interprétation et de traduction permettront aux professionnels de mieux communiquer et s'exprimer avec les personnes qui en ont le plus besoin.

Optimiser l'organisation de la permanence des soins et faciliter l'accès aux soins non programmés

La permanence des soins est un élément essentiel de l'organisation du système de soins. L'optimisation et l'efficacité du dispositif reposent sur la complémentarité entre la permanence des soins ambulatoire et la permanence des soins en établissement de santé (dont les services d'urgence), et l'amélioration de l'utilisation de ce dispositif par les usagers.

Le développement de la prise en charge non programmée dans l'ambulatoire permettra de réduire le recours aux services d'urgence hospitaliers tout en apportant une réponse aux besoins de la population.

Ces services pourraient être proposés dans les maisons médicales de garde, les MSP ou les centres de santé polyvalents dotés d'un plateau technique adapté. La présence de cette activité renforcera par ailleurs l'attractivité de la structure auprès des médecins généralistes et favorisera également les possibilités de mutualisation avec les autres acteurs du territoire comme les hôpitaux de proximité.

Pour les situations d'urgence, l'accès à la médecine d'urgence en moins de 30 minutes doit être la règle impliquant d'optimiser le maillage territorial des SU, SMUR terrestres et hélicoptés, mais aussi en développant des réponses telles que les médecins correspondants de SAMU ou l'identification de consultations ou centres de soins non programmés et l'articulation avec les services de santé des Services départementaux d'incendie et de secours (SDIS).

Permettre une offre de transports sanitaires adaptée aux besoins

La région Bourgogne-Franche-Comté connaît une inadéquation entre la demande de transport sanitaire (en forte hausse) et l'offre ambulancière (stagnante et sectorisée). Les gardes ambulancières, les activités programmées/non programmées et les urgences pré-hospitalières sont autant de sollicitations auxquelles les ambulanciers ne peuvent plus répondre sur l'ensemble du territoire. L'évolution de l'offre doit donc s'appuyer sur :

- une coordination régionale efficiente (le vecteur de transport le plus adapté à l'état de santé du patient) ;
- un système de géolocalisation renforcé ;
- un cahier des charges revisité et innovant en matière de sectorisation.

Assurer la coordination des acteurs pour des parcours efficaces

Adapter la prise en charge aux besoins des personnes suppose que, autour de l'utilisateur, quel que soit le professionnel de santé sollicité, les différents acteurs puissent se coordonner afin d'apporter une réponse globale et non cloisonnée.

L'identification de parcours ou de filières de soins permet, sur un territoire donné, d'associer l'ensemble des acteurs concourant à la prise en charge et d'orienter la personne, selon ses besoins, vers une prise en charge de proximité ou l'accès à un plateau technique spécialisé. Cet objectif vise, d'une part, à fluidifier le parcours de santé de la personne fragilisée en tenant compte de son environnement et de ses souhaits, d'autre part, à faciliter les sorties d'urgences ou d'hospitalisation en organisant le retour au domicile ou le suivi en structures d'aval, en mobilisant son entourage pour éviter ainsi toute rupture de prise en charge. Il vise aussi à décloisonner les disciplines médicales, ville et hôpital, préventif et curatif, et à accroître les compétences des acteurs via les nouveaux modes de transmission de l'information, l'élaboration et l'appropriation de référentiels, les échanges de pratiques, la formation, la construction d'un projet territorial commun en référence aux besoins de la population.

Les établissements de santé devant mettre en place une nouvelle organisation territoriale pour s'adapter au virage ambulatoire s'inscriront dans un partenariat rapproché avec les soins ambulatoires. En facilitant l'organisation de la sortie d'hospitalisation, le Programme d'accompagnement au retour à domicile (PRADO), développé sur un nombre croissant d'épisodes de soins facilitera cette adaptation au virage ambulatoire.

Les hôpitaux de proximité comme pivot entre le premier et deuxième recours

Les hôpitaux de proximité constituent un pivot de l'offre de soins sur les territoires, rôle renforcé par le développement des parcours et de l'approche orientée patient laquelle suppose une meilleure coordination territoriale entre offreurs de santé. Au travers de leurs missions, ils sont un point de rencontre entre les soins de ville et les soins hospitaliers, le premier et le second recours, le sanitaire et le médico-social. Au cœur des prises en charge de proximité et des parcours de soin, ils ont également vocation à jouer un rôle dans leur environnement. Ils sont, et le seront davantage demain, un lieu d'intégration, un support d'innovations organisationnelles construites entre professionnels de santé quels que soient le métier ou le mode d'exercice.

Les Groupements hospitaliers de territoire (GHT) soutiendront ce mouvement par leurs projets médicaux partagés et en leur offrant un support médical, médicotechnique, logistique et administratif.

Les hôpitaux de proximité ont en particulier deux grandes missions :

- contribuer, par des coopérations avec les structures et professionnels de médecine ambulatoire et avec les établissements et services médico-sociaux, à l'offre de soins de premier recours dans le territoire qu'ils desservent et favoriser l'accès à des consultations spécialisées par exemple des consultations avancées ;
- assurer un rôle d'orientation pour le patient en jouant un rôle de passerelle vers le deuxième recours et le médico-social.

Ils doivent contribuer à l'amélioration du parcours du patient, notamment des personnes âgées ou en situation de précarité, et doivent coopérer dans cette optique avec les acteurs de santé. A ce titre, ils sont les premiers concernés par la mise en œuvre et le déploiement des outils numériques, et en particulier de la télémédecine, afin de garantir l'égal accès aux soins des patients en tout point du territoire.

Les hôpitaux de proximité sont également impliqués dans le déploiement des plateformes territoriales d'appui (PTA) : en tant que bénéficiaire de ses services d'abord, puisque la PTA apportera un appui pour les admissions et les sorties d'établissements dans un objectif de maintien à domicile, et en tant que partenaire pouvant participer à la mise en œuvre des missions des PTA.

Ce rôle territorial très structurant pourra également se retrouver par la place qu'occuperont ces établissements dans le cadre des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

Cette forte imbrication du médical (hospitalier et ambulatoire) et du médicosocial au sein d'une même structure, peut positionner les hôpitaux de proximité comme les structures de demain mettant en œuvre concrètement le décroisement entre soin, médicosocial et social tant attendu des usagers

Innové pour s'adapter aux évolutions du système de santé et améliorer la qualité de la prise en charge

L'innovation permettra d'accompagner la transformation du système de santé. De nouveaux modes d'exercice réglementaires ont émergé et sont à développer :

- l'exercice des pratiques avancées avec le développement des compétences des professionnels concernés (infirmiers par exemple), et de façon plus générale la délégation de tâche de façon à mieux répartir les tâches soignantes et ainsi diminuer les délais de prises en charge ;
- la mise en place de Plateformes territoriales d'appui (PTA) pour la coordination des parcours de santé complexes ;
- la création d'équipes de spécialistes médicaux et paramédicaux territoriales ou régionales en particulier en cancérologie ;
- les expérimentations dans la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes en situation de précarité.

De même, sur le champ hospitalier et médico-social de nouvelles modalités d'exercice doivent également être pensées : consultations avancées ou équipes mobiles « hors les murs », mutualisation des moyens entre établissements...

Par ailleurs, les nouvelles technologies de l'information et de la communication vont, par leur déploiement, ouvrir de nouvelles perspectives pour améliorer la coordination des soins, la circulation de l'information et la qualité de la prise en charge (projet territoire de soins numérique eTICSS). La télémédecine rend possible le diagnostic et le soin à distance et développe le travail en équipe, les avis partagés et le suivi du patient sans lui imposer les transports d'un service à un autre. De même, le dossier médical partagé et le dossier de coordination eTICSS favorisent la circulation des données de santé, tout en respectant les impératifs de sécurité, de consentement et de confidentialité des données.

Le numérique va progressivement s'imposer dans les pratiques apportant une réponse aux questions de la démographie médicale et de l'accès de tous aux soins. Adaptée à la prévention, au suivi des maladies chroniques, à la vigilance médicale d'individus à risques et aux urgences, la télémédecine va être plus développée et utilisée. Elle sera complétée par des objets connectés et l'utilisation de smartphones qui permettront d'assurer un suivi médical continu. Il conviendra d'associer les structures médico-sociales à sa pratique. L'utilisateur pourra ainsi gagner en autonomie dans la prise en charge de sa maladie à condition de conserver une relation forte avec les soignants et d'être accompagné dans l'utilisation de ces nouveaux outils.

3.4 Faire progresser la pertinence des soins, la performance et la qualité du système de santé en particulier par le soutien à l'innovation

La transformation du système de santé par la qualité

Recevoir « les bons soins, par les bons professionnels, dans les bonnes structures, au bon moment » constitue un enjeu fondamental pour notre système de santé. Pour cela, l'approche parcours de santé, qui repose sur l'intervention coordonnée des professionnels de santé et du social, est ainsi une alternative à notre organisation actuelle, encore trop cloisonnée et centrée sur le soin.

Les établissements de santé doivent ainsi progressivement se recentrer sur leur mission première, les soins et non l'hébergement, avec des hospitalisations plus adéquates, des durées de séjours plus conformes aux besoins des patients et une offre de soins plus graduée. Par ailleurs, leur architecture doit être souple et adaptable aux évolutions de la prise en charge des malades.

Cette évolution s'accompagne d'une obligation de mieux informer l'utilisateur, ce dernier souhaitant devenir acteur de sa prise en charge, et d'offrir à tous la meilleure qualité de soins possible, ce qui implique une amélioration continue de la performance, notion qui recouvre la qualité de la prise en charge et la qualité des soins, la qualité des organisations et des conditions de travail ainsi que le rapport coût-efficacité (efficience). Ce gain de qualité s'applique aussi bien aux soins pratiqués dans le champ hospitalier et ambulatoire mais également aux soins prodigués dans les établissements médico-sociaux.

Le succès repose principalement sur le questionnement des pratiques professionnelles, lesquelles doivent évoluer pour mieux répondre aux nouveaux besoins, par le renforcement de la coordination des soins et des parcours de soins, par la mise en œuvre du virage ambulatoire (hospitalisation à domicile, chirurgie ambulatoire, services à domicile et inclusion sociale, hôpital hors les murs, télémédecine) et l'intégration de pratiques innovantes techniques et thérapeutiques.

Contextualisation

LES CHIFFRES CLES EN REGION

- 8,5 Mds € (dont 85 % pour l'assurance maladie) de dépenses de santé en 2016 (Etat et AM) ; 4,1 % des dépenses nationales, soit 3 012 €/hab ^(a)
- Répartition des dépenses ^(a) : - 41 % : soins de ville
- 40,1 % : établissements de santé
- 53,4 % : taux régional de chirurgie ambulatoire
- Entre 20 et 30 % des actes et des prescriptions sont inutiles dans les pays développés ^(b)

Sources : (a) ARS BFC 2017 et (b) Dépêche APM du 9/11/2017 et OCDE <http://www.oecd.org/health/health-systems/medical-practice-variations.htm>

La transformation du système de santé en région se met en place dans le cadre d'un co-pilotage avec l'Assurance maladie. Elle comporte plusieurs mesures destinées à améliorer l'efficacité, la qualité, la coopération et la coordination et se traduit par :

- la mise en œuvre du virage ambulatoire avec le développement très rapide en région de la chirurgie ambulatoire (taux supérieur à 53 % en 2017) ;
- une évolution des pratiques professionnelles et une amélioration de la pertinence des soins, dans le cadre de la mise en œuvre du Plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS)⁴¹ ;
- un renforcement de la maîtrise médicalisée en ville comme à l'hôpital, via les actions inscrites au Programme pluriannuel régional de gestion du risque et d'efficacité du système de soins (PPRGDRESS) ;
- une durée moyenne de séjour inférieure à 6 jours en médecine, chirurgie et obstétrique et en baisse régulière ;
- une réflexion sur l'organisation territoriale avec la mise en place des Groupements hospitaliers de territoire - GHT- en 2016, tout en conservant une offre de soins de proximité.

La stratégie de transformation du système de santé⁴² engagée en février 2018 conforte cette dynamique.

Ce que l'on attend pour 2028



Un système de santé pérenne, solidaire et financièrement équilibré



Un système de santé transformé (virage ambulatoire effectué, qualité et pertinence des soins, changement des pratiques et amélioration des conditions de travail ...) qui répond aux besoins de l'utilisateur



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

Les leviers

De l'amont à l'aval : mieux organiser l'accompagnement des personnes

L'amélioration de l'organisation des prises en charge des patients implique une meilleure coopération sur les territoires entre les établissements de santé, les établissements et services médico-sociaux et l'offre de proximité, ce qui passe par une meilleure communication (avant, pendant et après les soins) et une modification des organisations (hospitalisations directes non programmées, dispositifs MAIA, PAERPA, Plateforme territoriale d'appui, Territoires de soins numériques eTICSS, PRADO).

⁴¹ Arrêté portant l'adoption du plan pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins – 2016/2020 de la région Bourgogne Franche-Comté. Dijon : ARS BFC, 2017, 30 p. En ligne : <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/index.php/system/files/2017-06/PAPRAPS.pdf>

⁴² Stratégie de transformation du système de santé : <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-de-transformation-du-systeme-de-sante/>

Le lien entre hôpital, ville et secteur médicosocial doit être renforcé par les dispositifs permettant de mieux coordonner les sorties d'hospitalisation. Les territoires de planification sanitaire devront répondre à cet enjeu à travers la mise en place de parcours « femme, mère, enfants », « santé mentale » et « gériatrie et SSR ».

Mais le renforcement de la coordination entre professionnels de santé libéraux est également un enjeu majeur. Le développement des maisons de santé pluriprofessionnelles, le déploiement du DMP, et l'appui sur des dispositifs innovants tels que la plateforme eTICSS devront faciliter cette coordination.

Faire évoluer la prise en charge : moins hospitaliser pour mieux soigner et mieux accompagner

Parce que plus d'hospitalisations ne signifie pas soigner mieux, les pratiques doivent évoluer pour mieux répondre aux besoins : en favorisant l'ambulatoire, en encourageant d'une part le passage de l'hospitalisation complète à l'hospitalisation partielle ou à l'hospitalisation à domicile (HAD) et d'autre part de l'hospitalisation partielle à la consultation, en luttant contre les « temps inutiles » dans le séjour hospitalier.

Le recours aux soins ambulatoires sans passer par une prise en charge hospitalière représente, quand cela est possible (par exemple en ne recourant pas au SSR après certaines interventions chirurgicales en orthopédie), l'un des premiers axes du virage ambulatoire.

Dépassant l'objectif national fixé à 50 %, le taux régional moyen de chirurgie ambulatoire doit encore progresser (objectif de 60 % en 2020) par l'accompagnement des équipes et la création de structures dédiées à l'ambulatoire⁴³. Les hôpitaux de jour (HDJ), en médecine mais aussi en soins de suite et de réadaptation (SSR), doivent représenter une étape dans un parcours de soins, avec une organisation multidisciplinaire et non une succession de consultations. De même, l'hospitalisation à domicile (HAD) permet de diminuer la durée moyenne d'hospitalisation conventionnelle. Elle doit se développer, dans les disciplines où son offre est inférieure aux besoins, et à destination des personnes âgées et des malades chroniques. L'HAD élaborera des partenariats avec les établissements de santé, médico-sociaux, les services à domicile (SSIAD, SPASAD et SSAD), les professionnels de santé libéraux, en vue d'une coordination territoriale élargie. Enfin, la création de formules intermédiaires doit permettre un continuum de prise en charge. En effet, certains patients, en particulier les malades chroniques, relèvent de soins qui dépassent le cadre d'une simple consultation mais ne justifiant pas une hospitalisation de jour.

Développer la qualité et la sécurité des soins dans les établissements sanitaires, médico-sociaux et en ambulatoire

La qualité et la sécurité des soins sont la priorité des structures et des professionnels de santé et une attente légitime des usagers.

⁴³ Etat des lieux 2015 sur l'activité de chirurgie ambulatoire : programme national chirurgie ambulatoire. Lyon : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, 2016, 16 p. En ligne : http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1504/note_gdr_chirambu_2015.pdf

Les établissements et les professionnels de santé veilleront à intégrer dans leur démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins :

- en premier lieu la parole du patient. Le patient détient des connaissances et une expérience, lesquelles restent aujourd'hui souvent inexploitées. Ainsi, les représentants d'usagers devront être associés à la définition des programmes qualité et sécurité des soins, portés en région ;
- la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins (EIGS), en interne comme en externe, et leur traitement. Les professionnels de santé assureront une analyse systémique de ces événements et détermineront des actions d'amélioration pour éviter la reproduction des EIGS ;
- la prévention des infections associées aux soins et la maîtrise de l'antibiorésistance ;
- les trois axes de la politique régionale du médicament et des dispositifs médicaux, que sont : le bon usage, la sécurité sanitaire et l'efficacité pharmaco-médico-économique ;
- une politique d'évaluation des pratiques professionnelles.

Les professionnels de santé s'appuieront, en cas de besoin, sur les structures d'appui telles que le Réseau qualité (REQUA), l'Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique Bourgogne-Franche-Comté (OMEDIT), le Centre de prévention des infections associées aux soins (CPIAS).

En parallèle à ces démarches initiées par les acteurs, l'ARS :

- poursuivra des programmes d'inspection basés sur une approche de la sécurité des soins en établissement de santé ;
- poursuivra l'inspection des professionnels de santé, tels les pharmaciens et les cabinets dentaires ;
- assurera la pérennité du programme de repérage des risques de maltraitance en établissements de santé et médico-sociaux.

Améliorer la pertinence des soins

Un soin est qualifié de pertinent lorsqu'il est dispensé en adéquation avec les besoins du patient, sur la base d'une analyse bénéfices/risques, et conformément aux données actuelles de la science, aux recommandations HAS et des sociétés savantes nationales et internationales. Cette démarche qui implique la participation des professionnels de santé, est à mettre en œuvre autour des 5 axes suivants :

- la pertinence des séjours (inadéquations hospitalières, à l'admission ou dans leur durée...) ;
- La pertinence des modes de prise en charge (chirurgie ambulatoire versus hospitalisation complète...) ;
- la pertinence des actes et des pratiques ;
- la pertinence d'utilisation des produits de santé (médicaments, produits sanguin et ses dérivés, dispositifs médicaux...) ;
- la pertinence des parcours de santé (hospitalisations potentiellement évitables que l'on aurait pu éviter par des soins primaires efficaces délivrés au moment opportun).

Elle s'appuiera sur les démarches nationales (recommandations HAS, certification des établissements, accréditation des professionnels, thématiques ciblées CNAMTS), régionales (mise sous accord préalable, CPOM, Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité) ou internes aux établissements (évaluation des pratiques professionnelles).

En particulier, la démarche régionale d'amélioration de la pertinence des soins s'articulera autour des actions inscrites dans :

- le plan d'actions pluriannuel régional pour l'amélioration et la pertinence des soins (PAPRAPS) 2016-2020 ;
- les orientations de la politique régionale du médicament afin de sensibiliser les prescripteurs à la juste prescription et à l'évolution des bonnes pratiques.

Soutenir l'innovation (technologique, thérapeutique et organisationnelle)

En matière biomédicale, l'innovation passe par de nouveaux traitements et les établissements ne peuvent prendre de retard, sans risquer de perdre en bénéfice pour le patient et en attractivité, pour ces derniers comme pour les personnels médicaux. La généralisation de traitements tels que thérapie génique, thérapie cellulaire, immunothérapie dépendra à la fois des progrès scientifiques et de leur coût aujourd'hui très élevé.

Sans attendre de telles évolutions, trois orientations doivent être soutenues en région :

- le développement du numérique : celui-ci a déjà et va avoir un impact à deux niveaux, en modifiant les relations d'une part entre professionnels (collaboration à distance avec l'utilisation de la télémédecine, de la plateforme numérique eTICSS - eTerritoire Innovant Coordonné Santé Social - et du dossier médical partagé – DMP -), d'autre part, entre professionnels de santé et patient (avec des dispositifs de téléconsultation ou télésurveillance, portail patient). Elles permettent ainsi de faire évoluer le système vers une organisation plus coordonnée grâce à une intégration des établissements de santé et des professionnels au sein d'un même système d'offre de soins. La région a pour objectif d'étendre au-delà des personnes en situation complexe et de généraliser sur la région le système d'information et de coordination développé dans le cadre de l'expérimentation eTICSS en coordination avec les outils nationaux comme le DMP. Ce système est fondé sur une plateforme de coordination qui facilite le partage d'informations entre les professionnels. Il leur offre une vision commune du plan personnalisé de santé (PPS) et des étapes clés de la prise en charge ainsi que du suivi des indicateurs de santé. Cette plateforme permet également aux patients un meilleur contrôle et suivi de sa prise en charge et donc de son pouvoir d'agir ainsi que l'échange avec son cercle de soin ;
- les investissements en équipements lourds : de tels équipements sont essentiels en imagerie médicale (Pet-Scan, IRM...), en particulier dans le dépistage précoce des cancers, mais aussi pour des interventions chirurgicales délicates (robots chirurgicaux en chirurgie cardiaque et en neurochirurgie par exemple), et permettent de faire gagner de précieuses années aux patients, tout en respectant la pertinence de la prescription et de l'utilisation des appareils d'imagerie ;

- le développement de filières d'excellence articulées entre les 2 CHU : les établissements de Dijon et de Besançon sont des pôles d'excellence régionaux et jouent un rôle essentiel de recours pour les activités de haute spécialisation. L'amélioration de la coordination entre les 2 CHU par le développement de filières spécialisées doit permettre de gagner en qualité de la prise en charge mais aussi en efficience.

Accélérer la transformation des organisations et garantir le retour à l'équilibre des comptes des établissements de santé

Les progrès en organisation doivent être une des sources d'efficience des prochaines années. Des gains peuvent être obtenus par l'optimisation des organisations tels que la recherche de la taille critique nécessaire et le regroupement des plateaux techniques - pour préserver des activités dans un contexte de baisse de la démographie médicale et pour concentrer les compétences et les équipements de haut niveau technique et scientifique - , mais aussi la mutualisation des capacités d'hospitalisation ou encore l'optimisation des fonctions support administratives et logistiques. Les gains obtenus pourront être réinvestis dans l'innovation thérapeutique et le bien-être au travail des professionnels.

La vétusté de certaines structures, le taux d'occupation des lits au-dessous de la cible nationale entraînent des surcoûts de fonctionnement, une moindre qualité de service pour les patients et une complexité plus grande pour s'adapter et évoluer.

Cela impose des reconfigurations dont la logique première est de pouvoir mieux répondre aux besoins des patients, à la qualité et à la sécurité des soins et d'être adaptables dans le temps en fonction des progrès de la science médicale. L'évolution des structures doit privilégier une approche qui conduit à réduire les surfaces tant pour tenir compte de la diminution de la durée moyenne de séjour, l'augmentation de la chirurgie et de la médecine ambulatoires, la possibilité de résorber plus rapidement les poches de vétusté et réaliser les mises aux normes et la nécessité de pouvoir dégager des marges de manœuvre pour l'innovation.

Améliorer la performance sociale et managériale

Parce que la prise en compte du facteur humain dans la performance globale des établissements constitue une orientation stratégique forte, cela doit se traduire par des effets concrets dans l'amélioration des conditions d'exercice des personnels.

Les établissements sanitaires et médico-sociaux devront ainsi :

- améliorer le dialogue social ;
- accompagner les parcours professionnels (formation, nouveaux métiers...) ;
- améliorer la santé et la qualité de vie au travail (prévention des risques psychosociaux, démarches participatives...) ;
- s'adapter aux évolutions organisationnelles, technologiques...

3.5 Renforcer la démocratie en santé en développant la participation citoyenne

Et si l'on allait plus loin dans le champ de la démocratie en santé

Les instances officielles de démocratie en santé régionales et infra régionales (la Conférence régionale de santé et de l'autonomie - CRSA - , et les 8 Conseils territoriaux de santé - CTS -) permettent actuellement aux différents acteurs de formuler des avis sur la politique régionale de santé.

Toutefois, ces instances ne garantissent pas la participation directe des citoyens aux questions de santé. C'est pourquoi il est nécessaire d'aller plus loin dans le champ de la démocratie en santé et d'accompagner ce besoin de participation citoyenne en acculturant les professionnels et les institutions à cette dynamique de la participation, en accompagnant les usagers et leurs représentants dans leurs missions, en renforçant le pouvoir d'agir des citoyens et des patients, en améliorant la communication pour qu'elle soit accessible à tous, en proposant des nouveaux lieux de débats citoyens tout en développant les moyens d'agir des instances officielles.

C'est dans l'interaction entre instances représentatives et participation citoyenne que se jouera le progrès dans le champ de la démocratie en santé.

Contextualisation

LES CHIFFRES CLES EN REGION










- Une conférence régionale de santé et de l'autonomie constituée de 100 membres titulaires et 200 suppléants
- 8 conseils territoriaux de santé
- 495 sièges de représentants des usagers dans les établissements de santé
- 150 associations de santé représentatives dans les instances de la région

Le développement de cette orientation en Bourgogne-Franche-Comté se présente sous des auspices favorables.

En effet :

- notre région a montré sa volonté de développer des formes nouvelles de participation citoyenne en complément des instances officielles de démocratie sanitaire en organisant des ateliers citoyens participatifs qui se sont révélés prometteurs ;
- des professionnels et des institutions innovent dans le champ de la participation des usagers et dans l'information sur les droits ;
- des acteurs régionaux hors du champ de la santé (notamment les collectivités territoriales) sont prêts à mettre leur envie et leurs forces en commun pour organiser le recueil de la parole citoyenne ;
- la loi de modernisation du système de santé renforce la démocratie en santé, avec notamment la création d'une union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé (UNAASS) qui se déclinera par une délégation régionale.

Ce que l'on attend pour 2028

-  Une information sur la santé et sur les droits accessible facilement, adaptée à tous et compréhensible
-  Des instances de démocratie en santé articulées et coordonnées en lien avec les instances de démocratie participative des collectivités territoriales
-  Des citoyens qui connaissent et exercent leurs droits
-  Un réseau d'acteurs de défense des droits clairement identifié et facilement mobilisable
-  Des représentants d'usagers qui exercent pleinement leur mandat dans les instances dans lesquelles ils siègent, y compris pour les représentants des usagers du secteur médico-social
-  La reconnaissance des savoirs expérientiels des citoyens/usagers/habitants dont les propositions alimenteront celles émises par les instances officielles de démocratie sanitaire
-  Des citoyens acteurs de leur santé (pouvoir d'agir)
-  Des habitants qui se mobilisent sur les territoires pour participer aux projets de santé en proximité (CLS, Maison de santé...)
-  L'implication des personnes concernées dans les projets de santé régionaux, notamment dans les parcours

Les leviers

Former les représentants des usagers

Dans le secteur sanitaire, la formation des représentants des usagers est réglementée par un cahier des charges et est opposable à la désignation de ces derniers dans les instances. Dans le secteur médico-social, la question de la formation est beaucoup moins structurée. C'est pourquoi, il convient de généraliser les formations pour les représentants des usagers dans le secteur médico-social.

Accompagner et valoriser les bonnes pratiques

Pour développer la participation des usagers dans le secteur sanitaire, médico-social et ambulatoire, il est nécessaire d'une part d'identifier et de valoriser les bonnes pratiques mais également d'accompagner les professionnels dans leur démarche. Le Label droits des usagers permet d'identifier les pratiques innovantes en termes de promotion des droits des usagers.

Cet échange sur les pratiques de la participation est également nécessaire entre les ARS, avec les institutions nationales (Institut pour la démocratie en santé - IPDS - , Ecole des hautes études en santé publique – EHESP - , UNAASS) et avec les différents professionnels de la participation (hors santé).

Développer de nouvelles formes de participation

Si les associations qui représentent les usagers sont présentes dans les différentes instances, ces dernières ont parfois des difficultés à défendre les droits de l'ensemble des citoyens, sans se focaliser sur la pathologie ou le groupe d'individu qu'elles représentent.

Aussi, il est nécessaire de compléter leurs propositions et leurs avis par l'expérience de citoyens dans leur usage de notre système de santé.

Débats publics, jury citoyens, conférence de consensus, diagnostics partagés... sont autant de formes à explorer. L'utilisation des outils numériques comme activateur de la démocratie en santé est également à prendre en compte.

Par ailleurs si la participation des usagers est encadrée dans les secteurs sanitaires et médico-sociaux, aucun texte ne la prévoit dans le champ ambulatoire. Une réflexion devra être portée pour développer la participation des habitants en santé de proximité.

Améliorer la communication auprès du grand public

Informers les citoyens et les habitants est un objectif prioritaire. Ainsi le site internet <http://ma-sante-en-bourgogne-franche-comte.org/> a pour objectif d'informer le grand public sur les questions de santé, les droits, la démocratie en santé, les événements et manifestations. Ce site a vocation à évoluer dans les 10 ans à venir. Une réflexion sur son adaptation pour les différents types de handicap devra être menée. Ce site internet est accompagné d'une page Facebook et d'une newsletter. Par ailleurs, il convient de continuer à relayer en région des événements grands publics comme la journée européenne des droits des patients. Les documents d'information de l'Agence régionale de santé feront l'objet d'une « traduction » systématique en langage clair et adapté pour les tous les citoyens.

4 - TREIZE PARCOURS POUR DECLINER LES ORIENTATIONS

Les parcours de santé : une approche centrée autour de la personne dans toutes ses composantes

La notion de parcours s'est imposée en réponse au vieillissement de la population et à la progression des maladies chroniques, ainsi qu'à la nécessaire évolution du système de santé vers une prise en charge plus complète de l'individu.

Privilégiant une approche globale et continue, au plus près des lieux de vie des usagers, les parcours s'articulent autour de la prévention, des soins, du médico-social et du social, reposant ainsi sur l'intervention de multiples acteurs et leur coordination efficace. L'ambition est claire : améliorer l'état de santé de la population en permettant aux citoyens de devenir acteurs de leur santé (faire en sorte qu'un individu trouve le bon service au bon moment et au meilleur coût).

L'ARS Bourgogne-Franche-Comté a mis en place 13 parcours de santé, populationnels ou par pathologie. Les principaux leviers d'action, qui visent la résorption des points de rupture des parcours de santé, résident dans la structuration de filières complètes et articulées les unes aux autres, ainsi qu'un maillage territorial fin autour du premier recours. Ils s'inscrivent dans une dynamique d'amélioration de l'organisation du système de santé et de renforcement de la coopération des acteurs à tous les niveaux.

Contextualisation

Au niveau régional, les parcours de santé sont considérés comme des leviers de l'évolution des filières de soins, de la coopération entre les acteurs de la santé et d'une prise en charge globale et centrée autour du patient. Leur place est affirmée par le niveau national dans la loi de modernisation de notre système de santé.

Le contexte régional est favorable avec une forte coordination des acteurs régionaux et départementaux autour des problématiques portées par les parcours et une volonté marquée d'agir notamment sur les pathologies chroniques à l'origine de la moitié des dépenses de santé régionales (4 milliards d'€). La déclinaison équitable des parcours, en articulation avec les schémas et programmes départementaux, apparaît comme un défi en termes de structuration de l'offre, d'évolution des pratiques professionnelles, de la démographie des professionnels de santé et de l'engagement des acteurs locaux.

Les enjeux de mise en œuvre des parcours

Les années à venir doivent nous permettre de conforter les dispositifs existants opérationnels et de positionner clairement les parcours de santé en tant qu'effet levier contribuant à moderniser le système de santé. Il s'agit de faire évoluer l'offre de prévention, l'offre de soins et l'offre médico-sociale en les centrant autour de l'utilisateur à travers l'organisation des partenariats nécessaires entre les différents niveaux de prise en charge et les différents acteurs de santé.



Des parcours plus fluides sans point de rupture

Mobilisés parcours par parcours, les acteurs de santé participent directement au pilotage global et stratégique, par l'identification collective des points de rupture dans les trajectoires des usagers et des actions correctrices à déployer jusqu'au niveau territorial le plus fin.



Des parcours déclinés sur certains territoires

L'agence prévoit de déployer certains parcours sur les territoires de proximité, périmètres des CLS, en fonction des besoins identifiés via les diagnostics territoriaux, ou bien sur la base des départements.



Le médecin traitant, pivot de l'offre de 1^{er} recours

Le rôle du médecin traitant, dans les parcours, doit être renforcé pour assurer la coordination des différents professionnels autour du patient.

La prévention/promotion de la santé dans les parcours

L'ensemble des 13 parcours bénéficiera des actions de prévention universelle destinées à la population générale lui permettant d'adopter un comportement favorable à la santé. Parcours par parcours des actions de prévention ciblées seront mises en œuvre (cf. partie 3.1).

D'ores et déjà certains parcours développent, via les professionnels de premier recours, un volet prévention décliné en actions individuelles et collectives comme les parcours nutrition-santé, addictions, cancer, personnes handicapées, adolescents et jeunes adultes.

Concevoir la transversalité entre les parcours : les axes de transformations

Quatre axes de transformation communs aux parcours ont été identifiés : l'implication des usagers, la coordination des dispositifs et des acteurs, la e-santé ainsi que la formation, l'information, et la sensibilisation des professionnels.

L'implication et la participation des personnes accompagnées par le système de santé est indispensable dans cette nouvelle approche parcours. Il s'agit pour les individus de développer ou de retrouver leur capacité d'action autonome, leur pouvoir d'agir.

La participation du patient à ses soins et surtout son implication dans son projet de vie facilite sa sortie d'hospitalisation et son autonomisation. Il en est de même pour la participation des personnes âgées ou en situation de handicap dans leur projet de vie.

Très en amont cela passe également par de l'éducation à la santé pour tous et notamment par le développement des compétences psychosociales de chacun mais aussi par le développement de dispositifs d'aide à l'orientation des usagers dans le système de santé.

La coordination des dispositifs et des acteurs vise à organiser la complémentarité et la continuité des prises en charge et des accompagnements. Les parcours nécessitent l'action coordonnée des acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social et intègrent les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement. La coordination au sein des parcours repose sur des outils, des dispositifs tels que par exemple les PTA et MAIA pour les situations complexes et les coordonnateurs en MSP.

La e-santé constitue un outil fondamental de l'approche parcours. Elle permet d'une part de dispenser des soins à tous, quel que soit leur lieu d'habitation, notamment via la télémédecine (téléconsultation, télé-expertise, télésurveillance...), et d'autre part le partage de données entre acteurs via les systèmes d'informations. Par le développement des outils connectés et des applicatifs de suivi et de feedback, la e-santé contribue au développement du « pouvoir d'agir » de l'utilisateur.

La formation, information, sensibilisation des professionnels

L'approche parcours nécessite de recourir à des prises en charge et des accompagnements pluri professionnels. Cela impose de réinterroger le système de formation initiale et continue des professionnels afin de l'adapter à cette nouvelle dimension. Cela impose également l'organisation de journées d'échanges, de partage de pratiques pluri-professionnelles afin de permettre la montée en compétences des professionnels.

Les 13 parcours de santé

Treize parcours ont été identifiés comme « prioritaires », ce qui tient tout autant à leurs enjeux de santé publique, à leur portée régionale relayée par le national (expérimentation PAERPA, plan cancer...), qu'à leur grande transversalité entre les champs de la santé et entre les publics.

1. Personnes âgées
2. Handicap : une réponse accompagnée pour tous
3. Précarité-vulnérabilité
4. Santé mentale et psychiatrie
5. Cancer
6. Diabète
7. Maladies cardiovasculaires
8. Neurologie
9. Nutrition santé
10. Maternité-parentalité
11. Développement de l'enfant
12. Adolescents et jeunes adultes
13. Addictions

4.1 Parcours Personnes âgées

Les personnes âgées de plus de 75 ans représentent 10 % de la population de notre région et les perspectives confirment un vieillissement qui va aller en s'accroissant d'ici 2050 avec l'allongement de l'espérance de vie ; en découle l'augmentation de la dépendance et des maladies chroniques⁴⁴.

Nombre de personnes vieillissent maintenant avec plusieurs pathologies et handicaps synchrones. Elles sont vulnérabilisées et leur accompagnement comme leur prise en charge médicale est complexe, nécessitant la mobilisation de compétences dans le champ éthique, médical, social et un travail coordonné en interdisciplinarité.

Plusieurs problématiques s'entrecroisent : la hausse des hospitalisations et des ré-hospitalisations dues principalement aux chutes, à la dénutrition, à la iatrogénie médicamenteuse, à la dépression et aux maladies nosocomiales ; l'augmentation des dépenses (reste à charge pour les patients) ; les questions de prise en charge de qualité et respectueuses de la personne obligeant en particulier à interroger la pertinence des traitements ; l'organisation de la ressource gériatrique.

C'est pourquoi le parcours se développe autour de la personne et de son entourage, avec pour objectif la prévention des situations de fragilité et de la perte de l'autonomie : réduire les hospitalisations évitables et limiter le passage aux urgences, favoriser le maintien à domicile de qualité et soutenir les aidants.

Prospective et innovations : la santé de demain (évolutions technologiques, thérapeutiques, organisationnelles, éducatives et environnementales)

- Développement de systèmes d'information partagés et interopérables avec les outils métiers
- Développement de dispositifs de télémédecine spécifiques (problématique de mobilité des personnes âgées)
- Déploiement de l'hôpital hors les murs : équipes mobiles, hospitalisation à domicile (HAD) notamment en EHPAD
- Développement de la santé numérique et connectée, domotique et robotique
- Renforcement de la formation initiale dans les domaines de la gériatrie et de la gérontologie, acculturation des acteurs de la filière gériatrique à la problématique psychiatrique
- Repérage de la fragilité systématisé
- Implication du patient dans son plan de santé
- Renforcement de la formation et de l'accompagnement des aidants
- Renforcement du dispositif d'accueil familial géré par les Conseils départementaux

⁴⁴ Projections de population à l'horizon 2050 : faible croissance et vieillissement accentué. Insee Analyses Bourgogne Franche-Comté 2017 ; 15 : 4 p. En ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2864281>

4.2 Parcours Handicap : une réponse accompagnée pour tous

Parce qu'il concerne tous les âges de la vie, ce parcours se révèle particulièrement transversal dans le champ de la santé. Il se préoccupe plus spécifiquement des problématiques de diagnostic précoce du handicap, d'orientation, de prise en charge médico-sociale et d'accès aux soins des personnes en situation de handicap, dans la droite ligne des préconisations du rapport Piveteau, du rapport Jacob⁴⁵, des orientations du 3^{ème} plan autisme, du second schéma national handicaps rares et de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale, visant explicitement à apporter une réponse accompagnée pour tous, quelles que soient les situations de vie.

Les ambitions du parcours reposent ainsi sur l'amélioration du diagnostic, de l'annonce et de l'accompagnement dans un objectif de précocité. Par ailleurs, l'accompagnement des personnes doit passer par des réponses individualisées, adaptées et coordonnées (dispositif d'orientation permanent par les MDPH, déploiement territorialisé, dynamique de soutien par les pairs, changement des pratiques professionnelles). Il s'agit également de favoriser l'intégration des personnes dans la vie de la cité (diversification des modalités de scolarisation, amélioration de la formation et de l'insertion professionnelle), tout en favorisant l'accès à la prévention et aux soins (accès à l'information, recours aux dispositifs de droit commun, dispositifs adaptés aux situations complexes, e-santé...). Enfin, les axes de progrès visent un meilleur accompagnement du vieillissement des personnes handicapées (prise en compte de la spécificité de ce public), ainsi qu'un soutien renforcé des aidants familiaux (offre de répit, information et formation...).

Une attention particulière est portée aux personnes atteintes d'un trouble du spectre autistique, dans le cadre de la mise en œuvre du 3^{ème} plan autisme. Celui-ci met notamment l'accent sur la formation des acteurs, le diagnostic et l'accompagnement précoce, dans un objectif d'amélioration de la qualité des réponses qui leurs sont proposées.

De manière générale, l'ARS Bourgogne-Franche-Comté et les Conseils départementaux mettent en place sur chaque territoire, avec l'ensemble des acteurs, les conditions assurant une réponse adaptée pour tous et un parcours de vie sans rupture des personnes en situation de handicap.

⁴⁵ Jacob Pascal, et al. Un droit citoyen pour la personne handicapée, un parcours de soins et de santé sans rupture d'accompagnement : rapport. Paris : Ministère des affaires sociales et de la santé, 2013, 265 p. En ligne : <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-pjacob-0306-macarlotti.pdf>

Prospective et innovations : la santé de demain (évolutions technologiques, thérapeutiques, organisationnelles, éducatives et environnementales)

- Une prise en compte des nouvelles connaissances sur certains handicaps (autisme, handicap psychique, polyhandicap, handicaps rares) via la recherche médicale nationale et internationale pour améliorer l'accompagnement individualisé des personnes
- Des diagnostics et des accompagnements plus précoces (organisation graduée)
- Une intégration des personnes handicapées dans la vie de la cité facilitée (à l'école, dans le monde professionnel et social)
- Un accompagnement adapté des personnes handicapées vieillissantes
- Des personnes handicapées en fin de vie mieux accompagnées
- Un accès aux soins amélioré des personnes en situation de handicap pour éviter le renoncement aux soins
- Des aidants mieux soutenus et mieux accompagnés
- Une tarification rénovée : une meilleure adéquation des financements au regard des besoins des personnes et des prestations apportées pour faciliter les parcours des personnes.

4.3 Parcours Précarité-vulnérabilité

Les conclusions des travaux conduits en 2005 par la commission des déterminants sociaux de la santé (CDSS) de l'OMS mettent en exergue que les principaux facteurs générateurs d'inégalités de santé sont les conditions de vie, l'emploi, l'économie, l'environnement et l'offre sociale⁴⁶.

La précarité s'accompagne d'un risque accru de morbidité, particulièrement en ce qui concerne la santé mentale, les maladies transmissibles et les dépendances aux différents toxiques (alcool, drogues psychotropes) et de faible recours aux soins ou un recours tardif aux soins voire d'un renoncement aux soins. La plus mauvaise santé de groupes sociaux défavorisés s'analyse comme un cumul de désavantages qui s'aggravent mutuellement, chacun constituant une circonstance défavorable pour l'autre.

Avec 58 quartiers prioritaires de la ville, des indicateurs de précarité préoccupants (taux de pauvreté monétaire, taux de population couverte par le RSA, pourcentage de bénéficiaires de la CMU-C), notamment dans la Nièvre et le Territoire de Belfort, la Bourgogne-Franche-Comté n'est pas épargnée par les problématiques de précarité et vulnérabilité.

Dans ce contexte, ce parcours devra répondre à trois enjeux : préserver et développer le capital santé des publics précaires, prendre en compte, tout au long de la chaîne des soins, les facteurs psycho-sociaux et rechercher et faciliter l'insertion et/ou la réinsertion de ces publics dans l'offre de droit commun. Le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) fixe les objectifs généraux et opérationnels ainsi que les actions à mettre en œuvre, tant à l'échelon régional que territorial, qui pourront permettre de répondre à ces enjeux.

⁴⁶ Commission des déterminants sociaux de la santé. Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2009, 260 p. En ligne : http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242563702_fre.pdf?ua=1

Prospective et innovations : la santé de demain (évolutions technologiques, thérapeutiques, organisationnelles, éducatives et environnementales)

- Valorisation du savoir expérientiel des publics en situation de précarité afin de proposer un accompagnement vers la santé différent mais complémentaire au travail social et soignant
- Effectivité d'une prise en charge globale, pluri professionnelle et pluridisciplinaire, pour accompagner les publics dans leur parcours de vie
- Repérage et accompagnement précoce pour éviter et supprimer les situations de renoncements aux soins.
- Déploiement de dispositifs de type « passerelle » et « l'aller vers » pour favoriser l'insertion et la réinsertion dans l'offre de droit commun

4.4 Parcours Santé mentale et psychiatrie

Les troubles psychiques et les maladies mentales tiennent une place importante dans la vie d'au moins un quart de la population française, compte-tenu de leurs conséquences sur l'entourage immédiat des patients. Ainsi ces pathologies exercent une forte pression sur les ressources publiques en raison de leur prévalence élevée et des incapacités qui en découlent : elles représentent 15 % des dépenses de santé.

La Bourgogne-Franche-Comté présente deux caractéristiques saillantes dans le domaine de la santé mentale et de la psychiatrie : une surmortalité par suicide et un taux de prise en charge plus élevé que la moyenne nationale pour les traitements psychotropes.

Des enjeux forts reposent sur la précocité du diagnostic, sur l'accès des personnes aux soins de psychiatrie générale ou pédopsychiatrie, sur l'organisation des urgences psychiatriques, sur les prises en charge ambulatoires et extrahospitalières et enfin sur l'optimisation des ressources humaines en santé (implantations de psychiatres, coopération entre professionnels, moyens de télémédecine).

Au-delà des soins, il s'agit de favoriser l'insertion sociale et professionnelle (maintien dans le logement, accès à l'emploi, soutien des aidants...), d'encourager la recherche sur ces sujets, d'accentuer la prévention de la crise suicidaire et plus largement de sensibiliser le grand public aux réalités de la maladie psychiatrique.

Prospective et innovations : la santé de demain (évolutions technologiques, thérapeutiques, organisationnelles, éducatives et environnementales)

- Prise en charge intégrée privilégiant l'inclusion sociale : repérage et diagnostic précoce, accès aux soins rapides et adaptés, suivi personnalisé et continu, réhabilitation sociale, prévention des risques, recherches autour des déterminants de la santé mentale, organisation rénovée des dispositifs nécessaires avec hospitalisation sans consentement comme les soins aux détenus
- Généralisation à la région de l'expérimentation territoire de santé numérique (communication et mise en lien des professionnels)
- Evolutions thérapeutiques : nouveaux traitements, développement des neurosciences, apport de la génétique.

4.5 Parcours Cancer

Les cancers représentent la première cause de décès en Bourgogne-Franche-Comté : en moyenne chaque année, 7600 personnes décèdent d'un cancer (*période 2009-2013 - Source : Inserm CépiDC / exploitation ORS*). Le taux de mortalité par cancers dans la région est semblable au taux national mais les écarts sont très marqués entre départements, la Nièvre et l'Yonne dépassant le taux national.

En premier lieu, le parcours ambitionne la diminution de l'incidence des cancers évitables en agissant sur les principaux déterminants que sont le tabac, l'alcool, l'activité physique, l'alimentation, l'environnement – dont l'environnement professionnel – ainsi que certaines maladies infectieuses. Il convient ensuite de favoriser les diagnostics précoces en améliorant les taux de dépistage organisé (sein et colorectal, col de l'utérus) et le diagnostic précoce des cancers cutanés.

Garantir l'accès de tous à des soins de qualité s'avère un enjeu essentiel, s'organisant autour du patient, acteur à part entière de sa prise en charge. Il s'agit également d'assurer l'articulation ville-hôpital à tous les moments de la prise en charge et de préserver la qualité de vie pendant les traitements et après la maladie, de façon à limiter l'impact du cancer sur la vie sociale, scolaire ou professionnelle. Cette prise en charge sera adaptée aux besoins spécifiques de certaines populations (enfants, adolescents, jeunes adultes et personnes âgées).

Prospective et innovations : la santé de demain (évolutions technologiques, thérapeutiques, organisationnelles, éducatives et environnementales)

- Nouveaux modes d'organisation dans le cadre de l'hôpital « hors les murs » nécessitant une parfaite coordination de tous les acteurs de la prise en charge :
 - développement des chimiothérapies anticancéreuses orales à domicile et en hospitalisation à domicile (HAD)
 - interventions coordonnées des soins de support pour la qualité de vie pendant et après le traitement
- Essor de l'e-santé et développement de la connectique en particulier pour la gestion des traitements oraux et des effets secondaires, ainsi que pour l'appréciation de la qualité de vie qui sera de mieux en mieux prise en compte
- Le patient acteur et au cœur de la prise en charge (programme personnalisé de soins, soins de support)
- Innovations technologiques dans la perspective d'une médecine de précision et personnalisée :
 - radiothérapie : traitements plus ciblés et sécurisés, délivrance de doses hypo fractionnées, évolution des protocoles de traitements
 - développement de la radiologie interventionnelle et maillage suffisant de matériels d'imagerie et de professionnels formés
 - développement des thérapies ciblées avec des tests compagnons autorisant la médecine de précision
 - développement de la génétique et de la génomique : caractérisation des tumeurs et des patients autorisant une adaptation des stratégies thérapeutiques, identification génétique des populations à risque avec adaptation du dépistage.

4.6 Parcours Diabète

En France, en 2015, environ 5 % de la population souffrait de diabète soit plus de 3,3 millions de personnes. Une personne diabétique sur 5 n'est pas diagnostiquée⁴⁷.

Les disparités régionales restent importantes avec un gradient augmentant du sud-ouest vers le nord-est. La Bourgogne et la Franche-Comté sont dans la tranche moyenne de 4,6 et 5,2 % de prévalence (4,7 % en moyenne nationale)⁴⁸.

Cette pathologie fait partie des maladies chroniques en forte progression avec une augmentation annuelle de 5 % des patients traités à mettre en relation avec le vieillissement de la population et de l'augmentation de la fréquence du surpoids et de l'obésité. Le diabète est 1,5 fois plus fréquent dans les communes les plus défavorisées que dans les communes les moins défavorisées⁴⁹.

Les enjeux majeurs du parcours sont de développer une meilleure coordination des actions et d'améliorer le repérage des personnes à risque sur notre territoire afin de faire reculer cette « épidémie silencieuse » qui fait partie des maladies chroniques pesant lourdement sur notre système de santé. Ainsi, le parcours vise à :

- développer les actions de prévention, de repérage et de dépistage ;
- optimiser la prise en charge pluri-professionnelle du patient diabétique-sur les territoires ;
- développer des systèmes d'information et des dispositifs de télémédecine facilitant la prise en charge des patients diabétiques.

Prospective et innovations : la santé de demain (évolutions technologiques, thérapeutiques, organisationnelles, éducatives et environnementales)

- Action précoce sur les déterminants de santé et facteurs de risque pour diminuer l'incidence du diabète : nutrition, activité physique, lutte contre l'obésité, facteurs environnementaux...
- Identification précoce des déterminants génétiques
- Utilisation intensifiée des nouvelles technologies dans la prévention et l'équilibre du diabète (lecteur de glycémie électronique pour tous, pompe à insuline « intelligente ».. .)
- Prise en charge anticipée des complications : repérage précoce grâce à la télémédecine notamment
- Développement des greffes des cellules pancréatiques
- Emergence de nouvelles professions dans la prise en charge du parcours des patients diabétiques (infirmières cliniciennes, délégations de compétences...).

⁴⁷ Prévalence et incidence du diabète [Page internet]. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017. En ligne : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Diabete/Donnees-epidemiologiques/Prevalence-et-incidence-du-diabete>

⁴⁸ Surveillance sanitaire en Bourgogne et en Franche-Comté. Point épidémiologique Bourgogne Franche-Comté 12 novembre 2015 ; 2015/46 : 6 p. En ligne : http://invs.santepubliquefrance.fr/content/download/118732/417537/version/228/file/pe_bfc_121115.pdf

⁴⁹ Fosse-Edorh Sandrine, et al. Le poids des complications liées au diabète en France en 2013 : synthèse et perspectives. BEH 2015-11-10 ; 34-35 : 619-25. En ligne : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2015/34-35/pdf/2015_34-35_1.pdf

4.7 Parcours Maladies cardiovasculaires

Chaque année, 7500 personnes décèdent des suites d'une pathologie cardiovasculaire en Bourgogne Franche-Comté⁵⁰. Ces maladies représentent ainsi la deuxième cause de mortalité.

Optimiser le suivi ambulatoire, permettre au patient de devenir un partenaire actif de sa prise en charge, notamment grâce à l'éducation thérapeutique, et améliorer la prise en charge des patients en développant la coordination entre professionnels des différents secteurs pour éviter des ré-hospitalisations itératives, tels sont les objectifs généraux visés dans ce parcours.

Précisément, les actions engagées autour de l'hypertension artérielle (prévention, diagnostic, suivi du traitement), de la prise en charge de l'insuffisance cardiaque, du post-infarctus en ambulatoire et de l'optimisation du parcours intra et extra hospitalier des personnes victimes d'une embolie pulmonaire doivent toutes contribuer au final à améliorer la qualité de vie de ces personnes.

Prospective et innovations: la santé de demain (évolutions technologiques, thérapeutiques, organisationnelles, éducatives et environnementales)

- Prise en compte simultanée des messages de prévention autour de l'activité physique, de l'alimentation et du tabac, de manière cohérente entre les disciplines concernées et promotion de la prévention
- Prise en compte des avancées de la recherche (génétique, facteurs environnementaux...) dans l'évaluation individuelle du risque cardio-vasculaire
- Anticipation des évolutions démographiques prévoyant une augmentation considérable du nombre de personnes victimes d'insuffisance cardiaque
- Extension du recours à la télécardiologie
- Développement de l'accès à la réadaptation et à l'éducation thérapeutique dans la perspective de l'autonomie des patients, en lien ou non avec les objets connectés
- Adaptation du modèle médico-économique pour permettre une meilleure prise en charge pluri-professionnelle.

4.8 Parcours Neurologie

➤ Accidents Vasculaires Cérébraux, Traumatismes crâniens et médullaires

En Bourgogne-Franche-Comté, près de 9000 Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC) surviennent chaque année (*source : PMSI 2015*). On estime que ce nombre va augmenter d'au moins 15 % dans 10 ans, du fait du vieillissement de la population et de l'augmentation du taux d'incidence chez les moins de 55 ans. Le poids des AVC va s'aggraver en termes de handicaps, avec notamment un nombre important de patients souffrant de démence vasculaire.

Outre les facteurs de risque traditionnels (hypertension artérielle, diabète, hypercholestérolémie, tabagisme, consommation d'alcool, sédentarité, obésité...), le rôle délétère de la pollution à l'ozone et de la précarité sur la survenue des AVC a été mis en évidence par le registre dijonnais des AVC⁵¹.

⁵⁰ Statistiques et indicateurs de la santé et du social Bourgogne – Franche-Comté. Statiss 2016. Dijon : ARS Bourgogne Franche-Comté, 2017, 68 p. En ligne : <http://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-02/Statiss2016.pdf>

Les Traumatismes Crâniens (TC) concernent, quant à eux, souvent une population en âge d'activité, dont les séquelles neurologiques et cognitives, même pour des TC initialement considérés comme bénins, ont un impact sur la qualité de vie et l'autonomie des patients et des conséquences économiques. La prévalence des TC graves devrait augmenter, avec l'augmentation de la population âgée.

Les constats faits pour les TC sont également valables pour les Traumatismes Médullaires (TM), qui ont cependant une prévalence moins importante.

Les patients atteints d'AVC, de TC ou de TM exigent des soins urgents et coordonnés dans une filière bien identifiée, de la phase pré-hospitalière à l'hospitalisation initiale, puis en soins de suite et de réadaptation, avant le retour à domicile ou en établissement d'hébergement, avec une réadaptation et une surveillance adaptée visant à limiter les complications, les séquelles et les récives.

Prospective et innovations : la santé de demain (évolutions technologiques, thérapeutiques, organisationnelles, éducatives et environnementales) – **AVC**

- Planification d'une offre suffisante et spécialisée pour la prise en charge à la phase aiguë et en aval de l'hospitalisation initiale
- Renforcement du suivi et de la prise en charge post-AVC, en particulier au domicile, en présentiel ou à distance
- Développement d'innovations thérapeutiques spécifiques comme la thrombectomie mécanique et les autres interventions (crâniectomies, antihypertenseurs, antithrombotiques....) favorisées par le télé-AVC
- Développement de nouvelles technologies : technologies diagnostiques mobiles et embarquées, système d'imagerie interventionnelle dédié/optimisé permettant l'admission directe en salle de cathétérisme, robotisation de la cathétérisation.

Prospective et innovations : la santé de demain (évolutions technologiques, thérapeutiques, organisationnelles, éducatives et environnementales) – **Traumatismes crâniens**

- Structuration de la filière de prise en charge, avec notamment le regroupement des patients selon la gravité au sein des unités de neurologie et en lien de télé-médecine avec le centre de recours
- Mise en place d'un outil d'identification et d'échange entre les intervenants de proximité et les structures spécialisées (« carnet de suivi »).

Prospective et innovations : la santé de demain (évolutions technologiques, thérapeutiques, organisationnelles, éducatives et environnementales) – **AVC – TC – Traumatismes médullaires**

- Développement des prises en charge à domicile et de l'aide aux aidants
- Développement des objets connectés, pièces de réalité virtuelle, « serious game », robotique pour la réadaptation et la récupération (type « exosquelette »), afin de diminuer les séquelles et handicaps moteurs et comme aide à la vie quotidienne
- Stimulation magnétique transcrânienne pour la rééducation
- Développement des thérapies cellulaires et des greffes de cellules souches
- Bâtiment intelligent connecté, au CHU de Dijon, au sein d'un Institut universitaire de Médecine physique et de réadaptation (MPR).

⁵¹ Lecoffre Camille, et al. L'accident vasculaire cérébral en France : patients hospitalisés pour AVC en 2014 et évolutions 2008-2014. BEH 2017-02-21 ; 5 : 84-94. En ligne : http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=10685

➤ - Plan maladies neuro-dégénératives (PMND)

Le PMND 2014-2019⁵² vient élargir le champ des pathologies prioritaires en termes de santé publique, et concerne ainsi non seulement la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées mais également des maladies, telles que la maladie de Parkinson et la Sclérose en plaques, pouvant provoquer de graves handicaps. Si les maladies d'Alzheimer et apparentées touchent plutôt les personnes âgées – mais pas seulement –, la Sclérose en plaques peut apparaître dès la trentaine.

En Bourgogne-Franche-Comté, sont prises en charge en 2014 (sources SNIIRAM/Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie - 2014), plus de 37 000 personnes : 22 000 pour la maladie d'Alzheimer, près de 10 500 pour la maladie de Parkinson et 4 600 pour la Sclérose en plaques.

La déclinaison régionale du PMND s'articule autour des 5 grandes orientations suivantes :

- Améliorer la qualité des diagnostics, des prises en charges et de l'accompagnement des patients et de leurs proches en menant des actions de formation/sensibilisation des professionnels, usagers et proches aidants et en développant des actions d'éducation thérapeutique (ETP)
- Améliorer l'accompagnement, les prises en soins, le soutien des personnes malades et de leurs aidants, mais aussi la formation, la recherche... en renforçant les transversalités, les coordinations, les mutualisations, en s'appuyant notamment sur les systèmes numériques...
- Construire un programme d'aide, de soutien et de répit des aidants, en collaboration et concertation avec les Conseils Départementaux et autres partenaires impliqués en s'appuyant sur les réflexions, travaux et expérimentations déjà en cours
- Améliorer la qualité de vie des « malades jeunes » et de leurs proches en construisant un programme d'action, une offre adaptée (soutien, accueil temporaire et institutionnalisation, prise en soins, aide au maintien dans l'emploi...) et évolutive tout au long de leur parcours
- Rendre lisible l'offre et favoriser les articulations et synergies en menant des actions d'information/de communication auprès des professionnels, des usagers/proches aidants et du grand public

Prospective et innovations: la santé de demain (évolutions technologiques, thérapeutiques, organisationnelles, éducatives et environnementales)

- L'amélioration des repérages/dépistages et donc la plus grande précocité et fiabilité des diagnostics
- Basées sur le développement de la recherche (thérapies, bio technologies, gérontechnologies...), et après détection précoce de la maladie, proposition de nouvelles prises en charge médicamenteuses ou alternatives, ou techniques des maladies neurodégénératives et un accompagnement plus adapté des patients dès l'annonce du diagnostic
- La planification d'une offre adaptée d'établissements, de structures médico-sociales et de services pour l'accueil des patients (incluant des dispositifs innovants), le renforcement/articulation des dispositifs existants et le développement de nouvelles compétences
- Le renforcement de la coopération avec le secteur de la psychiatrie/santé mentale
- Le développement d'une offre de répit et d'accueil temporaire et permanente, graduée et évolutive, adaptée tant pour la personne malade que pour son proche aidant, notamment dans le cadre de prise en charge de situations « complexes » comme celles des « malades jeunes »

⁵² Plan Maladies neuro-dégénératives 2014-2019. Paris : Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche ; Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, 2014, 124 p. En ligne : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_maladies_neuro_degeneratives_def.pdf

4.9 Parcours Nutrition santé

La nutrition entendue comme l'équilibre entre les apports liés à l'alimentation et les dépenses occasionnées par l'activité physique constitue un déterminant majeur de santé compte tenu de l'évolution du mode de vie caractérisé aujourd'hui par une inadéquation des apports nutritionnels et une insuffisance d'activité physique.

Si le lien entre alimentation et santé a été mis en avant depuis de nombreuses années, un récent avis de l'Agence nationale de sécurité sanitaire, alimentation, environnement et travail (ANSES) vient mettre en exergue les bienfaits de l'activité physique sur certaines pathologies⁵³.

Parallèlement, la nutrition doit également être abordée sous l'angle de la prise en charge des troubles nutritionnels et au premier rang desquels l'obésité. En 2012, le nombre de personnes obèses s'établit à 15%, en France, 14,9 % en Bourgogne et 15,4 % en Franche-Comté. Le surpoids et l'obésité touchent les personnes de plus en plus jeunes, et notamment les enfants. L'obésité est également un marqueur social : elle est deux fois plus importante chez les personnes ayant un niveau d'études inférieur au bac que chez celles ayant un niveau d'étude supérieur au bac+2⁵⁴.

L'obésité est une maladie aux multiples conséquences car elle participe à une augmentation des handicaps et des maladies chroniques. Il est ainsi désormais possible pour un médecin de prescrire de l'activité physique adaptée à des patients en affection de longue durée. Plus largement le recours à l'activité physique et sportive comme pratique non médicamenteuse, dénommée plus communément sous le terme de sport santé, tend à devenir un axe majeur dans la prise en charge des pathologies chroniques.

Deux objectifs généraux sont assignés à ce volet du parcours : approfondir les actions de prévention et améliorer la pertinence de prise en charge de l'obésité des adultes et des jeunes de moins de 18 ans dans une logique de graduation du parcours du patient et développer le sport santé auprès des populations prioritaires.

⁵³ Agence nationale de sécurité sanitaire, alimentation, environnement, travail (ANSES). Actualisation des repères du PNNS : révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité. Avis de l'ANSES, rapport d'expertise collective. Maisons-Alfort :ANSES, 2016, 584 p. En ligne : <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2012SA0155Ra.pdf>

⁵⁴ Eschwege Eveline, et al. ObEpi 2012 : enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. Paris : Institut Roche de l'obésité, Inserm, Kantar-Health, 2012, 60 p. En ligne : http://www.roche.fr/content/dam/roche_france/fr_FR/doc/obepi_2012.pdf

Prospective et innovations : la santé de demain (évolutions technologiques, thérapeutiques, organisationnelles, éducatives et environnementales)

- Développement des différentes formes d'activités physiques (sportive, éducative, de loisir, adaptée) dans les différents milieux de vie, à tous les âges et tout au long de l'existence
- Lutte contre l'inactivité physique et la sédentarité ; à ce titre seront promues des formes d'urbanisme plus adaptées au mode de vie actif
- Meilleure information du consommateur sur l'aspect nutritionnel des produits consommés
- Intégration de la thématique nutrition dans toutes les formations initiales des professionnels concernés et dans le cadre de la formation continue
- Développement de la prise en charge multidisciplinaire graduée des personnes en situation de surpoids ou obèse et notamment : programmes ETP nutrition-obésité au sein d'un maillage libéral et hospitalier public-privé ; parcours selon un modèle type Obépédia associant équipes hospitalière et de proximité pour les obésités sévères ; amélioration de l'accessibilité aux professionnels de santé, mieux formés, identifiés comme relais d'amont et d'aval aux établissements de santé et point d'entrée dans le parcours nutrition santé régional
- Mise en œuvre effective et respect des recommandations de bonnes pratiques des actes de chirurgie bariatrique pour les adultes et les adolescents
- Utilisation, développement des objets connectés, applications... en soutien à l'accompagnement des personnes en surpoids
- Développement de nouvelles thérapeutiques (médicaments, techniques chirurgicales ou gastro-entérologiques...)
- Renforcement de la prise en charge pluri-professionnelle et pluri-disciplinaire pour accompagner les publics dans leur parcours de vie et leur parcours de soins

4.10 Parcours Maternité et parentalité

Ce parcours soutient une prise en charge globale et continue de la femme enceinte et de son enfant. Son périmètre concerne ainsi la femme, le couple et le nouveau-né.

En 2015, 29 350 bébés sont nés en Bourgogne-Franche-Comté, soit 9,9 naissances pour 1000 habitants (taux national : 11,8), un taux en baisse continue depuis 1980⁵⁵. Parmi les femmes de 15 à 54 ans en région, deux tiers d'entre elles déclarent utiliser un moyen de contraception et 17 % de la population régionale de 15 à 75 ans ont eu recours à l'IVG au moins une fois dans leur vie (*source INPES baromètre santé 2016 – échantillon régional*).

Le parcours s'articule autour de trois objectifs généraux : promouvoir l'accès à la contraception et à l'éducation à la vie sexuelle et affective, favoriser le recours à l'IVG le plus précocement possible et sur l'ensemble du territoire, organiser une prise en charge sécurisée des femmes et des nouveau-nés, coordonnée et adaptée au niveau du suivi médico-psycho-social. Il est en lien très étroit avec le parcours santé mentale pour la prise en charge de la santé génésique et obstétricale des femmes souffrant de pathologies psychiatriques.

⁵⁵ Insee. Natalité en 2015 : comparaisons régionales et départementales [Page internet]. Paris :Insee, 2016. En ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012761>

Plus généralement, il s'agit d'assurer sur l'ensemble du territoire une réponse adaptée aux femmes, aux couples et aux nouveau-nés dans le contexte actuel de problématique de démographie médicale et d'améliorer les indicateurs de morbidité et mortalité maternelle et infantile.

L'amélioration de la qualité de prise en charge passe par l'amélioration d'une approche physiologique de la naissance dans le cadre de projet global des maternités, de la réalisation systématique de l'entretien prénatal précoce, de l'organisation régulière de staff médico-psycho-sociaux au sein des maternités et d'une offre de professionnels en psychiatrie périnatale

Prospective et innovations: la santé de demain (évolutions technologiques, thérapeutiques, organisationnelles, éducatives et environnementales)

- Déploiement d'un dossier communicant périnatalité soutenant la coordination pluridisciplinaire ville - hôpital - médicosocial
- Soutien à l'installation des sages-femmes en exercice, ainsi que le partenariat entre les PMI et les MSP (valoriser l'appropriation des nouvelles compétences confiées par les lois HPST et loi de santé),
- Faciliter l'accès à une sage-femme libérale et de PMI (PRADO PMI) en sortie de maternité, en poursuivant le déploiement du PRADO et en développant l'exercice mixte des sages-femmes dans les zones rurales ou semi-rurales
- Poursuivre la mise en œuvre du plan régional IVG
- Soutien à la contractualisation des médecins généralistes avec les établissements pour améliorer la pratique de l'IVG chirurgicale
- Adaptation de l'organisation de la filière périnatalité au sein des GHT en tenant compte des particularités territoriales
- Création de lits de maternologie avant et après l'accouchement et évaluation du lien mère-enfant de façon pluridisciplinaire. En lien avec la pédopsychiatrie, créer ou renforcer des unités de maternologie.

4.11 Parcours Développement de l'enfant

Chez l'enfant, les troubles du neuro-développement (troubles du spectre autistique, déficience intellectuelle, troubles spécifiques des apprentissages, de la communication, de la coordination et de l'attention) posent des problématiques de vie sociale, de réussite scolaire et plus tard d'insertion professionnelle. Les familles sont souvent confrontées à des difficultés de dépistage précoce et d'accès au diagnostic, et plus globalement à des ruptures de trajectoires aux moments charnières (par exemple : du diagnostic à la prise en charge, suivi lors du passage en cycle scolaire supérieur, accompagnement pour les enfants ne bénéficiant pas de reconnaissance handicap).

Le parcours est circonscrit à l'ensemble des troubles du neuro-développement de l'enfant jusqu'à l'âge de dix ans (près de 1% à 8 % d'enfants atteints, selon les types de troubles), de la promotion de la santé à la confirmation du diagnostic. Une fois l'orientation posée, la focale se resserre sur les troubles communément nommés « dys » : dyslexie, dysorthographe, dyscalculie, dysphasie, dyspraxie, troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité, syndrome dys-exécutif. Ces troubles touchent 5 à 8 % des enfants qui, par ailleurs, ne présentent aucune déficience intellectuelle, sensorielle, motrice ou mentale.

Sont ainsi en présence des enjeux forts d'éducation à la santé (guidance parentale notamment), de formation des acteurs (services de PMI, communauté éducative, professionnels de la petite enfance, professionnels de santé du 1^{er} recours...) au repérage-dépistage des troubles, mais aussi d'effectivité de la coordination des professionnels de la petite enfance, de l'éducation et de la santé pour poser au plus tôt le bon diagnostic puis assurer une prise en charge adaptée, articulant les soins, les services médico-sociaux et les aménagements pédagogiques.

Ces défis ne pourront être relevés que si l'on s'assure d'une structuration efficace de toute la filière, de l'amont à l'aval, en veillant à donner aux familles une place privilégiée tout au long du processus

Prospective et innovations : la santé de demain (évolutions technologiques, thérapeutiques, organisationnelles, éducatives et environnementales)

- Développement des consultations et suivi à distance en orthophonie, ergothérapie et/ou pédopsychiatrie pour favoriser l'accessibilité en milieu rural
- Evaluation pluridisciplinaire des troubles : amélioration des techniques d'IRM cérébrale, dont l'IRM fonctionnelle (vers une analyse fine des volumes et tractographie de fibres) ; étude génomique avec interprétations régulièrement réévaluées en fonction des connaissances accumulées
- Amélioration et large diffusion des outils de remédiation existants : tablettes numériques et logiciels de synthèse vocale pour lecture et écriture, police de caractère adaptée (dyslexie), générateur de pages lignées, cartes mentales, agenda numérique...
- Emergence de la réalité augmentée et de la robotique pédagogique, adaptées aux troubles neurodéveloppementaux (sur modèle du robot Leka pour la médiation avec les enfants autistes)
- Formation des professionnels médicaux/paramédicaux : développement de l'enseignement en simulation numérique (par exemple cabinet médical virtuel)
- Déploiement des équipes mobiles (pôle de compétences médico-social) dédiées aux troubles « dys » dans le cadre d'une prise en charge avec ou sans reconnaissance handicap.

4.12 Parcours Adolescents et jeunes adultes

La Bourgogne-Franche-Comté compte, en 2013, plus de 482 100 adolescents et jeunes âgés entre 11 et 25 ans, soit 17 % de la population régionale (*source : Insee, RP 2013*). En région, par rapport à la France métropolitaine, des comportements addictifs sont très marqués chez les jeunes de 17 ans (*selon l'enquête Escapad-2014*) : la Bourgogne enregistre en 2014 des usages réguliers de l'alcool et de la cigarette supérieurs à la moyenne nationale et la Franche-Comté, quant à elle, enregistre des moyennes supérieures dans la consommation d'alcool et de cannabis, les alcoolisations ponctuelles importantes dépassant également la moyenne nationale⁵⁶.

Sur la période 2009-2013, en région Bourgogne-Franche-Comté, les morts violentes représentent 102 décès, en moyenne chaque année, soit 61 % des décès de jeunes de 10-24 ans. Les accidents de la circulation représentent 31 % des décès pour mort violentes, les suicides 16 % (*Source : Inserm CépiDC / exploitation ORS*).

⁵⁶ Le Nézet O, et al. Les drogues à 17 ans : analyse régionale d'ESCAPAD 2014. Tendances 2015 ; 102 : 4 p. En ligne : <https://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2015/07/Tendances-region.pdf>

Adhésion insuffisante à la démarche de prévention, carence du repérage des conduites à risque, manque de coordination dans le suivi individuel : autant de points de rupture repérés dans le parcours de santé des adolescents et des jeunes adultes. Les actions engagées, notamment en partenariat avec l'Education nationale, portent sur ces points de rupture et doivent encourager les jeunes à devenir acteurs de leur propre santé en favorisant la communication autour des addictions, de l'alimentation, de la sexualité, de la contraception... pour prévenir un accroissement des phénomènes morbides ou l'apparition de pathologies (allergie, asthme, diabète, trouble du sommeil...).

A noter que la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 consacre la mise en place d'un parcours éducatif de santé d'une part et la désignation d'un médecin référent pour tous les enfants d'autre part.

Prospective ou innovation : la santé de demain (évolutions technologiques, thérapeutiques, organisationnelles, éducatives et environnementales)

- Développement des réseaux sociaux et du numérique dans le quotidien des adolescents.
- Développement de la prévention sélective et ciblée sur des sous-groupes d'adolescents présentant des risques particuliers
- Prise en charge selon des méthodes innovantes de phénomènes morbides type allergie, asthme, diabète... en forte progression
- Développement de pratiques médicales nouvelles pour la prise en charge de pathologies liées au temps passé devant les écrans (trouble du sommeil, troubles de la concentration...)
- Consolidation du rôle des maisons des adolescents et des parents et de leur entrée généraliste et non stigmatisante.

4.13 Parcours Addictions

Les conduites addictives restent un problème majeur de santé publique justifiant une politique de prévention, de soin et de réduction des risques et des dommages. En région sur la période 2009-2013, 10 décès sont attribuables au tabac pour 10 000 habitants – contre 9,7/10 000 en France métropolitaine et 7,7 décès le sont à l'alcool pour 10 000 habitants – contre 7,4/10 000 en France métropolitaine⁵⁷.

Le parcours s'adresse à une population d'adolescents, de femmes enceintes, de populations précaires et sous main de justice. Les enjeux de santé publique reposent sur la diminution des maladies cardiovasculaires, des insuffisances respiratoires, des maladies infectieuses, des cancers, et plus globalement d'un meilleur développement du jeune adulte. Au plan territorial, l'ambition est d'harmoniser l'offre sur l'ensemble du territoire pour assurer un égal accès à la santé et mieux coordonner les politiques de prévention.

⁵⁷ Observatoire régionale de la santé Bourgogne Franche-Comté .Projet régional de santé Bourgogne – Franche-Comté 208-2027 : diagnostic régional. Dijon : ORS BFC, 2017, 114 p. En ligne : <http://www.orsbfc.org/wp-content/plugins/google-document-embedder/load.php?d=http%3A%2F%2Fwww.orsbfc.org%2Fwp-content%2Fuploads%2F2017%2F10%2FDiagnostic-PRS2.pdf>

Diminuer les consommations de substances psychoactives, améliorer l'efficacité de la prise en charge (ambulatoire, sanitaire et médico-sociale) des personnes en situation d'addiction et améliorer l'appropriation et la diffusion des principes d'intervention précoce et d'éducation préventive sont les trois principaux objectifs poursuivis.

Prospective et innovations: la santé de demain (évolutions technologiques, thérapeutiques, organisationnelles, éducatives et environnementales)

- Le patient comme acteur principal de ses soins et de la gestion de son capital santé
- La promotion du travail pluridisciplinaire (santé, social, médico-social, judiciaire) en valorisant le rôle du médecin généraliste comme coordonnateur du parcours de soins du patient
- Le repérage précoce et l'intervention brève réalisés par tous les professionnels gravitant autour de l'utilisateur
- La dédramatisation de l'addiction et la facilitation de l'accès à une prise en charge adaptée
- La promotion de la télémédecine et de l'échange de pratique professionnelle
- La promotion des « vocations » professionnelles dans le champ des addictions
- La promotion des nouvelles approches, le soutien aux dispositifs expérimentaux et innovants.

Les périmètres actuels des parcours, tels que présentés ci-dessus, sont potentiellement révisables dans les 10 années à venir.

5 - LES CONDITIONS DE LA REUSSITE

5.1 Une vision, une politique commune, une coordination avec l'Assurance maladie

Une vision et une politique commune avec l'Assurance maladie sur les sujets partagés

La Commission régionale de coordination des actions de l'Agence régionale de santé et de l'Assurance maladie sera garante de la convergence du plan pluriannuel régional de gestion du risque et d'efficience du système de soins (PPRGDRESS) avec le projet régional de santé. Si l'on y ajoute l'examen commun du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS), c'est donc l'ensemble de la performance de notre système régional de santé qui sera piloté en commun.

L'accès de tous à des soins de qualité, et à coût soutenable pour la collectivité, est un objectif partagé entre l'ARS et l'Assurance maladie. La collaboration soutenue entre les deux réseaux, avec des responsabilités et des moyens d'actions complémentaires, constitue l'une des clés de la réussite de la politique de santé en région.

Se joue également un enjeu commun d'adaptation des pratiques professionnelles aux évolutions thérapeutiques, technologiques et/ou organisationnelles impactant les métiers à différents niveaux et d'évaluation de ces adaptations.

Ce que l'on attend pour 2028






Les objectifs communs en lien avec le plan triennal de maîtrise de l'ONDAM, et le partenariat mis en place entre les réseaux ARS et Assurance maladie en Bourgogne-Franche-Comté, ont permis de développer une **approche synergique sur des thèmes de travail partagés**. Les modes opératoires existants serviront de point d'appui pour consolider ce partenariat, qui sera notamment formalisé dans une convention portant sur la déclinaison du PRS, signée entre l'ARS et chacun des trois principaux régimes d'Assurance maladie.



Le PPRGDRESS constituera l'un des axes de travail majeurs, avec notamment des objectifs autour de **l'efficience hospitalière, du virage ambulatoire, et de la maîtrise médicalisée des dépenses** de soins de ville.



Les enjeux communs autour de l'accès aux soins sont également majeurs, avec une nécessité de lutter contre les obstacles démographiques et financiers à l'accès aux soins. Le PRAPS reprend de façon plus détaillée les leviers qui seront mobilisés en commun pour favoriser **l'accès aux droits et aux soins des publics les plus fragiles**.

-  Le partenariat entre l'ARS et l'Assurance maladie accordera une **place importante à la prévention**, les Caisses d'Assurance Maladie déployant notamment leurs outils en termes d'accompagnement des assurés sociaux (dont les centres d'examens de santé des CPAM) et des professionnels de santé libéraux.
-  La complémentarité entre les deux réseaux doit permettre de renforcer **les capacités d'analyse des dépenses et d'évaluation des actions conduites**, notamment en lien avec les parcours de soins et le virage ambulatoire.
-  Une organisation de proximité de qualité et accessible dans des délais raisonnables sur tout le territoire, y compris dans les territoires isolés.

5.2 La coordination des politiques publiques nationales, régionales et départementales concourant à la santé

La coordination des politiques publiques : relever les défis de la santé avec les partenaires

Pour mettre en œuvre nos cinq orientations régionales, une des premières conditions de réussite est la capacité de l'Agence à nouer un partenariat efficace avec l'ensemble des acteurs du système de santé au niveau régional, et en premier lieu avec l'Assurance maladie, mais aussi à l'échelle des territoires de proximité.

Les questions sanitaires et médico-sociales s'imbriquent, en effet, avec les champs de l'action sociale, de l'éducation, de la jeunesse, de la famille, de la sécurité, de l'environnement, de l'alimentation, de l'emploi, de l'hébergement et du logement...

Que ce soit avec l'Assurance maladie, avec les services de l'Etat en région (notamment l'Education nationale, la DRDJSCS, mais aussi la DREAL, la DRAAF, la DIRECCTE...), avec les collectivités territoriales (Région, Conseils départementaux, EPCI, villes), avec le monde associatif, les acteurs de l'économie sociale et solidaire, les représentants d'usagers, des partenariats et/ou des contractualisations doivent être engagés dès lors que leurs compétences entrent en résonance avec celles de l'ARS. C'est un facteur décisif pour que s'instaurent des relations pérennes et de confiance entre les acteurs.

Contextualisation

L'ARS Bourgogne-Franche-Comté a déjà instauré des collaborations sectorielles soutenues avec de nombreux partenaires en région :

- l'Assurance maladie notamment dans le cadre du programme régional de gestion du risque ;
- les services de l'Etat en matière d'environnement (DREAL), de jeunesse, de personnes démunies au travers du PRAPS (DRDJSCS), d'alimentation, de pesticides (DRAAF)... ;
- l'Education nationale/Rectorat en matière de santé scolaire, scolarisation des enfants handicapés, prévention... ;
- les collectivités territoriales notamment dans le domaine de la prévention et du médico-social.

De plus, il faut noter une pratique avérée de la coordination en région et sur les territoires au travers notamment :

- des Commissions de coordination des politiques publiques (CCPP), dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la Protection maternelle et infantile (PMI) et dans le domaine des prises en charges et des accompagnements médico-sociaux, depuis 2011 ;
- de la contractualisation avec les Conseils départementaux, les EPCI ou les communes (CLS), auxquels sont associés fréquemment l'Etat, l'Assurance maladie, le conseil régional...

Les enjeux d'une coordination réussie des politiques publiques



Des réponses globales, transversales, et intersectorielles proposées à nos concitoyens

L'organisation d'une partie de notre système de santé autour des parcours de santé passe par la coordination des pilotes des politiques sanitaires, sociales et médico-sociales, pour garantir la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficacité de la prise en charge de la population, et notamment les Conseils départementaux.

Ces derniers développent, en effet, des actions en faveur de nombreux publics : personnes âgées, personnes en situation de handicap, personnes en situation de vulnérabilité, jeunes, parents... Ces actions sont formalisées au sein des schémas départementaux des services aux familles, de la déclinaison local du Plan national Pauvreté-précarité, des schémas départementaux sectoriels personnes âgées, personnes handicapées et petite enfance, enfance, jeunesse ...

Les deux Commissions de coordination des politiques publiques (CCPP), dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la PMI et dans le domaine des prises en charges et des accompagnements médico-sociaux doivent amplifier leurs travaux.



Développer des accords cadre entre services de l'Etat, les Conseils départementaux et autres collectivités territoriales et l'ARS

Afin de rendre complémentaire et synergique l'action de chaque service de l'Etat ou de collectivités en charge d'une politique contribuant à la santé de la population, des conventions cadre seront signées entre partenaires. En matière de prévention, ces conventions seront déclinées au sein d'un partenariat renforcé avec les associations de professionnels notamment les URPS, le monde associatif de la santé notamment les associations d'usagers ou les partenaires professionnels notamment le monde de l'entreprise en ce qui concerne la santé au travail. L'ensemble de ces conventions viseront à créer un environnement institutionnel facilitant les actions collectives et individuelles de prévention.

Cette dynamique collaborative sera également renforcée par les conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées mises en place dans chaque département.

Des accords cadre spécifiques Etat/ARS et conseils départementaux pourront être envisagés sur des sujets croisés ayant un impact financier important, et plus largement de manière à assurer une concertation en continu.

Une contractualisation ARS/Région pourra également être établie pour des prises de décisions coordonnées et éclairées sur des politiques partagées, telles que l'accès à la santé et l'aménagement du territoire, la formation, l'environnement... Les orientations stratégiques du PRS ont ainsi vocation à alimenter le Schéma régional d'aménagement, de développement durable et d'égalité des territoires (SRADDET), porté par le Conseil régional et accompagné par l'Etat, qui sera publié en juillet 2019.

Enfin, la loi de modernisation de notre système de santé a renforcé la place du Service de santé des armées (SSA) en tant qu'acteur du service public de santé dans plusieurs domaines.

Le protocole santé-défense du 6 avril 2017, l'ordonnance 2018-20 du 17 janvier 2018 relative au SSA et ses textes d'application renforcent les relations entre les ARS et le SSA. Le contrat spécifique qui fixera leurs contributions respectives permettra au SSA de mieux répondre aux besoins de santé du territoire et à l'ARS de prendre en compte les besoins spécifiques de la défense nationale.

Les Centres médicaux des armées présents en région Bourgogne-Franche-Comté sont engagés dans cette nouvelle coopération. Elle inclut à la fois l'offre de soins, l'enseignement, la recherche et l'innovation, le ravitaillement sanitaire, la participation des structures civiles à l'effort de défense et la promotion conjointe de la réserve.



Des actions cohérentes et complémentaires déclinées au plus près des habitants

Les partenariats avec les différents acteurs du système de santé seront d'autant plus efficaces qu'ils seront, non seulement, ancrés dans les territoires de proximité mais aussi qu'ils prendront appui sur des expériences de terrain qui ont fait leur preuve et qui peuvent être déclinées dans d'autres territoires.

Cet ancrage territorial est un facteur décisif pour que s'instaurent des relations pérennes et de confiance entre les acteurs.

La cohérence entre les actions conduites par les collectivités locales et celles inscrites dans le projet régional de santé sera systématiquement recherchée dans les Contrats locaux de santé (CLS).



Développer avec les acteurs institutionnels l'évaluation d'impact sur la santé (EIS)⁵⁸

La santé et le développement durable ont des objectifs similaires et complémentaires, des démarches analogues, des territoires d'intervention communs. L'EIS introduit de façon explicite la prise en compte de la composante santé dans l'élaboration des projets des collectivités et facilite ainsi une réflexion, une négociation et une validation partagée de recommandations communes à tous les acteurs du projet. L'EIS représente avant tout une incitation à la collaboration, à la communication et à la transparence entre les différents partenaires et vis-à-vis des citoyens.

⁵⁸ L'évaluation d'impacts sur la santé : une aide à la décision pour des politiques favorables à la santé, durables et équitables. Saint-Denis : Inpes, 2015, 12 p. En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1670.pdf>

5.3 Un développement de la e-santé

La e-santé au service de la Stratégie nationale de santé

Le numérique doit contribuer à l'égalité d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire. Il favorise la coopération et la coordination des acteurs de santé, la continuité des soins dans les parcours de santé grâce notamment au développement de la « médecine connectée ». Il ouvre la voie à des innovations en matière d'organisation et de structuration de l'offre de soins afin d'améliorer la qualité, la pertinence et l'efficacité de la prise en charge globale.

La e-santé permet également de répondre à l'aspiration des patients/usagers, de prendre une part plus active dans leur prise en charge (démocratie sanitaire, pouvoir d'agir « empouvoirement », éducation thérapeutique...), ainsi que de mettre en place des outils et des services permettant un contact et un suivi plus régulier et plus fréquent avec un professionnel de santé dans le cas de pathologie chronique (applications mobiles favorisant le suivi et le pouvoir d'agir du patient).

Enfin, par la mise en place, l'exploitation et le traitement des « Big data », le numérique est au service de la qualité et de la sécurité des soins, et un levier d'efficacité du système de santé. Par l'accroissement et l'exploitation des données individuelles, le numérique permet de développer la médecine de précision, plus personnalisée.

Ce que l'on attend pour 2028

La e-santé doit contribuer fortement à :

- la prévention en contribuant à prévenir des comportements à risques auprès d'un large public (jeunes, moins jeunes utilisateurs des nouvelles technologies) grâce à une approche de type coaching complémentaire à l'éducation thérapeutique ;
- l'égal accès aux soins, par le développement des moyens de prise en charge à distance ;
- le virage ambulatoire en sécurisant le retour à domicile évitant ainsi des ré hospitalisations inappropriées ;
- le parcours pertinent et adapté par les outils d'orientation, les outils de partage-échanges sécurisés et d'appui à la coordination ;
- le pilotage grâce à l'ensemble des informations recueillies ouvrant la voie à de nombreuses analyses médico-économiques, d'exploitation des données afin d'adapter les politiques de santé et l'offre-organisation des soins ;
- l'innovation en fournissant les données nécessaires au développement de la recherche clinique ;
- l'évolution des pratiques professionnelles.



La généralisation d'eTICSS

Conçu et déployé initialement sur le territoire Nord-Saône-et-Loire, la plateforme eTICSS sera progressivement généralisée sur la région Bourgogne-Franche-Comté au service des professionnels, des structures et des usagers sur l'ensemble du champ santé-social. Son développement et son déploiement se feront dans une articulation forte avec le Dossier médical partagé (DMP). Il sera connecté avec son environnement numérique régional (Répertoire opérationnel de ressources – ROR, plateforme de télémédecine, outils d'orientation, dossier communiquant de cancérologie...) et sera intégré aux outils des structures et des professionnels (système d'information hospitalier, logiciel de cabinet...) pour devenir le portail ville-établissement régional, facilitant ainsi les échanges, le partage sécurisés au sein de l'équipe de soins et la fluidification des parcours. eTICSS permettra d'améliorer le repérage, le suivi et viendra en appui à la coordination des acteurs, des soins autour du patient et des parcours de santé. Il facilitera également la préparation de l'amont et de l'aval des épisodes de soins aigus.



Un usage généralisé de la télémédecine dans les territoires

A partir d'une technologie désormais aboutie, l'enjeu de demain sera l'appropriation et l'acceptation de la télémédecine ainsi que son passage dans les usages courants. Disponible en proximité dans tous les territoires, la télémédecine facilitera le repérage et des diagnostics précoces, offrira l'opportunité de repenser le parcours de soins en adéquation avec répartition des ressources médicales. Le développement des usages de la télémédecine s'accompagnera de nouvelles organisations qui faciliteront le transfert de compétences. La télémédecine est une réponse au désenclavement permettant de sécuriser et fidéliser des jeunes médecins contribuant ainsi à l'aménagement global du territoire. Disponible au plus près des territoires et des besoins, les dispositifs de télémédecine seront raccordés à la plateforme régionale répondant ainsi aux usages actuels et à venir en s'intégrant dans l'offre globale d'e-santé notamment dans le cadre des parcours.



Les objets connectés rapprochent l'utilisateur du professionnel

Les objets connectés de santé sont aujourd'hui une réalité et vont massivement se développer, au point de révolutionner notre quotidien en tant que patient-usager. Mieux s'écouter, mieux suivre les indicateurs de santé permet un diagnostic précoce des maladies et donc un meilleur traitement. Les objets connectés de santé seront successivement l'oreille, les yeux et les mains du professionnel. Ces capacités augmentées nécessiteront d'adapter les pratiques et les organisations ouvrant la voie à des évolutions des périmètres de compétences des professionnels.



Des outils d'orientation pour un parcours adapté

La mise à disposition d'un annuaire unique de toute l'offre de soins et d'outils d'orientation facilitera les parcours et limitera les ruptures. Ce service public gratuit, confidentiel et sécurisé sera mis à disposition des usagers. Pour les professionnels, les solutions apporteront une transparence et une fiabilité des demandes, une gestion facilitée des listes d'attente ainsi qu'un observatoire permettant d'adapter en continue l'offre et les besoins des territoires.

5.4 La territorialisation et l'animation de notre politique de santé : notre capacité à agir en partenariat et en proximité

La territorialisation pour être au plus près de l'utilisateur

La territorialisation vise à réduire les inégalités sociales et spatiales de santé. Le besoin de proximité de nos concitoyens renforce la nécessité de territorialiser les politiques de santé mais aussi l'intérêt de constituer un cadre opérationnel : le Contrat local de santé (CLS).

La territorialisation permet donc de décliner les politiques, nationale et régionale, en les adaptant aux spécificités et aux besoins de chaque territoire de proximité. Elle vise à créer des synergies entre l'ensemble des acteurs de la santé (institutionnels, élus, professionnels de santé, usagers,...) ainsi que ceux du social et judiciaire.

La contractualisation avec les acteurs de proximité est une modalité majeure de cette territorialisation qui se traduira via les contrats locaux de santé (avec les élus), les contrats d'objectifs et de moyens (avec les établissements), les contrats territoriaux de santé et les contrats territoriaux de santé mentale (avec les professionnels de santé)...

La concertation renforcée en proximité notamment via les conseils territoriaux de santé constitue la seconde modalité de cette volonté d'être au plus près de nos concitoyens et d'écouter leurs attentes.

Les acteurs des territoires sont en capacité de se fédérer, de faire preuve d'imagination et de créativité pour apporter des réponses opérationnelles de qualité aux habitants au regard d'un contexte spécifique à chacun des territoires.

Dans ce cadre, l'ARS aura un rôle de facilitateur et pourra apporter un soutien à ces initiatives de terrain. Dans de nombreux domaines, il s'agit de « faire faire » plutôt que de « faire » et d'accompagner nos partenaires dans l'émergence et la mise en œuvre d'actions de santé utiles à la collectivité.

Contextualisation

LES CHIFFRES CLES EN REGION

- 25 Contrats locaux de santé (CLS) signés
- 23 contrats de ville^(a) et des 36 contrats de ruralité^(b)
- 33 territoires de proximité
- 8 conseils territoriaux de santé

Sources : ^(a) CGET 2013, ^(b) Préfecture de région





La loi de modernisation de notre système de santé de 2016 a défini plusieurs niveaux territoriaux d'intervention : les territoires de démocratie sanitaire et les zonages relatifs à l'offre de soins, l'activité de biologie médicale, les soins de 1^{er} et 2^{ème} recours.

A cela s'ajoute le découpage de la région en 33 territoires de proximité qui correspond au périmètre d'action des partenaires de l'ARS (Etat, collectivités territoriales...).

Plusieurs dispositifs et outils permettent de décliner territorialement les politiques de santé : les parcours, le pacte territoire santé, les groupements hospitaliers de territoire, les Contrats locaux de santé, les contrats territoriaux de santé, les contrats territoriaux de santé mentale.

Il appartient aux acteurs du territoire (élus, opérateurs, administrations...) de se saisir des enjeux de santé : déficit médical marqué sur certains territoires, problématiques d'accès à l'offre de santé en milieu rural, ressources disponibles ...

Les enjeux de la territorialisation et de l'animation

-  Une déclinaison territoriale du PRS et une réelle dynamique de coopération des acteurs (administrations, collectivités territoriales, opérateurs, usagers...) en faveur d'un objectif commun de réduction des inégalités sociales et spatiales de santé
-  La garantie d'une équité territoriale et d'une offre de soins de proximité de qualité pour tous
-  Des parcours de santé opérationnels, adaptés et efficaces
-  Une ARS qui se place dans une logique d'animation afin d'accompagner les évolutions du système de santé et toutes ses parties prenantes

Les leviers

Inscrire les parcours dans les territoires

Toute personne ayant un besoin de santé doit être en mesure de trouver à proximité de son domicile une réponse de premier niveau. Cette réponse peut être ponctuelle ou nécessiter une prise en charge longue et complexe s'inscrivant dans ce cas dans un parcours de santé et associant plusieurs acteurs (ambulatoire, établissement de santé, sociaux et médico-sociaux) du territoire.

Conforter la place des élus dans la territorialisation des politiques de santé

Les collectivités territoriales (communes, conseils départementaux et conseil régional) ont toutes leur place dans les différentes instances représentatives de démocratie en santé prévues par la Loi. Cette présence notamment dans les 8 conseils territoriaux de santé (1 collège dédié sur les 4) mais aussi au sein de la CRSA (1 collège sur les 8) donne la possibilité aux élus de s'exprimer sur la politique territoriale et régionale de santé.

Les Conseils départementaux occupent une place particulière puisqu'ils participent, de par leurs compétences partagées, à la définition de la politique médicosociale. Cette dernière nécessite un dialogue permanent entre les Départements et l'ARS. Il en est de même dans le champ de la prévention, au travers notamment des actions départementales portées par la protection maternelle et infantile. La conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie présidée par le président du conseil départemental CD et vice-présidée par l'ARS permet également la convergence des politiques départementales avec la politique régionale.

En parallèle et en complément, les contrats locaux de santé, qui doivent à terme couvrir l'ensemble du territoire régional, constituent des leviers communs entre les élus locaux et l'ARS pour définir une politique locale dont territorialisée.

Enfin, sur les sujets relevant des compétences de la collectivité régionale : formation, recherche, aménagement du territoire, nouvelles technologies..., la collaboration avec le conseil régional sera poursuivie et amplifiée sur le modèle de la convention de partenariat signée en 2018.

Améliorer la coordination entre tous les acteurs du territoire de proximité

Plus les processus sont complexes et les actions diversifiées, plus l'appui sur le territoire se révèle utile. En effet, les nombreux déterminants de la santé nécessitent d'agir dans différents domaines et de sortir du champ strictement sanitaire. Aussi l'ensemble des acteurs de la santé, de l'environnement, de l'éducation, de l'action sociale... ont-ils vocation à établir un partenariat étroit et coordonné dans un objectif commun de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Conclure des contrats locaux de santé pour couvrir toute la région

Des contrats locaux de santé seront à négocier. Il s'agit d'une démarche partenariale et intersectorielle associant non seulement les futurs signataires (collectivités territoriales, Préfecture, conseil régional, Conseil Départemental, CPAM...), mais aussi tous les professionnels et institutions mobilisés sur les questions de santé à l'échelle d'un territoire. L'objectif est d'augmenter le nombre de CLS signés afin de couvrir l'ensemble de la région (soit 33 territoires de proximité).

Favoriser la structuration de Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) matérialisée par la signature de Contrats territoriaux de santé (CTS)

Des Contrats territoriaux de santé (CTS) seront signés entre des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et l'agence. L'action coordonnée des équipes de soins primaires et des CPTS est un facteur essentiel d'amélioration des parcours de santé en proximité, notamment pour les patients atteints de maladies chroniques, les personnes en situation de précarité sociale et les personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie. Cette coordination d'acteurs répond à un besoin identifié localement ; elle a pour objectif de concourir à l'amélioration de la prise en charge des patients dans un souci de continuité, de cohérence, de qualité et de sécurité des services de santé.

Conclure des contrats territoriaux de santé mentale

Des Contrats territoriaux de santé mentale (CTSM) sont à conclure avec les acteurs du territoire participant à la mise en œuvre des actions du Projet territorial de santé mentale (PTSM). Le PTSM organise les conditions d'accès à la prévention, aux soins, à l'insertion sociale. Un programme relatif au maintien dans le logement, à l'accès au logement et à l'hébergement accompagné est développé. Le PTSM est établi sur la base d'un diagnostic partagé en santé mentale réalisé par les acteurs de santé du territoire.

Assurer la cohérence entre l'ensemble des dispositifs et entre les territoires de projet/contractualisation

Pour mettre en œuvre les orientations de notre politique de santé, il importe avant tout de veiller à la cohérence des dispositifs et à la bonne coordination et intégration de l'ensemble des acteurs sur un territoire défini. L'approche globale de la personne et des réponses à apporter dans un contexte de budget contraint et de besoins plus importants des personnes nécessite de développer ces synergies d'autant plus que les compétences sont croisées et que les acteurs et dispositifs sont nombreux.

Instaurer un climat de confiance et une culture du compromis et de la négociation entre l'Agence et ses partenaires

Ces nouveaux contrats ou dispositifs doivent être élaborés dans un esprit de dialogue, de concertation et de réflexion partagée entre l'ARS et l'ensemble des acteurs et usagers du système de santé. Cela passe par la prise en compte des attentes de chacune des parties : celles de l'ARS de pouvoir décliner une partie de sa politique régionale et celles des élus notamment de pouvoir décliner leur propre politique. C'est dans le juste compromis entre ces deux attentes que pourront se signer notamment les CLS, mais aussi les CTS et CTSM avec les professionnels.

Mieux informer les représentants des acteurs de santé et notamment des usagers

Afin d'établir des liens entre instances de démocratie en santé et d'informer de façon simultanée leurs membres, un nouvel espace de dialogue sera mis en place : il regroupera les membres de la commission permanente de la CRSA, les 8 présidents de conseils territoriaux de santé (CTS), le président de France assos santé BFC.

5.5 Un pilotage, un suivi et une évaluation renouvelés de notre politique régionale de santé

Un pilotage et un suivi partagé avec les partenaires

La politique régionale de santé est la somme des différentes politiques qui concourent à la santé portées par les acteurs institutionnels majeurs de la région. Elle résulte donc d'une dynamique collective dont le pilotage et le suivi sont partagés par chacun des acteurs en fonction de ses champs de compétence.

La généralisation de la contractualisation avec les collectivités locales (Contrats locaux de santé) et les opérateurs (Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens) garantira notamment un suivi précis et partagé de la mise en œuvre des politiques sectorielles et territoriales par le biais des indicateurs de réalisation définis dans ces contrats.

Le projet régional de santé (PRS) porté par l'ARS Bourgogne-Franche-Comté tend à intégrer au maximum ces différentes politiques publiques visant à l'amélioration de la santé de nos concitoyens. Il fera, pour sa part, l'objet d'un suivi structuré qui permettra, si nécessaire, d'ajuster ses objectifs aux besoins et aux évolutions constatées sur le terrain, en lien constant avec ses partenaires.

Ce suivi du PRS s'appuiera sur :

- un nouveau logiciel de reporting partagé au niveau national ;
- des fiches thématiques qui permettront sur un nombre limité de sujets (notamment les parcours) d'enregistrer les évolutions qualitatives et quantitatives observées au fil du temps ;
- un panel d'une centaine d'indicateurs couvrant tous les sujets du PRS.

Ces outils permettront de réaliser des bilans de mise en œuvre du SRS ou du PRS à mi-parcours (3 ans et 5 ans) de leur durée respective (5 ans et 10 ans).

Le pilotage du PRS au sein de l'agence sera, quant à lui, repensé et simplifié. Un comité de pilotage du PRS sera mis en place ; il aura pour but principal de gérer le PRS au niveau stratégique. L'objectif de ce comité de pilotage n'est donc pas de discuter d'actions spécifiques ou de problèmes du quotidien mais d'arbitrer sur les axes principaux du projet que sont les priorités à établir entre les différents programmes, la qualité des actions conduites, les délais de mise en œuvre et les coûts. Ces réunions du comité de pilotage auront aussi pour but de permettre de lever les difficultés organisationnelles qui pourraient exister autour du projet. Elles permettront enfin de définir et valider les éventuels changements d'orientation du PRS rendus nécessaires notamment par l'évolution du contexte qu'il soit politique ou réglementaire.

Des évaluations diverses sous-tendues par une même méthode

Différents types d'évaluations pourront être conduites durant la durée du PRS :

- l'évaluation finale du PRS en tant que politique publique ;
- des évaluations intermédiaires portant sur des thématiques ou des dispositifs spécifiques ;
- des évaluations de dispositifs expérimentaux, préalable à toute extension ;
- des retours d'expérience formalisés.

Il s'agira alors de porter un jugement de valeur sur une politique, un programme, un dispositif, une organisation, une action.

Le processus évaluatif du PRS Bourgogne-Franche-Comté et celui des évaluations intermédiaires s'appuieront sur une méthode encore peu utilisée : celle de la logique d'action définie comme la chaîne des effets attendus entre une politique publique et les problèmes de santé qu'elle vise à remédier.

En empruntant un raisonnement analogue, les actions de prévention et promotion de la santé pourront être évaluées avec l'outil de catégorisation des résultats qui fait lui aussi l'hypothèse que la santé ne peut être atteinte qu'en passant par des stades intermédiaires.

La logique d'action (ou logigramme ou cadre logique) du PRS Bourgogne-Franche-Comté a été définie lors de son élaboration et sera le support de l'évaluation finale. Cette logique d'action définit 4 moyens de transformation de notre système de santé régional sur lesquels sera évaluée et jugée notre politique : 1/ l'implication des usagers ; 2/ la mise en œuvre de parcours ; 3/ la territorialisation de la politique conduite ; 4/ la coordination des politiques publiques concourant à la santé pour agir sur les déterminants de santé.

LISTE DES SIGLES

- AGEFIPH** : Association de gestion des fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées
- ALD** : Affections de longue durée
- ARESPA** : Association du réseau de santé, de proximité et d'appui
- ARLIN** : Antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales
- ARS** : Agence régionale de santé
- BFC** : Bourgogne-Franche-Comté
- CAMSP** : Centre d'action médico-social précoce
- CCPP** : Commissions de coordination des politiques publiques
- CD** : Conseils départementaux
- CDCPH** : Conseil départemental consultatif des personnes handicapées
- CDCA** : Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (ex CODERPA et CDCPH)
- CDS** : Centre de santé
- CDU** : Commission des usagers
- CES** : Centre d'examens de santé
- CESP** : Contrat d'engagement de service public
- CHU** : Centre hospitalier universitaire
- CLS** : Contrat local de santé
- CLSM** : Conseil local en santé mentale
- CMP** : centre médico-psychologique
- CMPP** : Centre médico-psycho-pédagogique
- CNAMTS** : Caisse nationale d'assurance maladie et des travailleurs salariés
- CODERPA** : Comité départemental des retraités et personnes âgées
- COS** : Cadre d'orientation stratégique
- CPAM** : Caisse primaire d'assurance maladie
- CPIAS** : Centre de prévention des infections associées aux soins
- CPOM** : Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
- CPTS** : Communauté professionnelle territoriale de santé
- CSDU** : Commission spécialisée des usagers
- CRSA** : Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
- CSMS** : Commission spécialisée médico-sociale
- CSP** : Commission spécialisée prévention
- CSOS** : Commission spécialisée de l'organisation des soins
- CTS** : Conseil territorial de santé
- CTS** : Contrat territorial de santé
- DIRECCTE** : Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
- DMP** : Dossier médical partagé
- DRAAF** : Direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt
- DRDJSCS** : Direction régionale et départementale de la jeunesse des sports et de la cohésion sociale
- DREAL** : Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement
- EHESP** : Ecole des hautes études en santé publique
- EHPAD** : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- EIGS** : Evènements indésirables graves associés à des soins

EPCI : Etablissement public de coopération intercommunale
ESA : Equipe spécialisée Alzheimer
ESAT : Etablissement et service d'aide par le travail
ESMS : Etablissement social et médico-social
ETP : Education thérapeutique du patient
eTICSS : eTerritoire Innovant Coordonné Santé Social
FC : Franche-Comté
FIR : Fonds d'intervention régional
GATS : Groupe d'animation territoriale de santé
GHT : Groupement hospitalier de territoire
GTAT : Groupe technique de l'animation territoriale
HAD : Hospitalisation à domicile
HAS : Haute autorité de santé
HDJ : Hôpital de jour
IGAS : Inspection générale des affaires sociales ?
IPDS : Institut pour la démocratie en santé
LFSS : Loi de financement de la sécurité sociale
LMNSS : Loi de modernisation de notre système de santé
MAIA : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'autonomie
MARPA : Maison d'accueil et de résidence pour l'autonomie
MAS : Maison d'accueil spécialisée
MDA : Maison départementale de l'autonomie
MDPH : Maison départementale des personnes handicapées
MSP : Maison de santé pluri-professionnelle
OFDT : Office français des drogues et la toxicomanie
OMEDIT : Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique
ONDAM : Objectif national des dépenses d'Assurance Maladie
ORSAN : Organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles
PA : Personnes âgées
PAERPA : Personnes âgées en risque de perte d'autonomie (programme)
PAPRAPS : Plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins
PAPS : Portail d'accompagnement aux professionnels de santé
PEAS : Plan d'égal accès aux soins
PASS : Permanence d'accès aux soins de santé
PASS : Parcours d'accompagnement sport santé
PAT : Programme d'actions territoriales
PDSA : Permanence des soins ambulatoires
PDES : Permanence des soins en établissement de santé
PLANIR : Plan local d'accompagnement du non-recours, des incompréhensions et des ruptures
PMND : Plan maladies neuro-dégénératives
PMI : Protection maternelle et infantile
PMP : Projet médical partagé
PMSI : Programme médicalisé du système d'information
PNNS : Programme national nutrition santé
PNSP : Plan national de santé publique

PPRGDRESS: Plan pluriannuel régional de gestion du risque et d'efficience du système de soins
PPS : Plan personnalisé de santé
PRADO : Programme d'accompagnement au retour à domicile
PRAPS : Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies
PRIAC : Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRS : Projet régional de santé
PRSE : Plan régional santé environnement
PS : Professionnels de santé
PTA : Plateforme territoriale d'appui
PTMG : Praticien territorial de médecine générale
PTS : Pacte Territoire Santé
PTSM : Projet territorial de santé mentale
RCP : Réunion de concertation pluri-disciplinaire
REQUA : Réseau qualité
SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAMU : Service d'aide médicale urgente
SAVS : Service d'accompagnement à la vie sociale
SDIS : Service départemental d'incendie et de secours
SESSAD : Service d'éducation spécialisée et de soins à domicile
SI : Système d'information
SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation
SNIRAM : Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie
SNS : Stratégie nationale de santé
SPASAD : Services polyvalents d'aide et de soins à domicile
SRADDET : Schéma régional d'aménagement, de développement et d'égalité des territoires
SRRHS : Schéma régional des ressources humaines en santé
SSAD : Service de soins à domicile
SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile
SSR : Soins de suite et de réadaptation
SU : Service d'urgence
STSS : Stratégie de transformation du système de santé
UNAASS : Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé
URPS : Union régionale des professionnels de santé
USLD : Unité de soins de longue durée

SOURCES DES CHIFFRES CLES EN REGION

Les orientations régionales > Faire le choix de la prévention et agir tôt et fortement sur tout ce qui a une influence sur notre santé

- Berthier N, et al. Comparaison régionale du tabagisme et de l'usage de cigarette électronique en France en 2014. BEH 2016-10-06 ; 30-31 : 508-14. En ligne : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/30-31/pdf/2016_30-31_4.pdf
- Le Nézet O, et al. Les drogues à 17 ans : analyse régionale d'ESCAPAD 2014. Saint-Denis : OFDT, 2015, 4 p (Tendances). En ligne : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efxolv7.pdf>
- Obépi 2012. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. Neuilly-sur-Seine : Institut Roche de l'Obésité, 2012, 60 p. En ligne : http://www.roche.fr/content/dam/roche_france/fr_FR/doc/obepi_2012.pdf
- Rectorat Dijon Besançon, 2014
- Tillier C. Impact de l'exposition chronique à la pollution de l'air sur la mortalité en France : point sur la région Bourgogne Franche-Comté. Saint-Maurice : Santé publique France, 2016, 2 p. (Santé environnement). En ligne : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Environnement-et-sante/2016/Impact-de-l-exposition-chronique-a-la-pollution-de-l-air-sur-la-mortalite-en-France-point-sur-la-region-Bourgogne-Franche-Comte>

Les orientations régionales > Favoriser l'autonomie des personnes âgées et/ou handicapées dans le respect des choix de vie de chacun > Ce que l'on attend pour 2028

- Le parc privé en Bourgogne Franche-Comté : "à la croisée d'enjeux économiques, sociaux et environnementaux". Besançon : Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement, 2017, 16 p. En ligne : http://www.bourgogne-franche-comte.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/etude_parc_privé_2016_v_def_cle2ee2f1.pdf

Les orientations régionales > Organiser une offre de santé de proximité, coordonnée, centrée autour de l'utilisateur et en garantir l'égal accès pour tous > Contextualisation

- Portrait de la Bourgogne - Franche-Comté. Insee dossier Bourgogne Franche-Comté 2016 ; 2 : 58 p. En ligne : https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/2019815/bf_ind_02.pdf
- Statistiques et indicateurs de la santé et du social Bourgogne – Franche-Comté. Statiss 2016. Dijon : ARS Bourgogne Franche-Comté, 2017, 68 p. En ligne : <http://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-02/Statiss2016.pdf>
- L'abrégé Santé 2016 Bourgogne Franche-Comté. Dijon : ARS BFC, 2016, 6 p. En ligne : <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/AbregeSante2016.pdf>

Les orientations régionales > Faire progresser la pertinence des soins et la performance et la qualité du système de santé en particulier par le soutien à l'innovation > Contextualisation

- L'abrégé Santé 2016 Bourgogne Franche-Comté. Dijon : ARS BFC, 2016, 6 p. En ligne : <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/AbregeSante2016.pdf>

Les conditions de la réussite > La territorialisation et l'animation de notre politique de santé : notre capacité à agir en partenariat et en proximité > Les enjeux de la territorialisation et de l'animation

- Système d'information géographique de la politique de la ville : région Bourgogne Franche-Comté [Page internet]. Paris : CGET, 2017. En ligne : <https://sig.ville.gouv.fr/Tableaux/27/342>
- Conseil économique, social et environnemental régional Bourgogne Franche-Comté. Avis sur Contrats de ruralité 2017-2020. Besançon : Ceser, 2017, 1 p. En ligne : http://www.ceser.bourgognefranche-comte.fr/uploads/tx_dklikavis/45contratsruralite.pdf

ANNEXE : RAPPEL RÉGLEMENTAIRE

Décret n°2016-1023 du 26 juillet 2016 relatif au projet régional de santé

« Section 1

«Projet régional de santé

« Art. R. 1434-1. – I. – Le projet régional de santé est arrêté par le directeur général de l'agence régionale de santé après avis, dans le champ de leurs compétences respectives:

« 1° De la conférence régionale de la santé et de l'autonomie;

« 2° Des conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie prévus à l'article L. 149-1 du code de l'action sociale et des familles;

« 3° Du préfet de région;

« 4° Des collectivités territoriales de la région. «Le conseil de surveillance de l'agence régionale de santé donne un avis sur le projet régional de santé.

« II. – Le délai pour rendre l'avis est de trois mois pour la révision à cinq ans prévue au 2° de l'article L. 1434-2 et de deux mois pour les autres révisions. A défaut d'avis émis dans ces délais à compter de la publication de l'avis de consultation sous forme électronique au recueil des actes administratifs de la préfecture de région, l'avis est réputé rendu.

« Art. R. 1434-2. – Le cadre d'orientation stratégique, le schéma régional de santé et le programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies qui constituent le projet régional de santé peuvent être arrêtés séparément selon la procédure prévue à l'article R. 1434-1.

« Les décisions arrêtant les documents mentionnés à l'alinéa précédent sont publiées au recueil des actes administratifs de la préfecture de région dans laquelle l'agence a son siège. Elles mentionnent le site internet où ces documents peuvent être consultés.

« Ces documents peuvent être révisés à tout moment par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé, en suivant la même procédure.

« La conférence régionale de la santé et de l'autonomie est informée chaque année du suivi de la mise en œuvre du projet régional de santé.

« Sous-section 1

«Cadre d'orientation stratégique

« Art. R. 1434-3. – 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. 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:

« 1° L'organisation des parcours de santé;

- « 2° 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;
- « 3° Les effets sur les déterminants de santé;
- « 4° 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 cadre d'orientation stratégique est révisé, après son évaluation, au moins tous les dix ans.

« Sous-section 2 «Schéma régional de santé

« *Art. R. 1434-4.* – Le schéma régional de santé est élaboré par l'agence régionale de santé sur le fondement d'une évaluation des besoins. A cette fin, elle effectue un diagnostic comportant une dimension prospective des besoins de santé, sociaux et médico-sociaux et des réponses existantes à ces besoins, y compris celles mises en œuvre dans le cadre d'autres politiques publiques.

« Le diagnostic porte également sur la continuité des parcours de santé, l'identification d'éventuels points de rupture au sein de ces parcours et les difficultés de coordination entre professionnels, établissements ou services.

« Le diagnostic tient compte notamment :

- « 1° - De la situation démographique et épidémiologique ainsi que de ses perspectives d'évolution;
- « 2° - Des déterminants de santé et des risques sanitaires ;
- « 3° - Des inégalités sociales et territoriales de santé ;
- « 4° - De la démographie des professionnels de santé et de sa projection ;
- « 5° - Des évaluations des projets régionaux de santé antérieurs.

« *Art. R. 1434-5.* – Au terme du diagnostic mentionné à l'article R. 1434-4, l'agence régionale de santé élabore un schéma régional de santé en cohérence avec le cadre d'orientation stratégique et avec les dispositions des lois de financement de la sécurité sociale.

« Le schéma tient compte:

- « 1° - Des exigences d'accessibilité, de qualité, de sécurité, de permanence, de continuité des prises en charge ;
- « 2° - Des exigences d'efficacité du service rendu et d'optimisation de la ressource publique ;
- « 3° - Des spécificités des quartiers prioritaires de la politique de la ville, des zones de revitalisation rurale et des zones mentionnées au 1o de l'article L. 1434-4 ;
- « 4° - Des orientations des plans ou programmes nationaux de santé ;
- « 5° - Des objectifs du programme coordonné élaboré par les conférences départementales des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie prévues par l'article L. 233-1 du code de l'action sociale et des familles.

« *Art. R. 1434-6.* – Le schéma régional de santé comporte des objectifs visant à :

- « 1° - Développer la prévention et la promotion de la santé ;
- « 2° - Améliorer l'organisation des parcours de santé en favorisant la coordination et la coopération des acteurs de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale, en particulier en mobilisant les équipes de soins

primaires mentionnées à l'article L. 1411-11-1 et les communautés professionnelles territoriales de santé mentionnées à l'article L. 1434-12 ;

« 3° - Favoriser l'accès aux soins, à la prévention et à l'accompagnement, sur les plans social, géographique et de l'organisation, notamment des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie et des personnes les plus démunies ;

« 4° - Préparer le système de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles déclinées dans le dispositif ORSAN mentionné à l'article L. 3131-11.

« Art. R. 1434-7. – Le schéma régional de santé comporte en outre des objectifs quantitatifs et qualitatifs visant à prévoir l'évolution de l'offre de soins par activité de soins et équipements matériels lourds mentionnés à l'article L. 6122-1 et de l'offre des établissements et services médico-sociaux.

« Le schéma régional de santé est opposable, pour ce qui les concerne, aux établissements de santé, aux autres titulaires d'autorisations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, ainsi qu'aux établissements et services qui sollicitent de telles autorisations. Il est également opposable, dans les conditions prévues aux articles L. 313-4, L. 313-8 et L. 313-9 du code de l'action sociale et des familles, aux établissements et services sociaux et médico-sociaux.

« Le schéma régional de santé indique, dans le respect de la liberté d'installation, les besoins en implantation pour l'exercice des soins de premier recours mentionnés à l'article L. 1411-1 et de deuxième recours mentionnés à l'article L. 1411-12. Les dispositions qu'il comporte à cet égard ne sont pas opposables aux professionnels de santé libéraux.

« Art. R. 1434-8. – L'agence régionale de santé précise les modalités de suivi et d'évaluation des dispositions prévues par le schéma, notamment en ce qui concerne l'efficacité de ses dispositions.

« Le schéma régional de santé est révisé, après évaluation de l'atteinte de ses objectifs au moins tous les cinq ans.

« Art. R. 1434-9. – Pour atteindre ses objectifs, le schéma régional de santé mobilise notamment les leviers suivants :

« 1° - La surveillance et l'observation de la santé ;

« 2° - Les démarches d'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des usagers ;

« 3° - La contractualisation avec les professionnels, structures et établissements de santé, les établissements et services médico-sociaux, et les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé ;

« 4° - La coordination ou la contractualisation avec les autres services de l'Etat et les collectivités territoriales et leurs groupements ;

« 5° - Les mesures d'aide à l'installation des professionnels de santé ;

« 6° - Les systèmes d'information, la télémédecine et la e-santé ;

« 7° - Les outils d'appui et de coordination des acteurs du soin et des accompagnements sociaux et médico-sociaux, de la prévention et de la promotion de la santé ;

« 8° - La formation et l'évolution des métiers et des compétences des acteurs de santé ;

« 9° - La formation des représentants des usagers dans les instances où leur présence est nécessaire ;

« 10° - La mobilisation de la démocratie sanitaire ;

« 11° - Les investissements immobiliers et les équipements.

« Ces leviers figurent dans le schéma régional de santé.

« Sous-section 3

«Schéma interrégional de santé et schéma régional de santé spécifique

« Art. R. 1434-10. – I. – Le ministre chargé de la santé fixe par arrêté la liste des équipements matériels lourds et activités de soins, de prévention ou médico-sociales, présentant des spécificités, tenant notamment à leur caractère hautement technique ou hautement spécialisé, à la rareté du besoin ou de l'offre, pour lesquels plusieurs agences régionales de santé, qu'il détermine, sont tenues d'établir un schéma interrégional de santé.

« Il peut prévoir en fonction des caractéristiques géographiques et démographiques spécifiques des régions et des besoins des populations un regroupement différent de régions pour les différentes activités de soins, de prévention ou médico-sociales, ou équipements matériels lourds.

« Le schéma interrégional de santé est arrêté par les directeurs généraux des agences régionales de santé après avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie de chacune des régions. Il comporte une partie opposable relative à l'offre de soins des établissements de santé et autres titulaires d'autorisations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds.

« II. – Le ministre chargé de la santé peut fixer par arrêté la liste des équipements et activités mentionnés au I qui peuvent faire l'objet, dans des régions caractérisées par l'importance de leur population, de leur offre de soins, ou leur insularité, d'un schéma régional de santé spécifique. Ce schéma est arrêté selon les mêmes procédures et modalités que le schéma régional de santé.

« Sous-section 4

«Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies

« Art. R. 1434-11. – Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies détermine, à échéance de cinq ans :

- « 1° - Les actions à conduire ;
- « 2° - Les moyens à mobiliser ;
- « 3° - Les résultats attendus ;
- « 4° - Le calendrier de mise en œuvre ;
- « 5° - Les modalités de suivi et d'évaluation.

« Sous-section 5

«Coopération avec les pays voisins

« Art. R. 1434-12. – Les projets régionaux de santé des agences régionales de santé frontalières et des agences régionales de santé des régions d'outre-mer organisent, lorsqu'un accord cadre international le permet, la coopération sanitaire et médico-sociale avec les autorités du pays voisin par des conventions de coopération. A ce titre, les projets régionaux de ces agences comportent des objectifs et des actions prenant en compte la dimension transfrontalière dans leurs politiques sanitaire et médico-sociale.

«La ou les conférences régionales de la santé et de l'autonomie ainsi que les conseils territoriaux de santé concernés sont informés des conventions de coopération mentionnées au premier alinéa et de leur mise en œuvre.»