



**Projet Régional de Santé  
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ  
2018-2028, révision octobre 2023**

**SCHEMA REGIONAL DE SANTE**

**LIVRET 4 – PARCOURS**



# FLUIDIFIER LES PARCOURS POUR MIEUX ACCOMPAGNER LES PERSONNES

## SOMMAIRE

INTRODUCTION .....	5
4.1. LA DEMARCHE PARCOURS ET SES LEVIERS DE TRANSFORMATION .....	10
4.1.1 LEVIER : IMPLICATION DES USAGERS .....	11
4.1.2 LEVIER : INFORMATION, FORMATION ET SENSIBILISATION DES PROFESSIONNELS.....	15
4.1.3 LEVIER : COORDINATION .....	18
4.2. 10 PARCOURS DE SANTE.....	25
4.2.1 PARCOURS SANTE MENTALE ET PSYCHIATRIE .....	25
4.2.2 PARCOURS PERINATALITE.....	36
4.2.3 PARCOURS HANDICAP .....	46
4.2.4 PARCOURS GRAND AGE .....	55
4.2.5 PARCOURS ADDICTION .....	65
4.2.6 PARCOURS NUTRITION SANTE .....	75
4.2.7 PARCOURS CANCER .....	85
4.2.8 PARCOURS DIABETE ET MALADIES RENALES CHRONIQUES .....	93
4.2.9 PARCOURS MALADIES CARDIO-NEURO-VASCULAIRES.....	101
4.2.10 PARCOURS PRECARITE .....	109
4.3. POPULATIONS AVEC DES BESOINS SPECIFIQUES.....	110
4.3.1 SANTE DES PERSONNES SOUS-MAIN DE JUSTICE .....	110



## INTRODUCTION

De la préconception au grand âge, les besoins de santé évoluent selon les étapes de la vie.

La maternité et la petite enfance constituent une période essentielle, en raison de ses conséquences sur le développement de l'enfant, ses capacités d'apprentissage, ainsi que son avenir en bonne santé et les risques futurs de maladie à l'âge adulte.

Entre 0 et 14 ans, les accidents, la prévalence des troubles mentaux, le surpoids et l'obésité sont les principaux facteurs de problème de santé. L'éducation pour la santé s'impose, dès le plus jeune âge, et aide à conserver la capacité de choisir une vie de bonne qualité physique et relationnelle (cf. *livret prévention*). Durant la période de l'adolescence, les comportements individuels tels que l'alimentation, le sommeil, l'activité physique subissent d'importantes contraintes, et des addictions peuvent apparaître. C'est aussi une période propice à l'apparition de troubles du comportement alimentaire. La pandémie a eu un impact négatif sur la santé mentale des adolescents désormais indiscutable.

De 15 à 44 ans, la bonne santé physique domine. Pour autant, à ces âges les personnes peuvent avoir des comportements générateurs de problèmes de santé. Notamment, le tabac reste très présent dans le quotidien des français et l'alcool demeure le deuxième facteur de mortalité évitable.

Entre 45 et 74 ans, se conjuguent les facteurs de risque comme l'obésité, l'hypertension artérielle, les troubles du sommeil amenant l'apparition de pathologies, notamment le cancer, les maladies cardiovasculaires et les pathologies mentales.

La prévention des difficultés liées au vieillissement et le soin aux plus âgés et plus malades sont une nécessité. Aussi la prévention doit être présente tout au long de la vie. Elle doit se concevoir comme un *continuum* entre la prévention primaire (cf. *Livret prévention*), actions en amont sur les déterminants de santé, la prévention secondaire, le dépistage, et la prévention tertiaire pour éviter que ne s'accumulent des problèmes de maintien en activité sociale et à domicile.

Il est primordial de traiter de façon transversale les questions inhérentes aux personnes en situation de handicap et aux personnes en situation de précarité.

L'intrication des questions des pratiques d'addiction, des troubles psychiatriques et de la délinquance conduit à faire des questions de prise en charge sanitaire des personnes sous-main de justice un élément à part entière. Bien que non identifié comme l'un des dix parcours de santé, la santé des personnes sous-main de justice fait l'objet d'une fiche dans ce livret.

Paradoxalement, en prolongeant la vie, le progrès thérapeutique contribue à rendre l'objectif de baisse de la prévalence des maladies chroniques, notamment cardio-vasculaires, plus difficile à atteindre. Le modèle de notre système de santé, encore trop centré sur la dimension curative, rencontre certaines limites face au vieillissement de la population et au développement des maladies chroniques.

Le parcours des personnes, avec des besoins parfois plus nombreux et sur une temporalité surtout plus longue, amène à considérer leur prise en soins dès la prévention et ce jusqu'à leur suivi et l'accompagnement de situation de dépendance. En 2013, la stratégie nationale de santé mettait au cœur de ses orientations la notion de parcours : « *c'est dorénavant à partir du parcours de la personne, patient, personne âgée, personne handicapée, que doit s'organiser le système de santé, pour supprimer peu à peu les ruptures dans la prise en charge provoquées par des cloisonnements* ». La loi de modernisation de notre système de santé a cherché à promouvoir une conception nouvelle de l'organisation de la prise en charge des personnes ayant recours ou nécessitant d'avoir recours au système de santé. Une nouvelle organisation cherche à personnaliser l'interface entre l'individu et le système, et à adapter celle-ci aux besoins propres de la personne.

C'est une logique de cheminement individuel qui doit être promue à travers un parcours plutôt qu'une typologie unique d'organisation centrée sur des prestations et des structures.

En région Bourgogne-Franche-Comté, les acteurs se sont saisis de cette approche dès 2012. Les caractéristiques démographiques et épidémiologiques ont conduit à la définition de 13 parcours de santé dans le schéma régional de santé de 2018-2023 : Adolescents et jeunes adultes, addiction, cancer, diabète, maladies cardio-vasculaires, neurologie avec un volet AVC et un volet maladies neuro-dégénératives, maternité, nutrition santé, personnes âgées, personnes en situation de handicap, précarité et santé mentale.

A partir d'une analyse collective des points de rupture des parcours, les acteurs de la région ont pris toute la mesure des actions à mener autour du repérage, de la bonne orientation des personnes, du diagnostic et de l'accompagnement en construisant ensemble de nouvelles organisations de travail permettant un réel partage d'informations, une coopération inter-sectorielle... Ces évolutions de pratiques professionnelles nécessitent de partir des besoins des personnes. Ce sont ces derniers qui permettent de faire évoluer l'offre en santé. Ici, l'enjeu n'est pas seulement de créer du lien entre les différentes structures du système de santé, mais surtout de faire en sorte que ces dernières offrent un cheminement adapté aux besoins des personnes.

Entre 2018 et 2022, ce que nous pouvons appeler « la démarche parcours » a largement évolué. Au niveau régional, les parcours de santé sont considérés comme des leviers de l'évolution des filières de soins, de décroisement des secteurs, de la coopération entre les acteurs de la santé et d'une prise en charge globale et centrée autour de la personne. Le projet régional de santé positionne clairement les parcours de santé en tant qu'effet levier contribuant à moderniser le système de santé autour des axes de transformation suivants : l'implication des usagers, la coordination des dispositifs et des acteurs, la e-santé, la formation, l'information et la sensibilisation des professionnels ainsi que la pertinence des parcours.

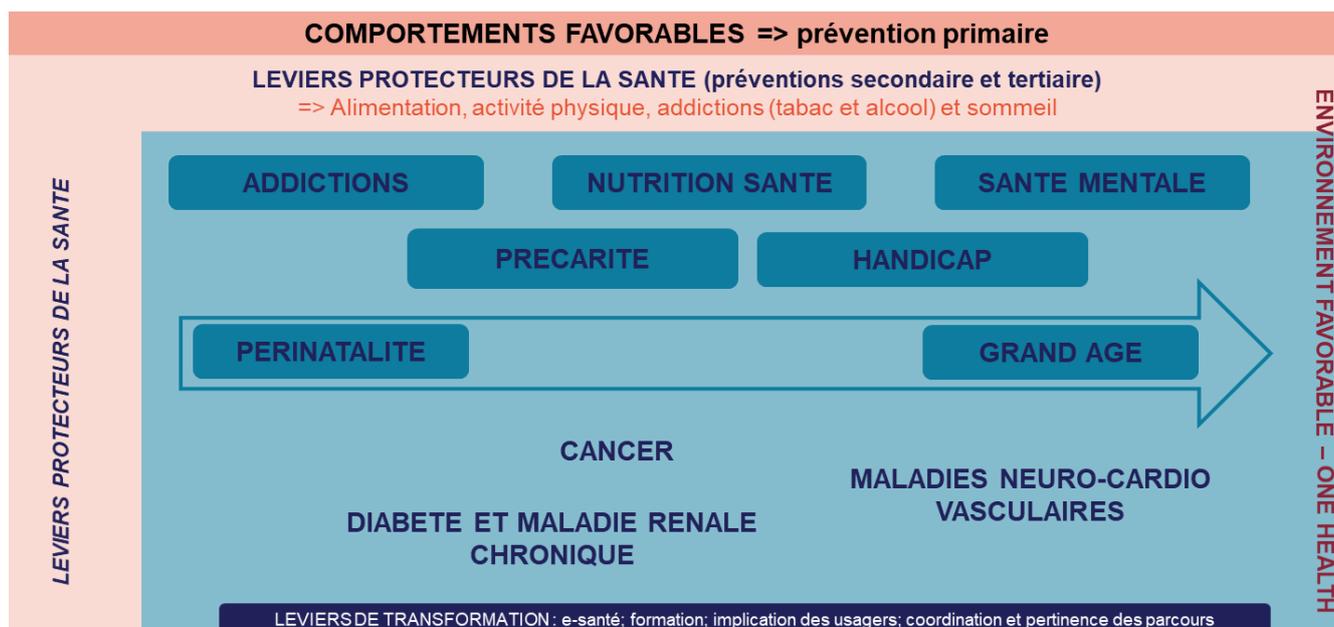
Le dispositif d'expérimentations innovantes lié à l'article 51 de la loi de financement pour 2018 représente un outil précieux pour travailler sur les points de rupture des parcours de santé.

**Bilan 2018-2023 :**

- Une couverture régionale en dispositifs d'appui à la coordination pour accompagner les situations complexes.
- 300 structures équipées en télémédecine en BFC.
- Une intégration des parcours et des expérimentations innovantes dans la plateforme e-parcours Eticss.
- Une dynamique régionale autour de la pair-aidance.
- Une collaboration avec les instituts de formation en soins infirmiers pour faire évoluer les projets pédagogiques.
- Des interventions auprès des étudiants cadres et infirmiers en pratique avancée sur la démarche parcours.
- Un accompagnement de plus d'une quarantaine de porteurs de projets innovants dans le cadre de l'article 51 permettant de lever les ruptures de parcours.

**Notre ambition pour les 5 années à venir :**

L'évolution des orientations nationales et la maturité des acteurs ont amené à réinterroger les périmètres des parcours de santé de Bourgogne-Franche-Comté.



10 parcours de santé pour faire évoluer l'offre de prévention, de soins, d'accompagnement médico-social en les centrant autour de l'utilisateur à travers l'organisation de partenariats nécessaires entre les différents niveaux de prise en charge et les différents acteurs de santé :

- Addictions.
- Nutrition santé.
- Santé mentale.
- Précarité (cf. PRAPS).
- Handicap.
- Périnatalité.
- Grand âge.
- Cancer.
- Diabète et maladie rénale chronique.
- Maladies neuro cardio-vasculaires.

Ces parcours de santé ont, de fait, des interactions puisqu'une personne ne peut être exclusivement concernée par un seul d'entre eux. Les liens de transversalité sont présents entre tous les parcours.

Au niveau individuel, les enjeux spécifiques poursuivis par chacun des parcours répondent à l'observation des points de rupture dans les territoires de Bourgogne-Franche-Comté afin d'adapter les actions de prévention, les organisations des filières de soins et la fluidification des solutions d'aval. En ce sens, certains points de rupture conduisent à mener des actions communes à plusieurs parcours. L'objectif étant, *in fine*, d'améliorer les trajectoires des personnes dans les territoires dans un souci d'universalisme proportionné.

De manière complémentaire, certaines dimensions du parcours de la personne sont communes et doivent faire l'objet d'une approche transversale, notamment :

- ⊙ La prévention, secondaire et tertiaire, en particulier pour les sujets d'alimentation, d'activité physique et de réduction des risques d'addiction, notamment au tabac et à l'alcool.
- ⊙ Le médicament, à travers la politique régionale décrite dans le livret qualité, sécurité et pertinence des soins.
- ⊙ L'éducation thérapeutique telle que présentée dans le livret prévention.
- ⊙ Les soins palliatifs développés dans le livret offre de santé.

Enfin, le maintien à domicile, quelle que soit la situation de vulnérabilité, handicap, vieillesse, maladie chronique, confère une place déterminante aux proches dans le parcours d'une personne. L'aidant familial ou le proche aidant, est la personne qui vient en aide, à titre non professionnel, pour tout ou partie, à une personne dépendante de son entourage pour les activités de la vie quotidienne. Les familles sont très présentes dans l'aide à domicile auprès de leur proche, mais leur position est souvent très difficile. Le soutien aux aidants représente un enjeu majeur transversal. Effectivement, en France, 8 à 11 millions de nos concitoyens soutiennent un proche en situation de handicap, en perte d'autonomie ou porteur d'une maladie chronique ou invalidante. La stratégie « Agir pour les aidants 2020-2022 » était la première politique publique nationale interministérielle dont les mesures s'adressaient directement aux proches aidants. Trois ans plus tard, une nouvelle stratégie nationale 2023-2027 a été publiée en octobre 2023. Elle porte en particulier 6 nouvelles ambitions pour les aidants :

1. « 15 jours de répit par an pour les aidants les plus concernés » avec le déploiement de nouvelles solutions de répit.
2. La création, dans tous les départements, d'un interlocuteur unique pour les aidants (plateforme de répit, service public départemental de l'autonomie)
3. Renforcer les nouveaux droits initiés lors de la première stratégie aidants (assurance vieillesse des aidants par exemple)
4. L'ouverture de la validation des acquis d'expérience (VAE) aux proches aidants
5. L'amélioration de l'accès aux bourses pour les étudiants aidants
6. Un plan de repérage des aidants.

## *Transversalité*

---

- ⊙ Livret prévention – Une seule santé
- ⊙ Livret prévention – Renforcer les dispositifs de prévention promotion de la santé et leur territorialisation
- ⊙ Livret prévention – addiction
- ⊙ Livret prévention – nutrition et sport santé
- ⊙ Livret prévention – éducation thérapeutique
- ⊙ Livret attractivité – Faciliter les activités et accompagner les professionnels dans leurs compétences
- ⊙ Livret innovation – Innovation recherche
- ⊙ Livret innovation – Pilotage par la donnée
- ⊙ Livret qualité, sécurité des prises en charge – politique régionale du médicament
- ⊙ Livret offre de santé
- ⊙ Livret territorialisation, co-construire.

## 4.1. LA DEMARCHE PARCOURS ET SES LEVIERS DE TRANSFORMATION

Le parcours est une ligne conductrice, une pédagogie pour une action coordonnée des acteurs par un décroisement entre la ville, l'hôpital et le médico-social. Il oblige, à partir des besoins et de l'expérience de l'usager, et avec sa participation, à prendre en compte l'individu dans sa globalité sans le réduire à sa pathologie voire ses symptômes. Il implique de travailler ensemble pour une réponse adaptée au sein du territoire de santé. Il s'incarne dans la politique régionale. L'organisation de parcours de qualité n'est pas un levier de la politique régionale, elle en est la raison d'être, l'objectif ultime. Les différentes maladies chroniques, la perte d'autonomie, le handicap entraînent de nombreuses itérations avec le système de santé.

L'évolution du système était appropriée pour les soins aigus et techniques mais elle ne permet pas de prendre en charge de façon optimale des patients porteurs de maladies chroniques et des séquences de soins ou de traitements itératives. La démarche parcours porte l'ambition d'accompagner le passage d'une culture de soins à une culture de santé globale.

Les services de soins primaires comprennent la prévention, le dépistage, le traitement et la gestion des maladies chroniques et aiguës, ainsi que la promotion de la santé et la gestion de la santé mentale. En ce sens, les soins primaires doivent répondre aux besoins de santé de l'ensemble de la population, en particulier des groupes vulnérables tels que les personnes âgées, les enfants, les personnes atteintes de maladies chroniques et les populations défavorisées.

La responsabilité populationnelle des soins de proximité doit conduire à mieux prendre en compte et accompagner les activités de la population qui ont un impact sur leur santé. Le concept de responsabilité populationnelle vise simultanément l'amélioration de la santé d'une population définie, l'optimisation de la prise en charge de chaque individu au sein de cette population et la meilleure utilisation des ressources disponibles. La notion est désormais inscrite dans le code de santé publique : la responsabilité populationnelle implique que « l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire est responsable de l'amélioration de la santé de la population de ce territoire ainsi que de la prise en charge optimale des patients de ce territoire ». Depuis 2019, la fédération hospitalière de France mène une expérimentation dans le territoire de la Haute-Saône sur le diabète de type 2 notamment (*Cf. Livret Innovation*). Cette expérience doit pouvoir être utilisée pour différents parcours et dans d'autres territoires.

Enfin, le développement des pratiques avancées est un élément clé de l'évolution du système de santé. (*Cf. Livret Offre de santé*)

Dès 2018, quatre leviers de transformation des parcours de santé ont été identifiés et font l'objet d'objectifs au service de tous les parcours : la e-santé ; l'implication des usagers ; la formation des professionnels de santé et la coordination. La e-santé est traitée dans le livret Innovation avec le dispositif Article 51 d'expérimentations innovantes. Cette partie traite, pour sa part, des trois autres leviers. La période de révision du schéma régional de santé a été l'opportunité d'ajouter le levier lié à la pertinence des parcours qui est en lien étroit avec le livret Qualité, sécurité et pertinence des soins.

## 4.1.1 LEVIER : IMPLICATION DES USAGERS

Nombreuses sont les personnes malades qui sont confrontées quotidiennement à leur pathologie et aux problèmes qu'elle engendre. Elles finissent par devenir de véritables experts. Le savoir lié à son expérience découle aussi de processus collectifs de partage. Les associations sont l'un des acteurs clef de la mobilisation de savoirs expérientiels, notamment au travers de réunions d'informations ou de groupes de parole qu'elles organisent, des forums qu'elles animent ou de permanences téléphoniques.

Implication, engagement, co-construction et codécision ne peuvent s'envisager sans la reconnaissance des savoirs expérientiels. Elle peut intervenir dans différentes situations en santé : dans la relation entre le professionnel de santé et l'utilisateur du système de santé; dans la relation entre le chercheur et le public cible de la recherche; dans la relation entre le décideur ou gestionnaire en santé et le professionnel de santé. Elle détermine la qualité de la relation entre les acteurs du système de santé.

### 1) CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

La participation des usagers en santé revêt deux dimensions : l'une individuelle, l'autre collective. Chacune de ces dimensions repose sur des réglementations, des recommandations de bonnes pratiques ou, parfois, sur des pratiques spontanées souvent issues du monde associatif. Ce faisant, elles donnent des aspects concrets à la participation des usagers.

Les savoirs issus de l'expérience d'une situation de vulnérabilité, ou de l'expérience de la maladie, vécue par les personnes, sont devenus une notion de référence justifiant l'implication, la représentation et la participation des personnes concernées au sein du système de santé. Différentes « personnifications » en sont issues : expert profane, patient ou usager expert, patient ou usager formateur, patient ou usager partenaire et bien d'autres encore : représentant des usagers, pair-aidance voire pair-aidance famille concernant les aidants...

Le « pouvoir d'agir » ne concerne pas que les patients. Il interpelle aussi les professionnels de santé. La démarche « patient-centrée », réintroduisant l'humain, l'écoute, acceptant de prendre le temps de l'observation et de l'apprentissage permet de co-construire un parcours de soins et de santé sur mesure. Ainsi, en prenant davantage en compte la demande singulière des malades, les professionnels de santé réinventent une nouvelle alliance soignants-soignés, dans une relation horizontale et plus complémentaire. Ce modèle est d'autant plus nécessaire que les différentes modalités de soins (hospitalisation de jour, hospitalisation à domicile par exemple) requièrent la compréhension et l'implication croissantes des patients, depuis leur domicile, de poursuivre leur traitement et de s'auto-surveiller pour éviter les complications. En ce sens, la santé connectée peut être associée au pouvoir d'agir, comme un facteur d'empowerment pour les patients. Aussi, l'empowerment du patient représente un enjeu important pour une éducation du patient. Il permet de renforcer la capacité d'agir du patient sur les facteurs déterminants de sa santé.

Dans le cadre d'un suivi médical, notamment dans le contexte des maladies chroniques, la logique de l'usage du numérique repose sur une logique participative et implique une forme de responsabilisation des personnes face à leur santé (Cf. *Livret Innovation – e-santé*).

Déclinaison concrète de la notion de patient expert et levier de la décision partagée, l'éducation thérapeutique donne au patient et à l'équipe médicale une opportunité unique de créer une relation de confiance et un réel partenariat au bénéfice du système de soins (*Cf. Livret Prévention*).

En résumé, le pouvoir d'agir de la personne est un processus qui peut se découper en quatre temps :

- ⇒ Individuel par la découverte de la maladie et le déploiement d'une stratégie propre.
- ⇒ Collectif à travers les échanges avec une communauté de patients, l'apprentissage par les pairs et la formation, l'engagement.
- ⇒ Scientifique et institutionnel par la participation à un groupe spécialisé et parfois l'affirmation en tant que patient expert ou ressource.
- ⇒ Productif par la contribution à l'évaluation de services ou produits de santé et parfois la conception de solutions innovantes.

L'approche collective aide à identifier les problèmes, à les relativiser et à augmenter la capacité d'analyse des personnes. Ainsi, se construisent une identité, une culture, des valeurs autour d'une maladie. Les patients apprennent à dépasser leur situation personnelle et à se mobiliser autour d'un même objectif. La force de ce collectif réside dans la similarité entre membres, dans le rapport de confiance et dans une coopération enrichissante.

Cette capacité d'agir comporte deux dimensions, celle du vouloir mais aussi celle du pouvoir. Si toute personne est légitime à participer, son implication dépendra pour partie de la confiance qu'elle accorde aux pouvoirs publics quant à la volonté de co-construction.

Dans le cadre des parcours, l'expérience des personnes en situation de handicap, souffrant de maladies chroniques ou de troubles de santé mentale, des personnes âgées en situation de dépendance, représente un contexte favorable au développement de ces savoirs. Ces derniers apportent précisément une meilleure adaptation à des situations concrètes articulant potentiel de l'individu et facteurs environnementaux. Ils peuvent concerner tous les sujets : la vie quotidienne, la vie personnelle, la vie sociale, le travail, le logement... lesquels doivent être pris en considération pour limiter les risques de rupture de parcours.

La pair-aidance et plus largement le savoir expérientiel s'inscrit dans la politique de santé régionale visant à la réduction des inégalités de santé.

#### *Actions réalisées entre 2018 et 2023 :*

- ⇒ Projet « un chez soi d'abord » porté par le parcours précarité et publics vulnérables avec des formations de médiateurs pairs.
- ⇒ Module de formation pair-aidants à l'université d'été francophone de santé publique de Besançon en 2021.
- ⇒ Journée régionale de réflexion sur le thème de la pair-aidance en juin 2021.
- ⇒ Formation sur un cycle court (6 mois) de pair-aidant portée par la fédération des acteurs de la solidarité.
- ⇒ Accompagnement du centre régional d'études, d'actions et d'informations (CREAI) dans le développement de l'auto-détermination des personnes accompagnées. Développement de la pair-aidance de personnes en situation de vulnérabilité à travers des groupes de partage d'expériences.
- ⇒ Formation sur un cycle long (18 mois) proposée par l'institut régional supérieur du travail éducatif et social (IRTESS) pour devenir pairs-aidants.

## 2) OBJECTIFS

---

*Objectif 1 : Poursuivre et renforcer la dynamique régionale impulsée avec les acteurs de la pair-aidance*

### Objectifs opérationnels :

- 1- Structurer et coordonner la démarche autour du savoir expérientiel par une gouvernance régionale
- 2- Décliner et concrétiser le savoir expérientiel, notamment la pair-aidance, dans les parcours de santé
- 3- Poursuivre le soutien à la formation des pair-aidants.

*Objectif 2 : Intégrer les personnes concernées dans l'analyse des parcours par le biais des associations en santé*

### Objectifs opérationnels :

- 1- Renforcer la représentation des usagers dans les instances des parcours de santé
- 2- Assurer la mobilisation des usagers dans l'observation des ruptures de parcours des dispositifs d'appui à la coordination

*Objectif 3 : Relever le défi de la collaboration usagers-professionnels et de la transformation des organisations*

### Objectifs opérationnels :

- 1- Faciliter et accompagner les expérimentations innovantes valorisant la place du patient « expert » comme intervenant du parcours
- 2- Développer les usages des outils digitaux pour l'amélioration de la santé et du suivi des patients dans leur maladie (Cf. livret innovation e-santé)

### **Exemples d'actions :**

- ⊙ Expérimentation EPOP dans le cadre du parcours handicap.
- ⊙ Journée régionale annuelle sur les savoirs expérientiels.
- ⊙ Désignation de représentants des usagers dans chaque instance liée aux parcours.

### **RESULTATS ATTENDUS**

- Les personnes concernées contribuent aux orientations des parcours de santé.
- Mobilisation des acteurs de la région autour du sujet du savoir expérientiel.

### 3) PARTENAIRES

---

- France Assos Santé BFC
- Institut régional supérieur du travail éducatif et social (IRTESS)
- Fédération des acteurs de la solidarité (FAS)
- Centre régional d'études, d'actions et d'informations (CREAI)
- Comité stratégique régional relatif au savoir expérientiel.

## 4.1.2 LEVIER : INFORMATION, FORMATION ET SENSIBILISATION DES PROFESSIONNELS

Le monde de la santé est soumis à des transformations assez inédites avec des appels à la refondation du système de santé. Dans le même temps, la médecine de ville comme la médecine hospitalière ne cessent de s'adapter et de se transformer. Les innovations organisationnelles ou thérapeutiques fourmillent. L'exercice isolé cède la place aux organisations collectives. De nouveaux métiers apparaissent et bien des professions existantes sont en mutation (*Cf. Livret Offre de santé*).

Construire les coopérations nécessaires aux parcours des patients dans un contexte de ressources contraintes, incite à revoir les pratiques des professionnels, leur mode de relation, leur organisation, aussi bien en secteur hospitalier qu'ambulatoire, médico-social et social.

### 1) CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

En quelques décennies, l'exercice de la médecine générale s'est radicalement transformé. Les maladies chroniques, notamment avec le vieillissement de la population, ont pris une place importante dans la patientèle du médecin généraliste devenu médecin traitant. Son rôle de prescripteur et de coordinateur du parcours de soins lui confère un rôle central et pivot dans le système de santé. L'offre de soins que nous connaissons propose des actes de soins à la demande des personnes et n'est pas suffisamment adaptée aux besoins du parcours de santé. Effectivement, la transition épidémiologique associant vieillissement de la population et maladies chroniques, demande des soins coordonnés, en équipes pluri-professionnelles et des liens plus fluides avec le second recours et l'expertise hospitalière. Cependant, les difficultés de démographie médicale déstabilisent la profession et rend particulièrement difficile la construction du parcours de soins coordonné du patient et plus largement de son parcours de santé.

Ainsi, la croissance de la demande de soins et la temporalité plus importante des suivis entraînent une redistribution des rôles des professionnels de santé et une modification de leurs missions. Le suivi des populations, comme la prise en charge des maladies, se déroule dans le cadre d'un parcours, ponctué des interventions croisées et/ou successives de différents professionnels de santé. Leur coprésence autour du patient implique une continuité des soins et de l'accompagnement avec une articulation des interventions dans le cadre de coopérations définies. En ce sens, dessiner une trajectoire de soins nécessite une approche pluri-professionnelle avec la reconnaissance respective des compétences de chacun.

Les enjeux sont tout autant de l'ordre de l'amélioration de l'attractivité des conditions d'exercice pour les professionnels, que de celui de l'accessibilité aux soins dans un contexte de raréfaction de la ressource, de la qualité des soins et du service rendu ou encore de performance de la délivrance de soins en matière d'efficacité et de pertinence.

A ce titre, renforcer l'intégration et la coopération pluri-professionnelle, en s'appuyant sur le travail en équipe, la combinaison des compétences et le développement de pratiques avancées, notamment pour les infirmiers, sont considérés comme des leviers majeurs pour fluidifier et optimiser les parcours de santé.

### *Actions réalisées entre 2018-2023*

- ⇒ En 2019, intervention parcours et e-santé dans les 17 instituts de formation en soins infirmiers de la région.
- ⇒ Depuis 2020, cycle de formation de formateurs référents parcours des instituts de formation en soins infirmiers.
- ⇒ Production de capsules vidéos parcours.
- ⇒ Depuis 2019, interventions auprès des étudiants cadres de Besançon.
- ⇒ Depuis 2020, interventions auprès des promotions d'infirmiers en pratique avancée.
- ⇒ Depuis 2021, interventions auprès des étudiants en 3ème année de pharmacie à Besançon.

## 2) OBJECTIFS

---

*Objectif 1 : Transmettre une connaissance du système de santé dans lequel le professionnel intervient pour une amélioration des parcours de santé*

### **Objectifs opérationnels :**

- 1- Assurer une transmission des connaissances dans un contexte d'évolution du système de santé.
- 2- Outiller les instituts de formation par le biais du pôle fédératif de santé publique.
- 3- Contribuer au changement des pratiques professionnelles.

*Objectif 2 : Former les professionnels et les étudiants à la démarche parcours régionale et aux spécificités de chaque parcours*

### **Objectifs opérationnels :**

- 1- Accompagner les instituts de formation dans l'évolution de leurs projets pédagogiques.
- 2- Faciliter les initiatives permettant un rapprochement des objectifs de formation et des parcours de santé.

*Objectif 3 : Sensibiliser aux enjeux de la trajectoire des individus*

### **Objectifs opérationnels :**

- 1- Informer sur les dispositifs de coordination permettant de fluidifier le parcours des patients.
- 2- Développer les connaissances des professionnels sur les outils numériques de coordination et de télésanté.

**Exemples d'actions :**

- ⦿ Formation régulière des formateurs référents parcours des instituts de formation.
- ⦿ Elargissement du périmètre d'intervention aux autres étudiants paramédicaux.
- ⦿ Journée régionale thématique.

**RESULTATS ATTENDUS**

- Décloisonnement des interventions des professionnels.
- Intégration des priorités parcours du projet régional de santé dans les pratiques des professionnels de santé.

**3) PARTENAIRES**

---

- Associations d'usagers et de familles
- France Assos Santé
- Pôle fédératif de santé publique de Bourgogne-Franche-Comté
- Instituts de formation
- Universités.

### 4.1.3 LEVIER : COORDINATION

Le parcours de soins est initié par le médecin traitant en premier recours. Au-delà de la dimension des modalités d'exercice énoncées dans le livret 6 relatif à l'offre de santé du présent schéma, et une fois le repérage, le dépistage voire le diagnostic établis, le médecin généraliste oriente son patient vers le ou les effecteur(s) de soins le(s) plus à même de répondre à sa situation. Le médecin généraliste assure la prévention, le dépistage, le traitement et le suivi de maladies ainsi que l'éducation pour la santé dans une approche globale. Il participe à la continuité des soins nécessaire au patient. En ce sens, le système de santé doit évoluer d'un modèle curatif vers un modèle valorisant la prévention, la qualité des prises en charge et favorisant l'émergence d'organisations plus collectives et coordonnées.

Il est ici retenu la définition du centre de gestion scientifique des Mines, élaborée dans le cadre de la coordination dans les champs sanitaire et médico-social<sup>1</sup>, suivante : « *la coordination se situe dans la recherche d'une cohérence d'acteurs et de dispositifs. Elle consiste à synchroniser de façon cohérente et efficiente les contributions de plusieurs acteurs, connaître et comprendre les contraintes de chacun et agir en conséquence, et qui est nécessaire quand il faut atteindre de hauts niveaux de performance.* » La coordination représente les moyens mis en œuvre par les différentes parties intervenant dans le parcours pour se mettre en lien et améliorant les interdépendances. Elle se différencie de la coopération et de la continuité des soins.

#### 1) CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

Avec l'approche parcours, le modèle de notre système de santé doit accorder une place plus importante tant à la prévention, en amont et pendant les soins, qu'à l'accompagnement, en aval. La spécialisation des prises en charge doit aller de pair avec une plus grande coordination des interventions, dans un souci de prise en charge globale ; coordination car chacun, quels que soient sa situation et son lieu d'habitation, doit pouvoir être orienté et accompagné avec les mêmes chances de qualité et de sécurité de prises en charge, au cœur d'un système de plus en plus complexe.

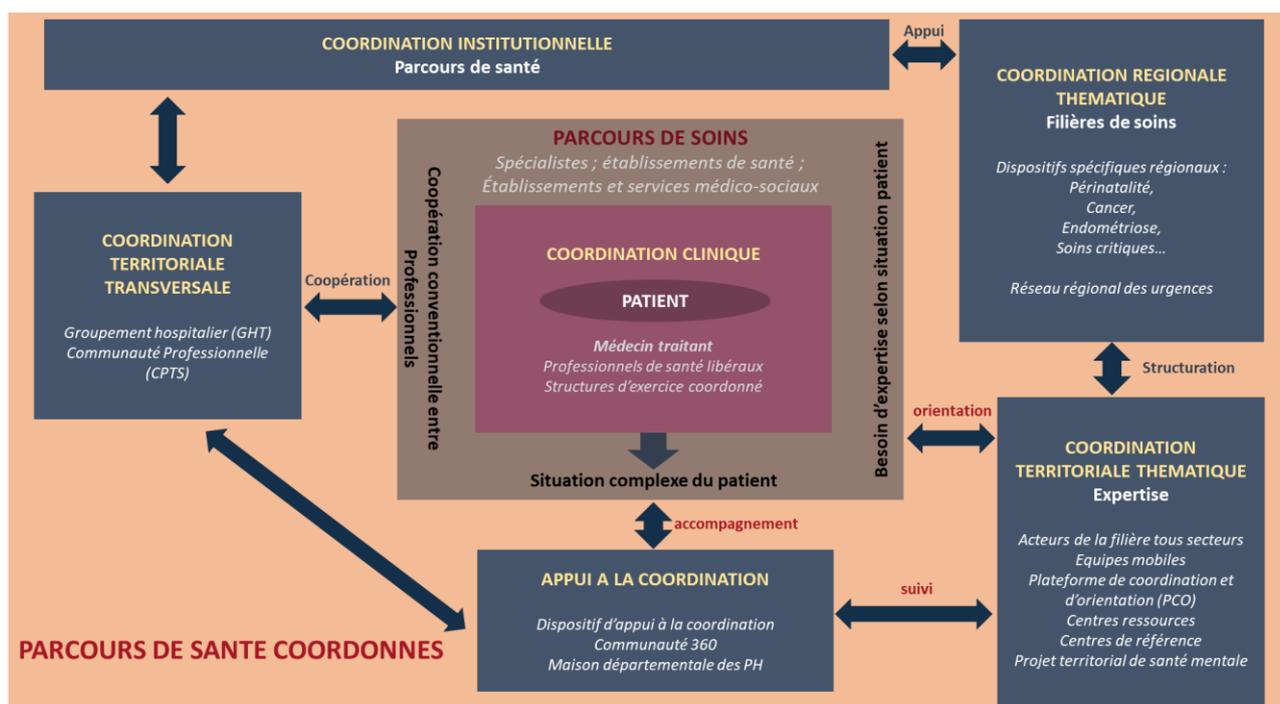
La coordination doit aussi permettre de mieux utiliser les ressources qui ne sont pas extensibles. Une activité ne peut pas se développer sans que soient simultanément conçues et mises en œuvre les conditions de cette coordination. Il y a ici deux enjeux : améliorer la mise en cohérence des actions existantes ; prévoir la coordination des nouveaux services et dispositifs. La structuration de la coordination est donc par définition dynamique.

Les trois axes de coordination retenus sont les suivants : l'aide à la structuration de la coordination ; la dynamique des innovations en matière de coordination ; l'émergence de nouvelles compétences et la complémentarité des professionnels intégrant ceux dédiés à la coordination.

L'organisation des soins et des services porte sur deux niveaux : celui de la personne et de son entourage ; celui plus global des parties prenantes avec la mise en œuvre de stratégie d'intégration au niveau de chaque territoire.

---

<sup>1</sup> La coordination dans le champ sanitaire et médico-social : Enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles. Etude réalisée pour la Fondation Paul Bénénot par le Centre de Gestion Scientifique de Mines-ParisTech, Marie-Aline Bloch, Léonie Hénaut, Jean-Claude Sardas et Sébastien Gand, février 2011



### Au niveau de la personne et de son entourage :

La coordination du parcours de santé auprès d'une personne relève de l'articulation des interventions des différents pourvoyeurs de soins, de services et d'aide relevant des trois secteurs : sanitaire, médico-social et social. Un manque de coordination des professionnels entraîne des difficultés d'accès aux soins et aux services, due au manque de visibilité et surtout de lisibilité de l'offre existante. Des ruptures de parcours pourraient être évitées, notamment en sortie d'hospitalisation ou au moment de l'entrée en établissement d'hébergement. Le manque de transmission d'informations et d'harmonisation des pratiques en est l'une des raisons.

Nous retiendrons ici la définition de la **coordination clinique** qui consiste en l'action, propre ou conjointe de professionnels de santé en vue d'assurer une meilleure prise en charge, notamment médicale, de leurs patients. La coordination clinique recouvre l'articulation de professionnels autour d'un patient en vue de partager et confronter leurs avis, de mettre en cohérence leurs interventions/prescriptions et permettre l'échange de bonnes pratiques. On y retrouve :

- Le médecin traitant.
- Les médecins spécialistes.
- Les structures d'exercice coordonné : la maison de santé pluridisciplinaire, le centre de santé, l'équipe de soins primaires, un service de soins infirmiers à domicile...
- Les établissements de santé.
- Les établissements et les services médico-sociaux : services de soins infirmiers à domicile, service d'accompagnement médico-social pour personnes en situation de handicap, établissements pour les personnes âgées et en situation de handicap...

Les acteurs de la coordination clinique sont intégrés au livret relatif à l'offre de santé.

L'appui à la **coordination** peut s'avérer nécessaire pour le parcours de personnes ayant des besoins nombreux et fluctuants, et demandant l'intervention de plusieurs organismes pendant un temps relativement long. Ces situations sont considérées comme complexes. Ainsi, l'appui à la coordination concerne l'ensemble des dispositifs ou services qui fournissent, pour tout type de pathologies et de populations, un appui aux acteurs de santé, comme aux patients notamment pour aider à la bonne orientation du patient aux différentes étapes de son parcours. Sont concernés ici :

- Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC).
- Les maisons départementales pour l'autonomie des personnes en situation de handicap (MDPH).
- Les communautés 360<sup>2</sup>.

Dispositif d'appui à la coordination et communautés 360 portent une fonction d'observation, le premier en termes de rupture de parcours, le second en termes de réponse apportée aux besoins des personnes et de la qualité des parcours. Ces fonctions stratégiques représentent un enjeu particulièrement important pour les parcours de santé et leur capacité à adapter les organisations nécessaires à répondre aux besoins de la population.

Avec ces structures, la fonction de coordination prend une place à part entière dans l'organisation de l'offre au niveau du territoire. Il est nécessaire de conforter les dispositifs d'appui à la coordination et leur polyvalence pour apporter une structuration des parcours afin d'assurer l'articulation et la complémentarité avec l'ensemble des ressources et des acteurs de tous les champs du territoire.

La MDPH, organe du conseil départemental, a une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil auprès des personnes en situation de handicap et de leur famille. Une équipe pluridisciplinaire évalue les besoins de la personne et une commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) prend les décisions relatives à l'ensemble des droits de la personne.

### **Au niveau plus global des parties prenantes**

La **coordination territoriale** des acteurs de santé conjugue expertise, coopération, continuité des soins et coordination. Les dispositifs de coordination territoriaux prennent deux formes : transversale ; thématique (ou de filières de soins). Son articulation avec l'appui à la coordination doit permettre une meilleure orientation des personnes en situation complexe notamment.

Les filières de soins, liées au régime des autorisations des activités de soins<sup>3</sup> représentent les principaux acteurs de **coordination territoriale thématique**. Ces dispositifs de réseaux s'organisent de manière à faire coopérer des professionnels appartenant à différents secteurs et organisations. Ici, la coordination est davantage verticale.

Avec l'appui de la **coordination régionale (voire territoriale) thématique**, les dispositifs spécifiques régionaux et les dispositifs d'expertise régionaux se positionnent en tant que relais des recommandations, de soutien à l'agence régionale de santé et de standardisation et harmonisation des pratiques. Ils relèvent principalement d'un cadre national et répondent à un cahier des charges prédéfini, dans la majorité des cas. Le but poursuivi est l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients par une gradation de l'offre des soins, une adaptation aux besoins.

---

<sup>2</sup> Cf parcours handicap

<sup>3</sup> Cf Livret Activités de soins

Nous pouvons identifier :

- Les dispositifs spécifiques régionaux : cancer, périnatalité, endométriose, soins critiques...
- Les projets territoriaux de santé mentale (PTSM).

Les dispositifs de coordination régionale thématique déclinent les orientations et les objectifs du parcours de santé auquel ils sont rattachés (*cf. fiches parcours*).

Le lien avec les **coordinations territoriales thématiques** est primordial dans le cadre de l'adaptation de l'offre aux besoins des populations selon leur lieu de résidence.

La **coordination territoriale transversale** est le résultat de coopération conventionnelle entre établissements ou professionnels, basée sur un projet de santé partagé (*cf. Livret offre de santé*).

- Les groupements hospitaliers de territoire (GHT).
- Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

Les différents dispositifs de coordination énoncés ci-dessus sont détaillés dans les différents livrets et parcours de santé. La présente fiche a vocation à préciser les objectifs de leur articulation et à clarifier la place des dispositifs d'appui à la coordination dans l'écosystème des parcours de santé, notamment pour les situations complexes.

### **Focus sur les dispositifs d'appui à la coordination (DAC)**

La stratégie régionale d'unification des dispositifs d'appui à la coordination a consisté à s'appuyer sur les acteurs existants (réseaux de santé gérontologique et polyvalent, groupement des professionnels de santé, MAIA...) pour aboutir, comme le décret en date 18 mars 2021 le prévoyait, à une couverture régionale.

Il a été décidé par la direction générale, au vue des acteurs en présence et des historiques d'avoir :

- 1 DAC par département bourguignon.
- 1 DAC pour les 4 départements de la Franche-Comté.

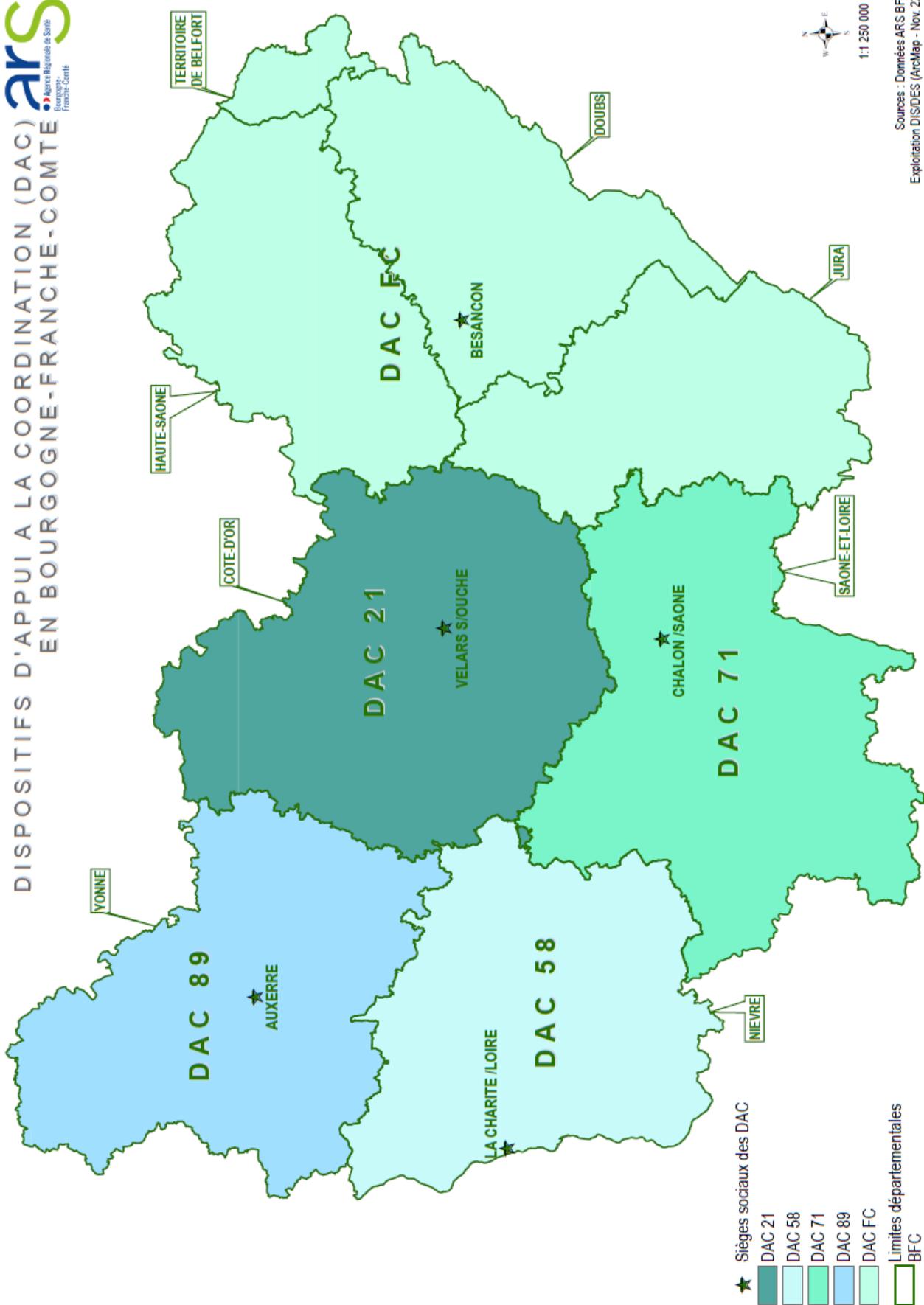
#### Les DAC de la région :

- ⇒ Couvrent leur territoire d'intervention avec des équipes en proximité (multi-sites en Franche-Comté, mais également en local dans le territoire bourguignon).
- ⇒ Sont polyvalents.
- ⇒ Interviennent en subsidiarité.
- ⇒ Ont un numéro unique.
- ⇒ Se déplacent au domicile du patient pour les évaluations.
- ⇒ Utilisent la plateforme régionale e-parcours eTICSS dans des processus harmonisés (*cf. Livret innovation*).
- ⇒ Elaborent des plans personnalisés de coordination en santé pour 80% de leur prise en charge.
- ⇒ Se sont constitués en réseau régional pour co-construire leur démarche.
- ⇒ Disposent chacun d'un référent e-santé.

Les dispositifs d'appui à la coordination sont unifiés, outillés et opérationnels. Ils doivent pouvoir prendre toute leur place dans les parcours des patients et plus largement dans les organisations territoriales, notamment en offrant leur service de coordinateur médico-administratif de parcours complexes dans les dimensions sanitaire (ville et hôpital), médico-sociale et sociale.



DISPOSITIFS D'APPUI A LA COORDINATION (DAC) EN BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE



## 2) OBJECTIFS

---

### *Objectif 1 : Structurer l'articulation de toutes les coordinations*

#### **Objectifs opérationnels :**

- 1- Identifier les acteurs, clarifier et rendre lisible le périmètre des rôles, missions et compétences de chacun.
- 2- Cartographier les coordinations et structurer leurs liens dans les territoires.
- 3- Renforcer l'articulation entre les dispositifs, notamment entre les dispositifs d'appui à la coordination et les communautés professionnelles territoriales de santé.

### *Objectif 2 : Renforcer les différents niveaux de coordination des parcours, à partir de l'analyse de leurs points de rupture.*

#### **Objectifs opérationnels :**

- 1- Informer les professionnels et les structures sur les dispositifs et les ressources existants pour la coordination et la mise en œuvre dans leur territoire pour la prise en charge de leur patient.
- 2- Structurer territorialement l'observatoire des ruptures de parcours porté par les dispositifs d'appui à la coordination.
- 3- Renforcer l'animation des acteurs ou structures de la coordination, de manière à partager une vue commune et limiter les chevauchements.

### *Objectif 3 : Rendre plus cohérent le parcours de santé des patients en organisant un accompagnement coordonné et adapté, notamment par les dispositifs d'appui à la coordination pour les situations complexes*

#### **Objectifs opérationnels :**

- 1- Positionner les DAC comme coordinateur médico-administratif des parcours plus spécifiques, mais complexes, dans leur suivi en particulier pour soutenir les articulations ville-hôpital et le suivi patient.
- 2- Initier ou appuyer, à la demande, la mise en place d'une coordination pluridisciplinaire et pluri professionnelle autour d'un usager/patient à domicile, sous l'égide du médecin traitant, et ce en s'appuyant sur les outils régionaux et le projet personnalisé de coordination en santé.

#### **Exemples d'actions :**

- ⊙ Faire une cartographie de ces acteurs et de leur champ d'intervention respectif.
- ⊙ Organiser des temps d'échanges inter-dispositifs.
- ⊙ Structurer une réelle dynamique d'articulation.
- ⊙ Mettre en place une régulation téléphonique au sein de chaque DAC.
- ⊙ Organiser les visites à domicile chez le patient afin de réaliser une évaluation multidimensionnelle.

**RESULTATS ATTENDUS**

- Les professionnels et la population connaissent les ressources du territoire et leur spécificité.
- Les professionnels de santé et du médico-social d'un territoire orientent vers la bonne ressource.
- Les points de ruptures sont identifiés dans les territoires au niveau des dispositifs d'appui à la coordination et analyser avec les dispositifs de coordination régionale thématique le cas échéant.
- Améliorer la prise en charge des personnes pour les parcours où a été identifiée une rupture.
- Impulser les initiatives à envisager pour consolider les parcours de santé complexes et réduire la fragmentation de l'offre.
- 100 % de personnes suivis par le DAC ont un plan personnalisé élaboré par le DAC et bénéficie d'une visite à domicile.
- Le DAC doit apporter une réponse à toutes les sollicitations.
- Un protocole d'hospitalisation est élaboré entre le DAC et les établissements de santé de son territoire (Cf. *Livret offre – hôpitaux de proximité*).

**3) PARTENAIRES**

---

- Associations d'usagers et de familles
- France Assos Santé
- Conférence régionale de santé et de l'autonomie et les conseils territoriaux de santé
- Conseils départementaux.

## 4.2. 10 PARCOURS DE SANTE

### 4.2.1 PARCOURS SANTE MENTALE ET PSYCHIATRIE

#### 1) CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

##### *Enjeux*

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, une personne sur quatre est touchée par des troubles psychiques à un moment de sa vie. En France, la situation des personnes vivant avec des troubles psychiques est préoccupante. Les besoins de santé sont en augmentation constante, notamment pour les troubles anxio-dépressifs, les psycho-traumatismes, les troubles du comportement, les addictions. Ces troubles font partie des principales causes de morbidité et de mortalité. Ainsi, les **troubles psychiques représentent aujourd'hui le premier poste de dépenses de santé de notre pays**, avec un coût total de 23,4 Mds€ pour l'assurance maladie (14,5 % des dépenses), et de 30 Md€ avec les aides indirectes (indemnités journalières, aide sociale).

Le constat est que la **prévention et les interventions précoces** restent à développer et que les diagnostics sont souvent trop tardifs. Les ruptures de parcours sont trop nombreuses et entraînent une détérioration des trajectoires de soins et de vie. L'insertion sociale et l'accès à une vie active et citoyenne correspondant aux capacités et aux choix des personnes sont insuffisants et la stigmatisation relative aux troubles psychiques est encore trop prononcée.

Le **contexte national** est également marqué par des inégalités territoriales importantes dans l'offre de soins et de professionnels en exercice, par un gradient social dans la prévalence des troubles et par des réponses hétérogènes selon les régions.

En **juin 2018, la Feuille de Route nationale** a fixé le cap d'une transformation structurelle et systémique du champ de la santé mentale et de la psychiatrie avec 3 grands axes :

1. Promouvoir le bien être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique et prévenir le suicide.
2. Garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité.
3. Améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique.

Les deux années de **la pandémie SARS-CoV2**, par ses multiples effets systémiques, ont vu se détériorer les indicateurs de santé mentale de la population générale, s'exacerber les difficultés d'accès aux soins, en particulier en pédopsychiatrie. Les jeunes sont particulièrement touchés : aggravation du mal-être psychologique, hausse des appels suicidaires auprès de l'association Night Line, importante augmentation des passages aux urgences des 18-24 ans pour des idées et gestes suicidaires.

La reconnaissance de tous ces enjeux a conduit à compléter la feuille de route santé mentale et psychiatrie par les mesures nouvelles inscrites au Ségur de la Santé. La tenue des **Assises de la Santé Mentale et de la Psychiatrie en septembre 2021** avec l'annonce du Président de la République de 30 mesures<sup>4</sup> pour faire face à « l'urgence » en psychiatrie a permis d'accélérer la dynamique engagée.

Début 2022, le Délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie a souligné les réalisations et engagé les chantiers suivants :

- Mise en place de deux réformes structurantes : financement et autorisations en psychiatrie.
- Amélioration de l'attractivité de la discipline *via*, notamment, la réforme du Diplôme d'Etudes Spécialisées en Psychiatrie (DES) et l'augmentation des contingents des Hospitalo-Universitaires.
- Prise en compte du numérique en santé mentale comme levier de transformation.
- Définition d'une politique de prévention ambitieuse agissant sur les déterminants de la santé mentale et visant l'appropriation d'une culture de la santé mentale et de la prévention par tous nos concitoyens par l'intermédiaire d'une approche interministérielle.
- Promotion et défense des droits des patients.

A noter que les pathologies liées à la santé mentale ont des conséquences multiples pour les personnes concernées :

- ⇒ Des **conséquences sociales** en terme d'insertion sociale et professionnelle.
- ⇒ Des **conséquences sanitaires** puisque les troubles psychiques génèrent une augmentation du risque suicidaire, des troubles somatiques, un risque accru de mortalité prématurée, une espérance de vie moins longue...

### *Contexte régional*

Les dernières données épidémiologiques marquantes sur l'état de santé des bourguignons-franc-comtois en matière de troubles mentaux et du comportement sont les suivantes :

Un accroissement des personnes prises en soins pour **maladies psychiatriques** en établissement de santé, ayant eu recours au moins une fois à une structure de psychiatrie en ambulatoire ou en hospitalisation :

- 100 600 patients en 2015, dont 75 % environ par une structure ambulatoire uniquement<sup>5</sup> ;
- 114 000 patients en 2021, dont 46 815 nouveaux patients et 100 000 patients vus au moins une fois en ambulatoire, avec un nombre moyen de séjours hospitaliers de 1,58 par patient contre 1,45 en 2017 et 1,39 en 2020 au plus fort de la crise Covid<sup>6</sup>. En intégrant les personnes ayant eu une affection de longue durée et/ou celles ayant reçu au moins trois médicaments spécifiques pour pathologies psychiatriques au cours de l'année, en 2020, ce sont 119 810 personnes qui ont été prises en soins pour maladies psychiatriques<sup>7</sup>, dont 8 360 (7 %) étaient âgées de moins de 20 ans.

<sup>4</sup> [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp\\_sante\\_mentale-ok\\_01.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_sante_mentale-ok_01.pdf)

<sup>5</sup> SRS 2018-2023, données ORS 2017

<sup>6</sup> ATIH via l'outil PSY DIAG de l'ANAP

<sup>7</sup> base de données data pathologies de la CNAM, 2021 non encore disponible

Les taux standardisés pour 1 000 habitants de personnes prises en soins pour maladies psychiatriques en 2019<sup>8</sup> montrent :

- un taux régional de 39,6/1000, légèrement supérieur au taux national (38,6) ;
- à l'échelle des départements, le taux le plus élevé est observé dans la Nièvre (47,6), suivi de l'Yonne (43,9) et de la Saône-et-Loire, le taux le plus faible dans le Territoire Belfort (28,5).

En matière de prise en soins pour **dépression et autres troubles de l'humeur**, en excluant les personnes prises en charge pour maladies psychiatriques, plus de 144 300 patients ont consommé régulièrement en 2019 des traitements antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur<sup>9</sup>:

- le taux régional de 51,5/1000 est supérieur au taux national (46,6) ;
- au niveau départemental, le Jura présente le taux le plus élevé (55,6) suivi de la Haute-Saône (53,4), le taux le plus faible est dans le Territoire de Belfort (48,2).

Enfin, la région est marquée par une **surmortalité par suicide**, avec un taux standardisé de décès par suicide de 16,3 pour 100 000 habitants en 2015-2017 versus 14 au national ; ce taux a évolué de - 32 % par rapport à 2001-2003, et de - 14% par rapport à 2009-2013 (base prise pour le précédent PRS) ; à noter une grande disparité au sein de la région, ces taux en 2015 variant de 9,9 pour la Côte d'Or jusqu'à 25,9 pour la Haute-Saône<sup>10</sup>.

**Les ressources en personnels soignants sont fragiles avec une démographie de professionnels en érosion<sup>11</sup> :**

La **densité de psychiatres**, tout mode d'exercice confondu, est inférieure au taux national : de 18,7 pour 100 000 habitants *versus* 22,5, avec de fortes disparités départementales (la plus faible dans la Nièvre 10,9, suivie de l'Yonne : 15,7 et du Jura : 15,9, la plus élevée en Côte d'Or : 25,6).

- À noter, depuis 2019, un manque d'attractivité de la psychiatrie pour la jeune génération, avec en 2019 en France presque 100 postes non-pourvus dans cette spécialité en sortie de concours d'internat (ECN). En 2022, ce manque d'attractivité a touché particulièrement notre région avec 11 postes d'internes non-pourvus en sortie d'ECN sur les 32 ouverts ;
- Cette décline du nombre de psychiatres et leur disparité d'implantation rendra d'autant plus difficile à relever le défi de la réduction des inégalités territoriales de recours à l'offre de soins spécialisée.

La densité régionale des **psychologues** est de 109,4 versus 125,4 de moyenne nationale et particulièrement faible en Saône et Loire (84,7)<sup>12</sup>.

La densité de **médecins généralistes**, médecins de premier recours, est également inférieure à la moyenne nationale (82,8 versus 86,5) et particulièrement faible dans la Nièvre (70) et dans l'Yonne (66).

La densité d'**infirmiers** est également inférieure au taux national (161,5 versus 195,3), surtout dans le Doubs (143), le Jura (152) et le Territoire de Belfort (155), départements frontaliers, en concurrence directe avec la Suisse.

<sup>8</sup> exploitation ORS des données 2019 de la CNAM

<sup>9</sup> exploitation ORS des données 2019 de la CNAM

<sup>10</sup> Inserm-CépiDc

<sup>11</sup> STATISS 2021

<sup>12</sup> Répertoire ADELI - Drees - données au 1<sup>er</sup> janvier 2022

## 2) PRINCIPALES REALISATIONS REGIONALES DEPUIS 2018

---

### *Une mobilisation effective et installée autour des PTSM*

Dès 2019, huit territoires, à l'échelle des départements, ont engagé la démarche d'élaboration des **projets territoriaux de santé mentale (PTSM)**. L'année suivante, l'intégralité du territoire régional a été couverte par 8 PTSM. Les 8 contrats territoriaux de santé mentale qui en découlent, grâce à la dynamique de coopération entre l'ensemble des acteurs impliqués dans les territoires, garantissent leur engagement dans la mise en œuvre des actions.

Depuis le début de la démarche, l'ARS soutient l'animation des PTSM par le financement d'un poste de coordonnateur pérenne dans chaque département. Cette fonction de coordination est essentielle pour l'impulsion et la mise en œuvre des actions. Elle permet un gain d'efficacité dans l'organisation de l'offre. Les PTSM BFC sont actifs et ont traversé l'épreuve de la crise sanitaire.

### *Un accompagnement de l'évolution de l'offre en psychiatrie et santé mentale*

La **santé mentale des étudiant.es** requiert une attention particulière : le programme numérique innovant « **ETUCARE** » a été développé en région pour sensibiliser ce public aux enjeux de la santé mentale et pour favoriser une prise en charge précoce des besoins.

La promotion de la mesure 33 du SEGUR de la Santé permettant aux structures de soins coordonnés d'orienter ses patients vers un **accompagnement psychologique gratuit** : 23 structures réparties dans 6 départements sont entrées dans ce dispositif, inaugurant une démarche de prise en soins des troubles légers à modérés par les soins de premier recours.

Une stratégie de promotion des **Premiers secours en santé mentale** a été initiée, dès 2021, avec l'appui des PTSM, pour former, en priorité en 2021 et 2022, les publics en contact avec les étudiants et les jeunes adultes.

Depuis 2020, en lien avec l'évolution du cadre légal, la mobilisation régionale quant à **l'évolution des pratiques de recours à l'isolement et la contention** a été importante (financement de formations, aménagements de locaux, animation d'un groupe de travail régional, construction d'un format homogène et partagé de rapport annuel) et permet d'observer tant une diminution significative du recours que le développement de pratiques alternatives.

La **prévention du suicide**, axe de travail prioritaire en Bourgogne-Franche-Comté, a vu notamment se déployer le dispositif **VIGILANS**, installé dans 6 départements sur 8 et en cours dans les 2 départements restants avec une coordination médicale organisée pour chaque ancienne région. Des filières de soins dédiées sont initiées, telles que unités dédiées post-urgences, équipe mobile de prévention du suicide avec la volonté de structurer une filière suicidologie identifiée et pour tous âges dans notre région.

La **création de deux centres ressources** dédiés à la formation et à l'appui des équipes sur l'approche **réhabilitation psychosociale** en Bourgogne et en Franche-Comté avec une orientation d'intervention précoce recherchée.

### *La santé mentale à la croisée des parcours de santé*

Depuis 2019, financement d'au moins une **équipe mobile d'intervention en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent** par département. Les missions de ces équipes varient, de l'appui conseil aux établissements médico-sociaux et de protection de l'enfance à l'intervention à domicile en prévention ou à la suite d'une hospitalisation.

Depuis 2020, déploiement **d'unités père-mère-bébé** spécialisées en psychiatrie périnatale dans chaque département ; ces équipes travaillent en liaison avec les maternités et ont pu initier des modalités d'intervention dans les lieux de vie des familles.

La structuration d'une filière de soins pluridisciplinaires pour les **troubles des conduites alimentaires** est un objectif régional d'évolution de l'offre de soins.

Un **centre de ressources en psychiatrie du sujet âgé**, co-porté par le CHU de Dijon et le CHU de Besançon, est initié ; il doit permettre, en particulier, de développer un appui-conseil spécialisé en suicidologie de la personne âgée auprès des EHPAD.

Pour faire suite aux Assises de la santé mentale 2021, l'ARS a décidé **d'encourager l'autodétermination des personnes en situation de handicap psychique et le soutien par les pairs**<sup>13</sup> : ainsi, dès 2022, l'émergence d'intervenants-pairs professionnels est favorisé : trois territoires BFC sont d'ores et déjà concernés par un financement octroyé pour des postes des pairs-aidants ; des formations spécifiques sont également déployées afin de promouvoir une nouvelle représentation collective du « malade » et, notamment, de professionnaliser une présence « paire » dans les lieux d'intervention du secteur social, médico-social et sanitaire.

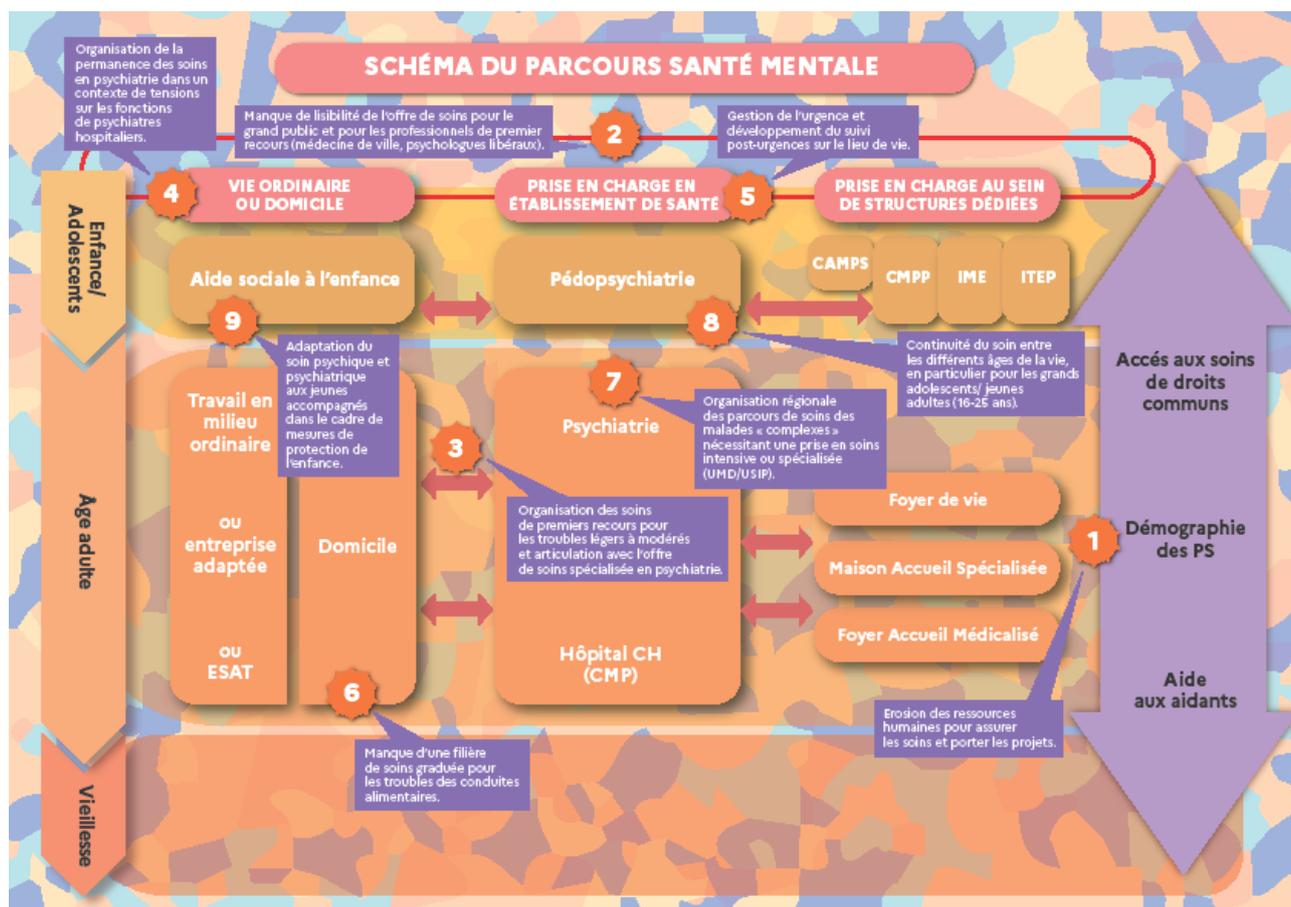
Les orientations relatives au handicap psychique sont aussi présentées dans la fiche parcours handicap au même titre que les autres handicaps.

### 3) IDENTIFICATION DES POINTS DE RUPTURE

1. Erosion des ressources humaines pour assurer les soins et porter les projets.
2. Manque de lisibilité de l'offre de soins pour le grand public et pour les professionnels de premier recours (médecine de ville, psychologues libéraux).
3. Organisation des soins de premiers recours pour les troubles légers à modérés et articulation avec l'offre de soins spécialisée en psychiatrie.
4. Organisation de la permanence des soins en psychiatrie dans un contexte de tensions sur les fonctions de psychiatres hospitaliers.
5. Gestion de l'urgence et développement du suivi post-urgences sur le lieu de vie.
6. Manque d'une filière de soins graduée pour les troubles des conduites alimentaires.
7. Organisation régionale des parcours de soins des malades « complexes » nécessitant une prise en soins intensive ou spécialisée (UMD/USIP).
8. Continuité du soin entre les différents âges de la vie, en particulier pour les grands adolescents/ jeunes adultes (16-25 ans).

<sup>13</sup> Cf. levier relatif à l'implication des usagers

## 9. Adaptation du soin psychique et psychiatrique aux jeunes accompagnés dans le cadre de mesures de protection de l'enfance.



### 4) OBJECTIFS

Les projets territoriaux en santé mentale sont les pivots de la dynamique de déploiement du parcours santé mentale depuis 2019 ; espaces de dialogue et d'initiative partagés entre les acteurs et opérateurs locaux afin d'éviter les ruptures de soins. Ils pourront s'appuyer, pour la période 2023-2028, sur les contrats locaux de santé pour les actions de prévention et sur les contrats locaux de santé mentale pour le traitement des situations dites « complexes ». Une nouvelle génération de projets territoriaux sera traduite en engagements de chaque acteur et opérateur dès 2023.

**Objectif 1 : Encourager la capacité de chacun à agir sur la santé mentale**

**Objectifs opérationnels :**

- 1- Développer un réseau de secouristes en santé mentale formés au programme « Premiers secours en santé mentale » (PSSM) dans chaque département
- 2- Déployer des actions de promotion de la santé mentale par population cible (enfants, adolescents, étudiants) en s'appuyant sur l'approche par compétences psycho-sociales
- 3- Promouvoir la réhabilitation psychosociale et l'engagement des usagers dans les institutions et favoriser la vie sociale et citoyenne en milieu ordinaire et soutenir les programmes de psychoéducation

**Exemples d'actions :**

- ⊙ Programme annuel de formations PSSM financées et ciblées vers des publics jeunes, étudiants, agriculteurs, monde du travail.
- ⊙ Promotion d'outils innovants numériques en éducation à la santé mentale.
- ⊙ Programme d'actions annuel pour sensibiliser, informer et mobiliser sur les enjeux liés à leur santé mentale notamment vis-à-vis des étudiants
- ⊙ Actions de prévention et promotion de la santé mentale dans les contrats locaux de santé (CLS)
- ⊙ Offre innovante de réhabilitation psychosociale associée à une prise en charge précoce des psychoses débutantes.
- ⊙ Valorisation du soutien par les pairs-aidants usagers ou les pairs-aidants familles... aux personnes en situation de maladie ou de handicap psychique.

**RESULTATS ATTENDUS**

- 2000 secouristes en santé mentale formés en 5 ans en BFC.
- Recrutement de pairs-aidants professionnels dans les établissements de soins, en intra et extrahospitalier.
- Maintenir le soutien aux groupements d'entraide mutuelle (GEM) pour les personnes présentant un handicap psychique au niveau nécessaire à leur bon fonctionnement et à une bonne couverture du territoire.
- Conventionnement avec les bailleurs sociaux pour l'accès au logement en milieu ordinaire des personnes suivies dans le cadre de troubles psychiques.
- Déploiement des programmes d'aides aux proches en coopération soignants/pairs-aidants familles tels que la mise en place sur tout le territoire régional de la formation PROFAMILLE et de la formation BREF.

**Objectif 2 : Améliorer la prévention et la prise en soin du suicide****Objectifs opérationnels :**

- 1- Accroître le repérage du risque suicidaire
- 2- Organiser une filière de soins pour les patients suicidaires

**Exemples d'actions :**

- ⊙ Finaliser l'organisation du centre de jour du 3114, numéro national de prévention du suicide en BFC.
- ⊙ Structurer une filière de soins après le passage aux urgences pour les patients suicidaires et suicidants (unité d'hospitalisation complète de courte durée, équipe mobile intersectorielle, lien avec les médecins traitants).
- ⊙ Renforcer le dispositif « Vigilans » pour les publics « adultes » et « adolescents ».
- ⊙ Promouvoir les dispositifs de prévention du suicide auprès des professionnels de santé et du grand public (formations, outils) en appui sur les contrats territoriaux en santé mentale et contrats locaux de santé.
- ⊙ Structuration de la postvention auprès de l'entourage, après un suicide.

**RESULTATS ATTENDUS**

- Une augmentation du nombre de professionnels formés au repérage de la crise suicidaire.
- Une augmentation du nombre de patients intégrés dans le dispositif VIGILANS.
- Une équipe opérationnelle du 3114 en BFC.

**Objectif 3 : Améliorer l'orientation et apporter des réponses adaptées aux besoins de santé mentale en psychiatrie dès le plus jeune âge sur l'ensemble du territoire régional**

**Objectifs opérationnels :**

- 1- Développer le repérage et le soin précoce des troubles psychiques de la petite enfance à l'adolescence
- 2- Prévenir la situation de crise en favorisant le soin au plus près du lieu de vie
- 3- Favoriser les articulations et les liens entre les dispositifs de prise en charge sanitaire, médico-sociale, sociale, scolaire, judiciaire en mettant l'accent sur la protection de l'enfance

**Exemples d'actions :**

- ⊙ Activité des consultations de psychiatrie périnatale au sein des maternités, ainsi que les consultations ou unités « père-mère-bébé » dans les services de pédiatrie.
- ⊙ Travail en réseau (staffs médico-psychologiques, équipes en maternité et en PMI).
- ⊙ Soins à domicile ou sur lieu de vie pour les publics jeunes dans chaque département.
- ⊙ Soutien aux équipes d'appui et de liaison avec les établissements médico-sociaux et sociaux de protection de l'enfance.
- ⊙ Repérage et la prise en soin précoce des troubles des conduites alimentaires.

**RESULTATS ATTENDUS**

- Une réponse organisée en liaison et appui auprès des établissements prenant en charge des enfants et jeunes sous mesure de protection de l'enfance dans chaque département.
- Un dispositif par département pour accompagner la transition 16-25 ans.
- Une offre de soins graduée pour repérer et prendre en charge précocement les jeunes présentant des troubles des conduites alimentaires.

**Objectif 4 : Soutenir des parcours de soins, en dehors de l'hôpital, gradués et adaptés aux enjeux de la démographie médicale et paramédicale dans les cinq prochaines années**

**Objectifs opérationnels :**

- 1- Consolider l'accès au diagnostic et au soin avec une approche globale du patient, au plus près du lieu de vie, en s'appuyant sur les soins de premier recours (médecin généraliste – psychologue) et les soins spécialisés des centres médico-psychologiques
- 2- Soutenir l'émergence et le développement de pôle ressources experts spécialisés en psychiatrie en capacité d'intervenir en appui des centres médico-psychologiques (CMP) et centres de guidance infanto-juvéniles (CGIJ), équipes de soins du premier recours et structures médico-sociales sur des thématiques ciblées
- 3- Organiser et rendre lisible le dispositif de prise en charge des urgences psychiques et psychiatriques au sein de chaque territoire

**Exemples d'actions :**

- ⊙ Déploiement des dispositifs de soins intensifs à domicile et les équipes de case management.
- ⊙ Dispositifs de type « plateformes téléphoniques » d'appui-conseil aux familles et aux médecins généralistes (ex : psychopharmacologie).
- ⊙ Appui sur des réseaux de psychologues libéraux et les structures de soins coordonnés pour renforcer l'accès gratuit à l'accompagnement psychologique des patients présentant des troubles légers à modérés.
- ⊙ Renforcement des équipes pluridisciplinaires adaptées en centre médico-psychologique avec une attention particulière aux territoires fragilisés (ville, rural).
- ⊙ Déploiement d'une prise en charge spécialisée en psychiatrie (IDE et IPA-Infirmier en Pratique Avancée, mention santé mentale) dans les plus gros pôles urgences de la région.
- ⊙ Promotion des dispositifs intersectoriels d'évaluation-orientation en entrée d'hospitalisation couplés à des équipes d'intervention à domicile et équipes relais avant prise en charge en CMP.

**RESULTATS ATTENDUS**

- Définition dans les PTSM, pour chaque territoire de santé, un « schéma des urgences psychiatriques » pour les adultes et pour les enfants intégrant la problématique des transports sanitaires.
- Montée en charge des dispositifs d'accompagnement gratuit par les psychologues libéraux, sur adressage médical, des patients souffrant de troubles légers à modérés.
- Augmentation du nombre de patients suivis par les services de psychiatrie à domicile.
- Recrutement d'IDE formés à la psychiatrie et d'IPA au sein des structures Urgences de la région.
- Réduction du délai de prise en charge au sein des CMP.
- Structuration d'équipes dédiées au soin somatique des patients suivis en psychiatrie.

*Objectif 5 : Accompagner les évolutions de l'exercice médical et de l'offre de soins dans le contexte d'érosion de la démographie des professionnels de santé*

**Objectifs opérationnels :**

- 1- Favoriser l'intégration de compétences variées au sein des équipes de soins, pour libérer du temps médical et pour croiser les regards sur la prise en soins : Infirmiers en pratiques avancées (IPA) mention santé mentale, éducateurs, pairs professionnels...
- 2- Développer le recours aux technologies numériques pour faciliter tant l'autonomie des patients que l'accès à l'expertise médicale, la permanence et continuité des soins, et la coordination avec les soins de premiers recours et les structures médico-sociales
- 3- Soutenir les équipes hospitalières dans la démarche continue de réduction du recours à l'isolement et à la contention, appuyée par la mise en œuvre des recommandations sur la prévention et gestion de situations de violence et le développement de mesures alternatives
- 4- Promouvoir des dispositifs d'appui-conseil sur les traitements médicamenteux auprès des professionnels spécialisés et du premier recours ainsi qu'auprès des familles et patients
- 5- Soutenir les acteurs impliqués dans la recherche et la formation et les projets de recherche clinique, vecteurs fort d'attractivité pour l'exercice de la psychiatrie dans la région

**Exemples d'actions :**

- ⊙ Retours d'expérience entre établissements de la région sur la diversification des compétences au sein des équipes soignantes et sur la mise en place des protocoles de coopération entre psychiatres et IPA, tant en hospitalier qu'en CMP.
- ⊙ Développement des capacités de formation des IPA mention santé mentale, tant avec les deux UFR Santé de la région qu'avec les établissements encadrant leurs stages (ARS accompagne financièrement les candidats retenus au master 2 d'IPA).
- ⊙ Valorisation des pratiques de téléexpertise et téléconsultation et des échanges dématérialisés entre professionnels type courriers, prescriptions.
- ⊙ Soutien aux dispositifs de formation sur les thèmes isolement contention, désescalade, prise en charge des moments de violence des patients, ainsi que les projets d'améliorations architecturales et d'aménagements d'espaces d'apaisement dédiés.
- ⊙ Soutien à l'émergence de fédération régionale d'actions de recherche clinique en psychiatrie et d'observation en santé mentale.

**RESULTATS ATTENDUS**

- Augmentation du nombre d'IPA mention santé mentale formés et recrutés.
- Dispositifs de télé-expertise et téléconsultations en psychiatrie opérationnels.
- Organisation de journée annuelle thématique d'échanges de pratiques sur l'isolement-contention entre les équipes de soins de différents établissements de la région.
- Equipes ressources et expertes identifiées par l'ensemble des professionnels du 1<sup>er</sup> et 2<sup>nd</sup> recours sur des thématiques liées à la psychiatrie telles que psychopharmacologie, la psychiatrie du sujet âgé, prévention du suicide, dépression résistante, prise en charge précoce des psychoses.

**5) PARTENARIATS**

- Etablissements autorisés en psychiatrie, Fédérations hospitalières
- Services des urgences
- Dispositif d'appui à la coordination
- Fédération des maisons de santé et de l'exercice coordonné (FEMASCO)
- Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM)
- Unions régionale et départementales des associations familiales (URAF / UDAF)
- Fédération nationale des patients en psychiatrie (FNAPsy)
- Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ)
- Service de santé universitaire,
- Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS)
- Institut régional supérieur du travail éducatif et social (IRTESS)
- Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS)
- Conseils départementaux,
- Conseil régional,
- Collectivités,
- Conseils territoriaux de santé mentale
- Contrats locaux de santé mentale
- Assurance maladie.

## 6) TRANSVERSALITE

---

- ⦿ Ce Livret, tous les parcours et en particulier le parcours Handicap s'agissant du handicap psychique
- ⦿ Livret activités de soins - Médecine d'urgence
- ⦿ Livret activités de soins - Psychiatrie
- ⦿ Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) pour les personnes démunies.

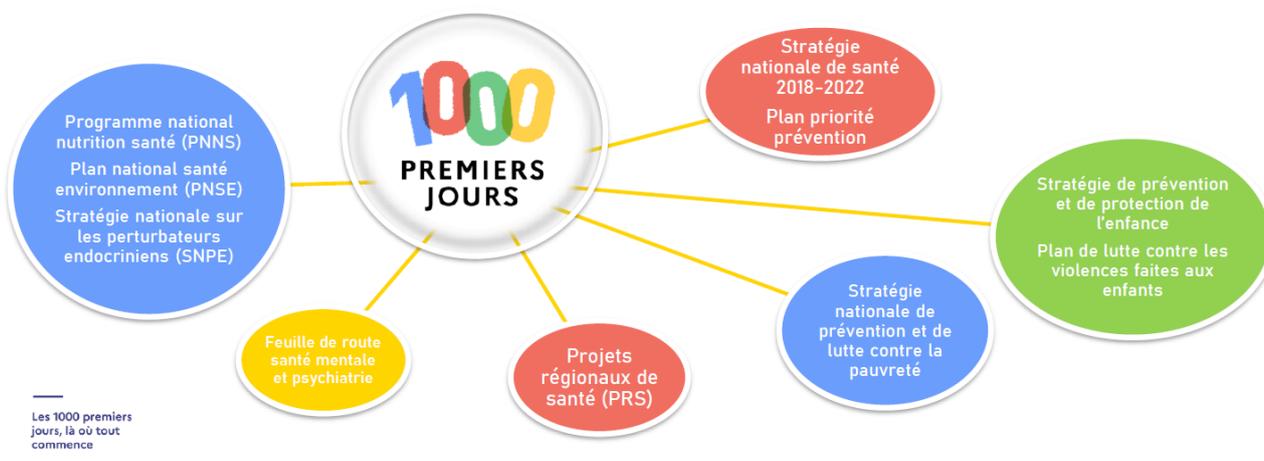
## 4.2.2 PARCOURS PERINATALITE

Les objectifs définis dans le parcours périnatalité s'appuient sur la base des orientations et priorités nationales.

Ils s'attacheront de plus, sur la base des conclusions du rapport de surveillance de la santé périnatale en France, publié en septembre 2022 par Santé Publique France<sup>14</sup>, à répondre aux enjeux d'amélioration des indicateurs de santé périnatale en Bourgogne-Franche-Comté en favorisant le déploiement de la stratégie des 1000 premiers jours.



### En synergie avec d'autres stratégies nationales et territoriales



La feuille de route des 1000 premiers jours s'inscrit dans un dispositif transversal et partenarial ; les objectifs stratégiques du parcours ont donc pour objectif de renforcer la déclinaison des 3 étapes clés du parcours des 1000 premiers jours et de promouvoir le plus précocement possible la mise en place de comportements favorables.

Ce parcours doit, d'autre part, s'articuler avec l'engagement maternité visant à mieux répondre aux attentes des femmes enceintes. Dans un contexte d'augmentation du nombre de femmes en âge de procréer issues de territoires isolés, des travaux spécifiques ont été engagés par le Ministère de la santé dès 2019 pour compenser les désavantages qui peuvent être associés à ces situations d'éloignement géographique. Sont ainsi prévus un hébergement en proximité de la maternité la plus proche en amont du terme prévu de l'accouchement, ainsi que la prise en charge des frais de transport pour les trajets des derniers mois vers la maternité.

La question de la santé génésique des femmes fait l'objet d'une attention particulière. Les thématiques majeures que sont l'endométriose et l'accès à l'IVG feront l'objet d'objectifs stratégiques spécifiques. La parentalité est portée dans le cadre du pass-santé jeune et déployée au travers, notamment, d'actions portées par l'IREPS<sup>15</sup>.

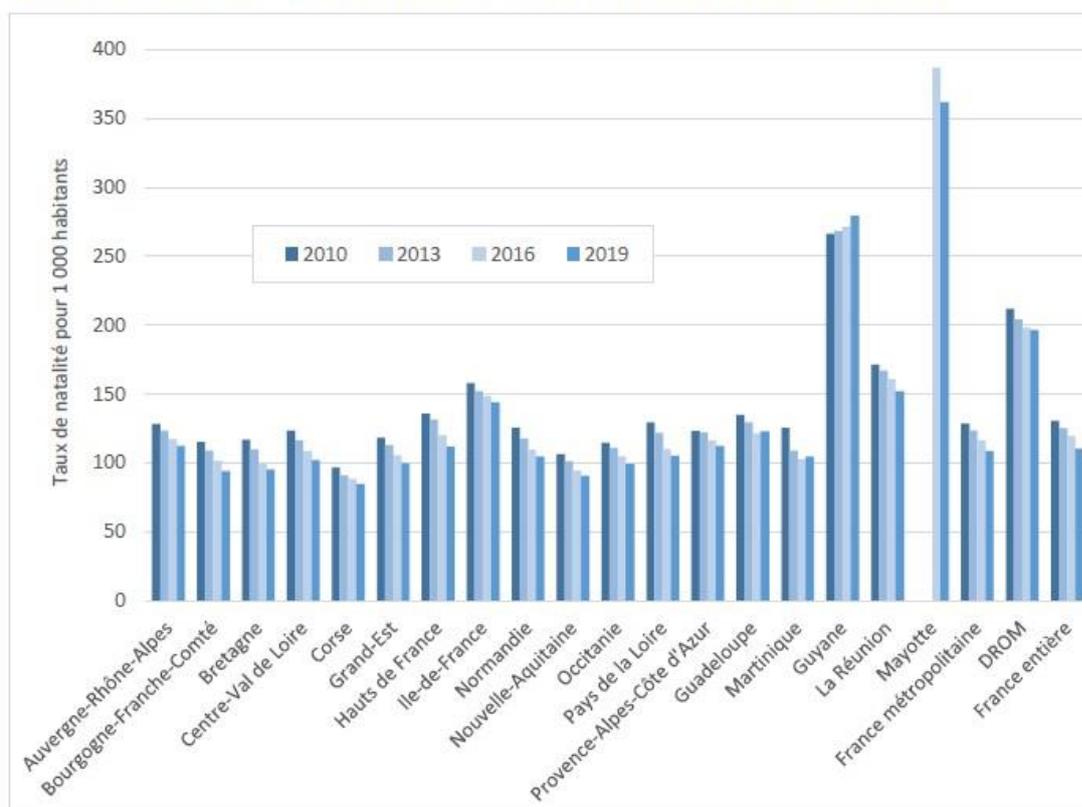
<sup>14</sup> <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-de-la-mere-et-de-l-enfant/anomalies-et-malformations-congenitales/documents/rapport-synthese/rapport-de-surveillance-de-la-sante-perinatale-en-france>

<sup>15</sup> Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé

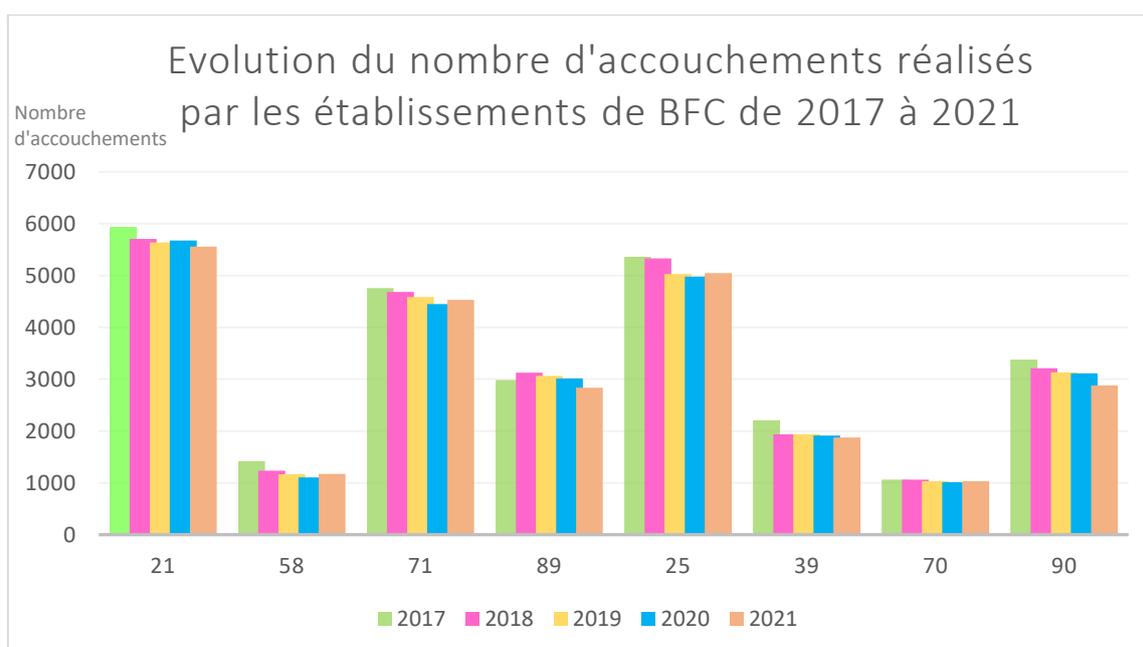
## 1) CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

*Approche diagnostic : données épidémiologiques et situation régionale, particularités locales*

Taux de natalité par région, en France entière, en 2010, 2013, 2016 et 2019



Source : Rapport de surveillance de la santé périnatale en France<sup>16</sup>



Source : « ScanSanté-Indicateurs de santé périnatale-FFRSP-

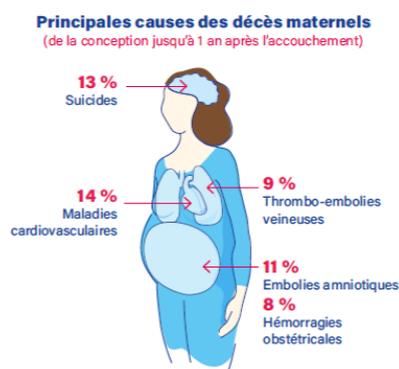
<sup>16</sup> <https://enp.inserm.fr/rapport-enp-2021-disponible-en-ligne/>

## MORTS MATERNELLES EN FRANCE : LES DONNÉES CLÉS DE L'ENQUÊTE 2013-2015

6<sup>e</sup> rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) 2013-2015.  
En ligne sur : [www.santepubliquefrance.fr](http://www.santepubliquefrance.fr) / [www.epopé-inserm.fr](http://www.epopé-inserm.fr)



Les maladies cardiovasculaires et les suicides sont les causes les plus fréquentes, mais aussi parmi les plus évitables



Pour mieux prévenir les décès par maladies cardiovasculaires

Pendant la grossesse, certains symptômes (difficultés respiratoires, douleurs intenses dans la poitrine ou dans le dos) peuvent être le signe de maladies cardiaques, et doivent être signalés à un médecin ou une sage-femme.



Pour mieux prévenir le suicide

Durant l'année qui suit un accouchement, les femmes sont à risque de dépression. Il ne faut pas hésiter à en parler et consulter.



Source : 6<sup>ème</sup> rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) pour la période 2013-2015<sup>17</sup>

Le **taux de natalité** est en baisse continue en France (hors territoires ultra-marins) ; notre région suit la même évolution. L'évolution des causes de décès entre 2010-2012 et 2013-2015 montre une diminution de la mortalité maternelle directe, notamment de la mortalité par hémorragie obstétricale. Cette diminution peut être interprétée comme une amélioration globale des soins obstétricaux. L'évolution est moins remarquable pour les causes indirectes, illustrées dans l'infographie infra, qui ne montrent pas de diminution notable. En 2013-2015, les pathologies cardiovasculaires et les suicides représentent respectivement les 1<sup>ères</sup> et les 2<sup>èmes</sup> causes de mortalité maternelle.<sup>18</sup> Les principaux résultats de l'enquête nationale périnatale 2021<sup>19</sup> mettent en avant une amélioration de plusieurs indicateurs qui témoignent d'une amélioration de la santé des femmes et des mesures de prévention.

Cependant, un certain nombre d'indicateurs nécessitent que soit renforcée l'organisation des parcours de soins :

Indicateurs qui évoluent favorablement		Indicateurs qui évoluent défavorablement
Tabac		Dépression post-partum
Substances toxiques		Report âge maternel
		Surpoids et obésité
		Diabète gestationnel

<sup>17</sup> <https://www.epopé-inserm.fr/grandes-enquetes/enquete-nationale-confidentielle-sur-les-morts-maternelles>

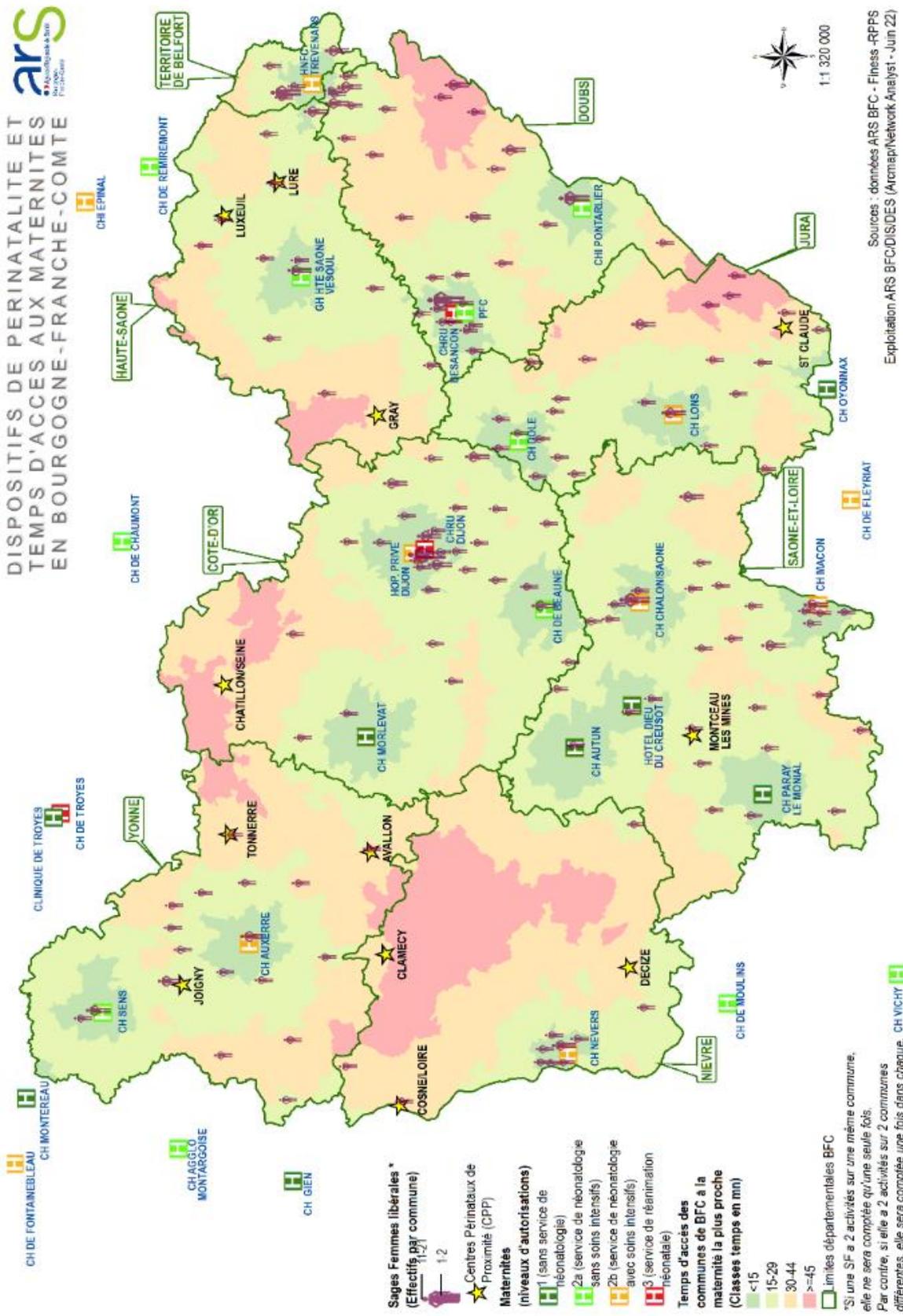
<sup>18</sup> <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-de-la-mere-et-de-l-enfant/anomalies-et-malformations-congenitales/documents/rapport-synthese/rapport-de-surveillance-de-la-sante-perinatale-en-france>

<sup>19</sup> <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2022/sante-publique-france-partenaire-de-la-6e-edition-de-l-enquete-nationale-perinatale>

# DISPOSITIFS DE PERINATALITE ET TEMPS D'ACCES AUX MATERNITES EN BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE



ARS Bourgogne-Franche-Comté  
Région Bourgogne-Franche-Comté  
Préfecture



La carte ci-dessus présente la répartition des structures et des professionnels intervenant dans le champ de la périnatalité sur le territoire, ainsi que les temps d'accès aux maternités. L'offre est différente d'un territoire à l'autre, tant en terme de positionnement que de diversité, et est à rapporter à la densité de population. Les travaux du parcours Périnatalité intègrent ces particularités, conduisant à proposer des objectifs ci-après concourant au renforcement d'une offre de qualité et de sécurité.

➤ **Cadre national : plans nationaux, régionaux, références réglementaires**

Santé génésique

**Loi n° 2022-295 du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement**

La stratégie nationale de santé sexuelle vise une amélioration de la santé sexuelle et reproductive, et comporte aussi des actions pour garantir l'accès à l'IVG (Interruption Volontaire de Grossesse) à toutes, sur l'ensemble des territoires. (Cf. Livret prévention – fiche santé sexuelle)

L'accès à l'IVG a été récemment renforcé, en élargissant notamment l'autorisation des techniques chirurgicales aux sages-femmes. Les modalités et pratiques ont évolué, avec un allongement des délais jusqu'à 14 semaines de grossesse, soit 16 SA, et une simplification par suppression de la semaine de réflexion.

Un répertoire recensant les professionnels de santé ayant donné leur accord pour y figurer ainsi que l'ensemble des structures pratiquant l'IVG sera publié par les ARS.

**Stratégie Nationale de Lutte contre l'Endométriose du 14/02/22 <sup>20</sup>**

L'enjeu consiste à garantir un diagnostic rapide et l'accès à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire en développant des filières territoriales spécifiques à l'endométriose d'ici à 2023. Concrètement, il s'agira de mettre en place, partout sur le territoire, des structures identifiées permettant d'informer les citoyens, de sensibiliser et former les professionnels, y compris en milieu scolaire, de diagnostiquer l'endométriose, d'annoncer ce diagnostic et d'organiser la prise en charge personnalisée de chaque patiente en conséquence, grâce à des parcours personnalisés de soins, des réunions de concertation pluridisciplinaires.

Parcours Périnatalité . Politique des 1000 1<sup>er</sup> jours de vie

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

La région BFC compte 2 dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité, organisés et structurés selon les exigences du cahier des charges en vigueur, qui évoluera prochainement (textes réglementaires en cours de rédaction).

**Décret n° 2022-555 du 14 avril 2022 relatif à l'hébergement temporaire non médicalisé des femmes enceintes et à la prise en charge des transports correspondants et arrêté du 29 avril 2022 fixant les conditions d'accès à l'hébergement temporaire non médicalisé des femmes enceintes et à la prise en charge des transports**

**Rapport de la commission des 1000 premiers jours septembre 2020. Là où tout commence.**

Une grossesse en pleine santé et les 1 000 premiers jours garants de la suite

De nombreuses recherches ont mis en évidence l'existence de liens entre diverses expositions dès la vie intra-utérine, et la mortalité, ou la survenue de maladies à l'âge adulte. Le concept des « origines développementales de la santé et des maladies » propose une théorie unificatrice à l'ensemble de ces observations. Les premières périodes de la vie, depuis l'environnement péri-conceptionnel et la grossesse, jusqu'à la fin de la première enfance (les « 1 000 premiers jours », selon l'expression adoptée par l'OMS), constituent une période de sensibilité au cours de laquelle l'environnement sous toutes ses formes qu'il soit nutritionnel, écologique, socio-économique et les modes de vie créent des marques sur le génome, influençant la santé et le risque futur de maladie d'un individu.

<sup>20</sup> Rapport de proposition d'une stratégie nationale contre l'endométriose (2022 – 2025)

Instruction N° DGOS/R4/2022/183 du 12 juillet 2022 relative à l'organisation, sur les territoires, de filières dédiées à la prise en charge de l'endométriose

Une susceptibilité ou une résistance à développer, plus tard, l'ensemble des maladies chroniques non transmissibles de l'adulte peut ainsi se créer, au gré des évolutions du contexte, notamment nutritionnel.

Une hétérogénéité des prises en charge est observée dans les différentes dimensions du suivi de la grossesse (consultations prénatales, échographies obstétricales, préparation à la naissance et à la parentalité, dont l'entretien prénatal précoce et la réduction des consommations et environnements défavorables à la santé). Les facteurs sociaux jouent un rôle majeur dans ces inégalités, les femmes en situation économique précaire présentant de manière systématique les suivis prénatals les plus insuffisants.

Le « parcours dit des 1000 premiers jours » consiste à proposer un accompagnement sécurisé et personnalisé aux parents et à offrir un meilleur suivi et accompagnement aux premiers âges de la vie. Trois moments-clés sont identifiés : l'entretien prénatal précoce, le séjour à la maternité, le retour à domicile et les premières semaines post-accouchement, qui font l'objet d'une attention particulière et de la mise en place de nouvelles modalités.

L'entretien post natal précoce est rendu obligatoire. Il doit être réalisé entre la 4<sup>ème</sup> et la 8<sup>ème</sup> semaine post accouchement. (<https://www.cnsf.asso.fr/preconisations-cnsf-enretien-postnatal-precoce>)

**Instruction n° DGCS/SD2B/DGS/SP1/2022/61 du 18 février 2022 relative à la contractualisation préfet/ARS/département en prévention et protection de l'enfance pour l'exercice 2022.**

Elle a pour objectifs l'accès à la prévention en santé pour tous les enfants, l'amélioration de la situation des enfants protégés et la production d'une meilleure convergence des réponses aux besoins des enfants et des familles.

**Instruction N° DGOS/R4/R3/R2/2021/220 du 3 novembre 2021 relative à la structuration des parcours de soins pour les enfants victimes de violences**

Elle a pour objectif de structurer, dans chaque département, une offre et des parcours de soins spécialisés en faveur de l'enfance en danger, graduée et coordonnée.

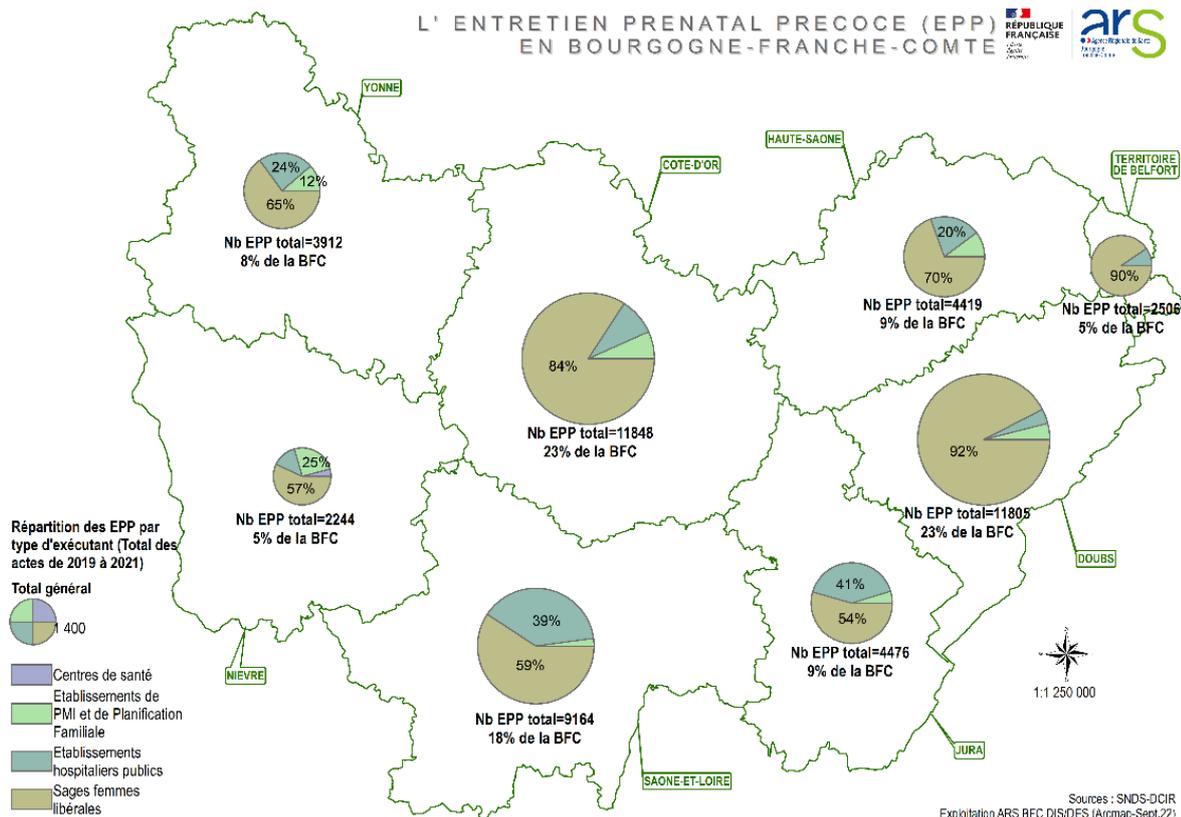
## 2) PRINCIPALES REALISATIONS REGIONALES DEPUIS 2018

Les 5 dernières années ont été marquées par l'apparition du concept des 1000 premiers jours et sa vulgarisation à travers les évolutions du domaine périnatal, nécessaires au regard d'une meilleure connaissance de l'exposome, des inégalités sociales de santé qui s'accroissent, d'une démographie des professionnels en baisse continue, des souhaits des femmes et des parents d'être davantage pris en considération.

L'entretien prénatal précoce (EPP) est reconnu comme un moment clé des 1000 premiers jours et a fait l'objet d'un large déploiement dans la région depuis 2018.

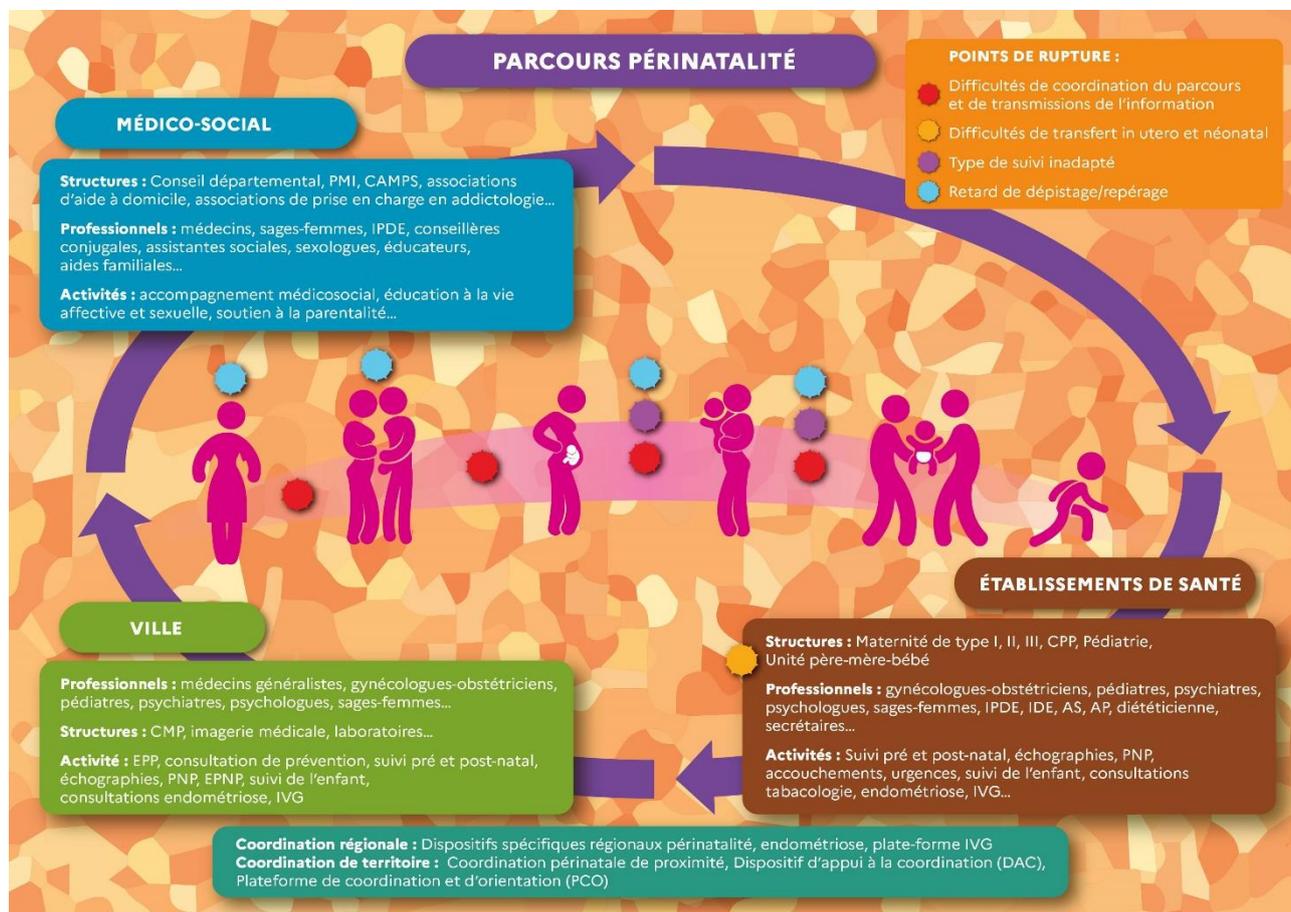
L'analyse des taux d'EPP réalisés en Bourgogne-Franche-Comté montre une disparité de la répartition des type d'exécutants. Ainsi, il peut être constaté une plus forte proportion d'EPP réalisés par les sages-femmes libérales sur les territoires ayant engagé une dynamique territoriale de parcours de prise en charge.

L' ENTRETIEN PRENATAL PRECOCE (EPP) EN BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE



Cartographie répartition des Entretiens Périnataux Précoces par territoire et par type de structure

3) SCHEMA DES POINTS DE RUPTURE



La coordination régionale de ce parcours est portée par les **dispositifs régionaux en périnatalité** (DSR)<sup>21</sup>

La déclinaison régionale est assurée par : les coordinations périnatales de proximité le cas échéant, les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) et les Plateformes de coordination et d'orientation (PCO).

Ces déclinaisons territoriales peuvent être portées au sein des contrats locaux de santé.

Le **DSR EndoBFC**<sup>22</sup> a par ailleurs la charge d'organiser la structuration d'une offre de soins graduée sur l'ensemble du territoire de Bourgogne-Franche-Comté *via* la mise en place d'une filière dédiée à la prise en charge de l'endométriose.

#### 4) OBJECTIFS

---

**Objectif 1 : Préserver la santé de toutes les femmes en leur permettant d'être orientées, accompagnées et d'accéder aux dispositifs spécifiques dédiés à l'IVG, à l'endométriose**

*A noter que l'assistance médicale à la procréation (AMP) relève d'une fiche dédiée dans le livret Activités de soins et que la santé sexuelle fait l'objet d'une fiche spécifique dans le livret prévention.*

##### Objectifs opérationnels :

- 1- Renforcer l'information et la formation des professionnels de 1er recours notamment en s'appuyant sur les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)
- 2- Favoriser le recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) dans des conditions de sécurité sur l'ensemble du territoire, notamment par une offre diversifiée en orthogénie répondant aux évolutions réglementaires
- 3- Organiser la structuration d'une offre de soins graduée dans l'ensemble du territoire de BFC en mettant en place une filière dédiée à la prise en charge de l'endométriose

**Objectif 2 : Décliner la politique des 1000 premiers jours en région BFC : promouvoir collectivement un environnement favorable et organiser un parcours individuel médico-psycho-social coordonné, sécurisé et adapté des futurs parents et des nouveau-nés, tenant compte des vulnérabilités.**

##### Objectifs opérationnels :

- 1- Proposer à tous les futurs parents une consultation pré-conceptionnelle
- 2- Proposer à tous les parents un parcours personnalisé sécurisé, du projet de grossesse au post-accouchement et renforcé aux moments-clés, intégrant systématiquement le co-parent : l'entretien prénatal précoce, le séjour à la maternité, le retour à domicile et les premières semaines post-accouchement, l'entretien post natal précoce
- 3- Consolider le dépistage anténatal, néo-natal et dans les premières années de vie pour favoriser des accompagnements et prises en charge précoces des troubles du développement
- 4- Développer l'articulation entre les dispositifs de suivis des enfants vulnérables et les plateformes de coordination et d'orientation (PCO)

<sup>21</sup> Instruction N°DGOS/PF3/R3/DGS/MC1/2015/227 du 3 juillet 2015 relative à l'actualisation et à l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité dans un cadre régional.

<sup>22</sup> Instruction N° DGOS/R4/2022/183 du 12 juillet 2022 relative à l'organisation, sur les territoires, de filières dédiées à la prise en charge de l'endométriose

*Objectif 3 : Adapter l'offre aux besoins du territoire en tenant compte des disparités territoriales, des attentes sociétales des parents et de la démographie médicale et maïeutique*

**Objectifs opérationnels :**

- 1- Co-développer avec les usagers et les acteurs une filière physiologique innovante intégrant les maternités, les maisons de naissance, les professionnels libéraux
- 2- Poursuivre et soutenir le déploiement des staffs médicaux ville/hôpital
- 3- Mettre en œuvre, dans tous les établissements identifiés par la DGOS, de l'hébergement temporaire non médicalisé des femmes enceintes et de la prise en charge des transports correspondants dans tous les établissements
- 4- Développer l'hospitalisation de jour en obstétrique permettant d'améliorer l'accessibilité aux soins des populations les plus éloignées des plateaux techniques et des populations vulnérables

*Objectif 4 : Structurer l'organisation des dispositifs régionaux en périnatalité*

**Objectifs opérationnels :**

- 1- Décliner les modalités d'organisation et de contractualisation des dispositifs spécifiques régionaux (DSR), sur la base de la future circulaire précisant leur cahier des charges et leurs modalités de fonctionnement
- 2- Soutenir en lien avec les maternités des CHU une démarche de coopération des DSR de Bourgogne-Franche-Comté
- 3- Conforter le financement et l'organisation des déclinaisons territoriales des DSR en périnatalité

**Exemples d'actions :**

- ⊙ Prise en charge facilitée de l'IVG médicamenteuse par les professionnels libéraux.
- ⊙ Maintien de l'offre complète en établissement pour la prise en charge des IVG chirurgicales.
- ⊙ Commissions d'orthogénie portées par les deux DSR de périnatalité à conforter sur le territoire.
- ⊙ Actions de communication grand public et professionnels sur l'IVG et l'endométriase.
- ⊙ Actions de communication grand public et professionnels afin de promouvoir la consultation pré-conceptionnelle.
- ⊙ Mise en place dans le premier trimestre d'une consultation d'« orientation de suivi » en établissement de santé favorisée.
- ⊙ Systématisation des consultations pédiatriques anténatales en cas de grossesse à risque.
- ⊙ Déploiement de l'entretien post-natal précoce.

**RESULTATS ATTENDUS**

- Généralisation de la réalisation des entretiens prénatals précoces.
- Augmentation de la densité de professionnels garantissant l'accès à l'IVG.
- Diffusion d'outils d'informations relatives à l'endométriase, à destination des professionnels et des patientes.
- Mise en place des hébergements temporaire non médicalisés : 100 % des maternités (cible à 5 ans).

## 5) PARTENARIATS

---

- Acteurs régionaux et partenaires de politiques publiques (départements, région, collectivités, etc...)
- Dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité de Franche-Comté et de Bourgogne
- Dispositif spécifique régional endométriose
- Dispositif d'appui à la coordination
- Plateformes de coordination et d'orientation
- Ordres des sages-femmes et des médecins
- URPS des sages-femmes et des médecins
- Etablissements de santé : maternités, centres périnataux de proximité
- Centres de santé sexuelle
- Associations d'utilisateurs
- Protection Maternelle Infantile des 8 Conseils Départementaux de BFC
- Communautés Professionnelles Territoriales de Santé.

## 6) TRANSVERSALITE

---

- ⦿ Livret activités de soins – Gynécologie - Obstétrique
- ⦿ Livret prévention – PRSE 4.

## 4.2.3 PARCOURS HANDICAP

### 1) CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

La loi du 11 février 2005 donne la définition suivante du handicap: « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

#### *Quelques chiffres :*

Peu de chiffres sont disponibles sur le handicap mais d'après les chiffres clés de l'aide à l'autonomie 2021 de la CNSA, en France, « 4,3 millions de personnes de 20 à 59 ans vivant à domicile, ont une ou des limitations fonctionnelles et/ou une reconnaissance administrative de handicap et/ou un handicap ressenti » soit environ un adulte sur sept<sup>23</sup>. ».

#### **Les troubles du neuro-développement :**

De la même façon que pour les données globales sur le handicap, il est difficile de disposer de données précises selon les différents troubles/déficiences. Néanmoins, on estime que la prévalence des différents Troubles du Neuro-Développement (TND) est en constante augmentation. Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), ils touchent 5 % de la population, soit environ 35 000 naissances par an<sup>24</sup>. Selon la Délégation interministérielle à la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement, chaque année près de 10 % des enfants naîtraient avec un trouble du neuro-développement<sup>25</sup>.

Concernant les troubles psychiques, 1 personne sur 5 est touchée chaque année par un trouble psychique soit 13 millions de personnes<sup>26</sup>. Selon un rapport de la Cour des comptes de 2020, « les troubles psychiques sont la déficience principale au sein de l'AAH (plus de 40 % des entrées dans l'AAH-2 dans certains départements) »<sup>27</sup>.

Concernant les enfants, « 427 822 élèves en situation de handicap étaient scolarisés à la rentrée en 2019 dont 361 174 en milieu ordinaire. »<sup>28</sup> sur l'ensemble du territoire national.

<sup>23</sup> Source : les chiffres clés de l'aide à l'autonomie 2021, CNSA :

[https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa\\_chiffres\\_cles\\_2021\\_interactif.pdf](https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_chiffres_cles_2021_interactif.pdf)

<sup>24</sup> Source : site internet de la Stratégie Nationale Autisme et des troubles du neuro-développement : <https://handicap.gouv.fr/la-strategie-nationale-autisme-et-troubles-du-neuro-developpement?source=1cfe601b-4736-44b9-92c5-9a7e24ccaf6c>

<sup>25</sup> Source : Livret d'observations partagées Parents et Professionnels de la petite enfance – DIA TND 2021 :

[https://handicap.gouv.fr/sites/handicap/files/2022-](https://handicap.gouv.fr/sites/handicap/files/2022-01/Livret%20rep%C3%A9rage%20professionnel%20petite%20enfance%20060122.pdf)

[01/Livret%20rep%C3%A9rage%20professionnel%20petite%20enfance%20060122.pdf](https://handicap.gouv.fr/sites/handicap/files/2022-01/Livret%20rep%C3%A9rage%20professionnel%20petite%20enfance%20060122.pdf)

<sup>26</sup> Source : Observatoire de la Mutualité française, juin 2021 : Santé mentale : la Mutualité Française présente son Observatoire et 10 propositions ([mutualite.fr](http://mutualite.fr))

<sup>27</sup> Source : Rapport de la Cour des Comptes sur l'AAH, novembre 2019 : L'allocation aux adultes handicapés (AAH) | Cour des comptes ([ccomptes.fr](http://ccomptes.fr))

<sup>28</sup> Source : les chiffres clés de l'aide à l'autonomie 2021, CNSA :

[https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa\\_chiffres\\_cles\\_2021\\_interactif.pdf](https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_chiffres_cles_2021_interactif.pdf)

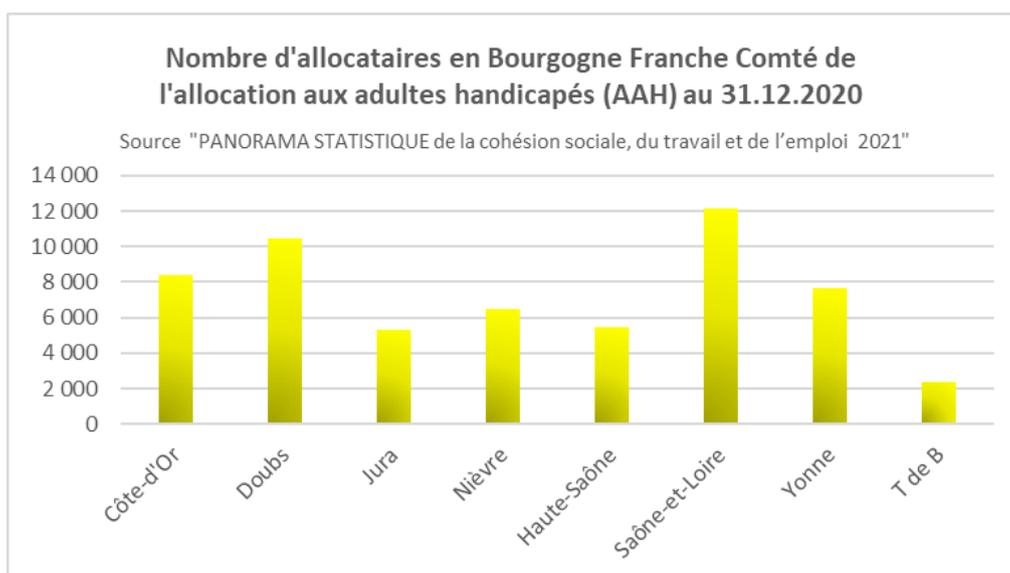
### Les maladies neuro-évolutives :

Quant aux Maladies Neuro-Evolutives (MNE), elles constituent un défi pour notre système de santé et pour la politique de recherche française et internationale car elles se caractérisent, pour les plus fréquentes (Alzheimer et maladies apparentées, maladie de Parkinson, Sclérose en plaques...), par une évolution croissante prévisible dans les prochaines années (en France, en 2050, 2 240 000 personnes seraient atteintes de maladies d'Alzheimer et apparentées), ainsi que par la gravité de leur impact sur la qualité de vie des personnes atteintes notamment celles des « malades jeunes » âgés de moins de 65 ans (dont la prévalence est sous-estimée).

### Les aidants :

Enfin, en ce qui concerne les aidants, en France, 8 à 11 millions de personnes (dont certains d'âge scolaire) soutiennent un proche en perte d'autonomie pour des raisons liées à l'âge, au handicap, à une maladie chronique ou invalidante. Leur nombre ira croissant dans les années à venir puisque l'on estime que, sur le seul champ des personnes âgées, il y aura trois fois plus de personnes de plus de 85 ans en 2050. Or « Acteurs invisibles » indispensables à un accompagnement de qualité et notamment dans le cadre du soutien à domicile, ces aidants témoignent, pour au moins la moitié d'entre eux, de difficultés à concilier vie professionnelle/situation d'aide, de problèmes de santé liés à cette situation et de difficultés à s'accorder du répit.

Tout comme au niveau national, en Bourgogne-Franche-Comté, l'évaluation des besoins en matière de handicap repose sur une faible quantité de données disponibles. Elle s'appuie en partie sur les informations communiquées par les MDPH, notamment en ce qui concerne le nombre de personnes bénéficiant de prestations de compensation du handicap, comme par exemple le nombre de personnes bénéficiant de l'allocation aux adultes handicapés.



En Bourgogne-Franche-Comté, la part des allocataires de l'AAH dans la population âgée de 15 ans à 64 ans est de **3,9** contre **3,3** en France

(source PANORAMA STATISTIQUE de la cohésion sociale, du travail et de l'emploi 2021)

## 2) PRINCIPALES REALISATIONS REGIONALES DEPUIS 2018

---

Le précédent Schéma Régional a permis de grandes avancées dans la prise en charge du handicap avec par exemple :

- Le déploiement des Instituts Médico-Educatifs (IME) « répit » permettant des accueils temporaires d'enfants sur une amplitude de 365 jours par an dans chaque département.
- L'ouverture des 11 plateformes de répit et de soutien aux proches aidants (PFR) couvrant notre région, au secteur du handicap.
- Le déploiement des Plateformes de Coordination et d'Orientation Troubles du Neuro-Développement pour les enfants de 0-6 ans (PCO TND 0-6 ans) sur toute la région.
- Le développement des Equipes Mobiles d'Appui médico-social à la Scolarisation des élèves en situation de handicap (EMAS) et des Pôles d'Accompagnement Scolaire (PAS).

La crise sanitaire liée à l'épidémie de COVID-19, a permis de tirer des enseignements et a contribué, à certains égards, à la transformation de notre système de santé pour le rendre davantage inclusif, comme par exemple avec la mise en place des communautés 360°. Elle a également mis davantage en lumière certaines difficultés persistantes dans les parcours des personnes en situation de handicap, et notamment les problématiques d'accès aux soins somatiques.

D'autres enseignements ont été tirés des mesures d'urgence prises pendant la pandémie, comme proposer une évolution du droit susceptible de faciliter la transformation des établissements et services médico-sociaux (ESMS) concernés pour limiter la segmentation structurelle du secteur.

## 3) LES ENJEUX DU PARCOURS

---

L'enjeu du parcours est de mettre en œuvre auprès de nos partenaires du social, du sanitaire, de l'Education Nationale, etc. toute l'expertise du secteur médico-social au service des personnes en situation de handicap.

Ces actions s'organisent autour **de certaines étapes clés des parcours de vie** des personnes en situation de handicap comme :

- le repérage, le dépistage et le diagnostic qui restent une difficulté pour certains types de handicap, avec des retards importants entraînant des risques de sur-handicap, ou d'aggravation de la perte d'autonomie. C'est le cas des Troubles du Neuro-Développement et des Maladies Neuro-Evolutives, mais aussi de la problématique spécifique des enfants à risque de déficience auditive ;
- l'inclusion scolaire et professionnelle qui nécessite un appui et une expertise spécifique du secteur médico-social auprès des partenaires, pour les rendre possible ;
- ou encore l'accès aux soins somatiques qui génère d'importants points de rupture dans les parcours des personnes en situation de handicap, particulièrement pour celles qui sont dites dyscommunicantes.

De l'enjeu plus global de **transformation du secteur médico-social** pour apporter des réponses souples, modulaires, innovantes, inclusives, adaptées aux besoins des personnes en situation de handicap<sup>29</sup>, à partir des établissements et services médico-sociaux et des dispositifs rattachés (Pôles de Compétences et de Prestations Externalisées (PCPE) par exemple). Cela passe par :

- Une diversification des modes de prises en charge permettant de s'adapter aux besoins des personnes et à l'évolution de chaque situation ;
- Un soutien aux acteurs du secteur grâce à des outils facilitant les accompagnements et les coopérations (numérique, formations, etc.).

Le parcours handicap est construit autour des constats des différents rapports publiés ces dernières années, notamment :

- Rapport Denis Piveteau, « Experts, acteurs, ensemble ..... pour une société qui change »<sup>30</sup>.
- Rapport mondial sur le handicap de l'OMS<sup>31</sup>.
- Rapport sur l'accès aux soins et à la santé des personnes handicapées de Pascal Jacob<sup>32</sup>.
- Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), « Mieux répondre aux attentes des personnes en situation de handicap »<sup>33</sup>.
- Rapport de la commission des 1000 premiers jours<sup>34</sup>, notamment les actions en faveur du soutien à la vie intime, affective, sexuelle et à la parentalité des personnes en situation de handicap, la prévention et le repérage des situations de vulnérabilité et de risque de handicap.

Ainsi, le parcours handicap se donne pour objectif de répondre à l'ambition d'une société inclusive, rendue possible par la mise à disposition d'une expertise et d'une diversité des modalités de réponse du secteur médico-social garantissant à l'ensemble des personnes en situation de handicap l'accessibilité universelle selon leurs choix et leurs besoins : accès à l'éducation, accès à l'emploi, accès à un logement, accès à la culture, droit à une vie intime, affective et sexuelle...

Pour aller vers cette société inclusive, les différents rapports cités ci-dessus partagent une philosophie commune sur :

- le partenariat systématique avec d'autres acteurs dans l'idée d'une co-construction des ressources mises à disposition ;
- la proposition de formules intermédiaires entre l'hébergement en structure médico-sociale et le logement inclusif en privilégiant l'autodétermination des personnes et l'émergence de leurs besoins ;
- les financements rénovés pour une plus grande souplesse des accompagnements ;
- les autorisations territorialisées portées par plusieurs personnes morales pour fluidifier les prises en charge.

<sup>29</sup> Cf livret Offre – évolution de l'offre médico-sociale

<sup>30</sup> [https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2022/02/experts\\_acteurs\\_ensemble\\_rapport\\_final\\_modif.pdf](https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2022/02/experts_acteurs_ensemble_rapport_final_modif.pdf)

<sup>31</sup> <https://www.autonomia.org/article/rapport-mondial-sur-le-handicap-est-paru-1-000-000-000-de-personnes-handicapees-dans-le-monde>

<sup>32</sup> <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-piacob-0306-macarlotti.pdf>

<sup>33</sup> <https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2021-010r-rapport.pdf>

<sup>34</sup> <https://www.1000-premiers-jours.fr/fr>

Il s'agit donc d'assurer la continuité des actions déployées dans le cadre de ce parcours depuis 2016, pour permettre la mise en œuvre, avec tous les acteurs de notre région, des recommandations de ces rapports et des axes des différents plans nationaux :

- la démarche nationale « réponse accompagnée pour tous » et ses 4 axes<sup>35</sup>.
- la Stratégie Nationale Autisme au sein des Troubles du Neuro-Développement (SNA-TND) 2018-2022<sup>36</sup>.
- le troisième schéma national handicaps rares 2021-2025<sup>37</sup>.
- la stratégie quinquennale sur l'évolution de l'offre médico-sociale 2017-2021, et son volet concernant le polyhandicap<sup>38</sup>.
- la stratégie agir pour les aidants 2020-2022<sup>39</sup>, ainsi que la feuille de route maladies neuro-dégénératives notamment dans son volet concernant les « malades jeunes » âgés de moins de 65 ans<sup>40</sup>.

Si le parcours décline, pour chacun de ces plans, des objectifs spécifiques relatifs aux besoins des personnes en situation de handicap et/ou de perte d'autonomie, ceux-ci s'inscrivent néanmoins dans une approche transversale visant à répondre aux points de rupture qui peuvent être communs à ces différentes populations (personnes porteuses de TND, « malades jeunes » MNE, polyhandicap...) voire à tous. Cependant, concernant les problématiques spécifiquement liées au handicap psychique, celles-ci sont déclinées dans le parcours santé mentale.

La réponse à ces enjeux nécessite donc d'accompagner la transformation de notre système de santé, en permettant :

- De **repérer et de diagnostiquer** le handicap ou les troubles à l'origine de la perte d'autonomie plus précocement, afin de démarrer, au plus tôt, les accompagnements adaptés et ce, dans un objectif d'éviter les sur-handicaps et/ou de retarder la perte d'autonomie.
- De **renforcer le pouvoir d'agir** des personnes handicapées en allant vers une décision globale d'orientation concomitante de l'examen des droits, en généralisant l'appui à l'élaboration du projet personnel, tout en élargissant les possibilités d'accueil et d'accompagnement temporaire sans orientation préalable, car cela constitue un axe important des politiques en faveur des personnes en situation de handicap.
- De **développer des réponses inclusives** aux besoins des personnes en situation de handicap, que ce soit à l'école, dans l'emploi, à domicile... et la prise en compte de leurs besoins en toute circonstance et de soutenir leurs proches aidants.
- De **diffuser largement l'innovation** et de **développer les usages du numérique** et des nouvelles technologies pour permettre de mieux outiller les opérateurs et de coordonner les actions de tous les professionnels autour de la personne.
- D'**accompagner la formation des professionnels** et l'amélioration continue de la qualité, de rendre les métiers du secteur médico-social, notamment, plus attractifs.

<sup>35</sup> <https://handicap.gouv.fr/une-reponse-accompagnee-pour-tous>

<sup>36</sup> <https://handicap.gouv.fr/la-strategie-nationale-autisme-et-troubles-du-neuro-developpement>

<sup>37</sup> <https://handicap.gouv.fr/handicaps-rares-un-3e-schema-national-pour-consolider-laccompagnement-des-personnes-et-familles>

<sup>38</sup> <https://handicap.gouv.fr/polyhandicap-amelioration-des-droits-des-personnes-polyhandicapees>

<sup>39</sup> <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/autonomie/article/agir-pour-les-aidants>

<sup>40</sup> <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-neurodegeneratives/article/feuille-de-route-maladies-neuro-degeneratives-2021-2022>

## 4) OBJECTIFS

---

*Objectif 1 : Favoriser le repérage, le dépistage, le diagnostic et l'accompagnement le plus précocement possible et améliorer l'annonce et la reconnaissance du handicap*

### Objectifs opérationnels :

- 1- Améliorer l'annonce de la déficience et assurer un accompagnement médico-social précoce
- 2- Poursuivre la structuration de l'offre de diagnostic et d'interventions précoces, en particulier pour les Troubles du Neuro-Développement (TND) et des Maladies Neuro-Evolutives (MNE), permettant une offre graduée de qualité, en proximité dans les territoires
- 3- Favoriser l'entrée des personnes porteuses de handicap au sein de parcours de santé et apporter une réponse/un accompagnement medico-social(e) de qualité à ces personnes et à leurs aidants

### Exemples d'actions :

- ⊙ Formation des professionnels du secteur médico-social et sanitaire (particulièrement sur les maladies neuro-évolutives et les troubles du neuro-développement) tant sur le diagnostic et son annonce, que sur la prise en charge précoce.
- ⊙ Actions d'information et de communication auprès des professionnels de santé pour sensibiliser aux problématiques du handicap.

### RESULTATS ATTENDUS

- Une structuration de la filière de diagnostic, lisible pour les familles et les professionnels, permettant des prises en charge plus précoces et des parcours plus fluides.
- Une expression des usagers et des échanges publics/professionnels favorisés.

*Objectif 2 : Renforcer le pouvoir d'agir des personnes en situation de handicap et améliorer l'accès aux droits.*

### Objectifs opérationnels :

- 1- Améliorer l'accès à l'information et à la connaissance de leurs droits
- 2- Promouvoir la communication et l'expression des personnes souffrant de handicap, notamment des personnes jeunes atteintes de maladies neuro-évolutives
- 3- Créer une dynamique d'accompagnement et de soutien par les pairs en reconnaissant l'expertise des personnes
- 4- Favoriser l'accès à la vie affective et sexuelle des personnes en situation de handicap et les accompagner dans leur parentalité<sup>41</sup>

---

<sup>41</sup> Cf livret prévention

**Exemples d'actions :**

- ⊙ Développement et évolution des programmes d'actions d'éducation thérapeutiques du patient (ETP) avec formation à destination des proches aidants.
- ⊙ Soutien au déploiement de dispositifs au bénéfice de l'autodétermination et de facilitateurs.
- ⊙ Rendre les documents et les informations accessibles aux personnes par la méthode du Facile à Lire et à Comprendre (FALC) et développer la communication améliorée alternative (CAA).
- ⊙ Déployer une offre de service d'accompagnement à la périnatalité et la parentalité des personnes en situation de handicap.

**RESULTATS ATTENDUS**

- Une meilleure reconnaissance de l'expertise d'usage des personnes en situation de handicap et un recueil, des envies et des besoins de la personne, facilité.
- Une amélioration de la qualité de vie des personnes et proches aidants.

*Objectif 3 : Accompagner les personnes dans une logique d'inclusion et prendre en compte leurs besoins, choix, et envies en toute circonstance, dans un souci d'autodétermination.*

**Objectifs opérationnels :**

- 1- Rendre le système éducatif plus inclusif
- 2- Favoriser l'accès, le maintien et le retour dans l'emploi des personnes en situation de handicap et des « malades jeunes » atteints de maladies neuro-évolutives
- 3- Renforcer l'accès aux soins et à la prévention des personnes en situation de handicap
- 4- Faire évoluer l'offre pour apporter plus de souplesse et de nouvelles modalités d'accompagnement adaptées (dont une palette de solutions diversifiées pour les personnes en situation de handicap vieillissantes), soutenir la citoyenneté par une meilleure inclusion sociale
- 5- Soutenir les proches aidants dont font partie les aidants familiaux : renforcer et pérenniser l'offre existante (répit, soutien...) et faire émerger de nouvelles offres

**Exemples d'actions :**

- ⊙ Diffusion de flyer des dispositifs favorisant l'école inclusive.
- ⊙ Promouvoir les actions de transformation des établissements et services d'aide par le travail (ESAT).
- ⊙ Intégration des personnes dans les dispositifs de droit commun.
- ⊙ Formation, organisation et articulation des intervenants des plateformes et dispositifs de répit dans les territoires pour une équité de traitement et un accompagnement de proximité adapté, de qualité (soutien psychologique, activités collectives, remplacement temporaire de l'aidant au domicile...).

**RESULTATS ATTENDUS**

- Une insertion professionnelle en milieu ordinaire facilitée pour les jeunes, un accès à l'emploi et à la formation pour davantage de personnes en situation de handicap.
- Le développement de réponses en milieu ordinaire permettant le soutien à domicile et l'inclusion sociale des personnes en situation de handicap, et un accompagnement des proches aidants.

*Objectif 4 : Développer l'innovation et les usages du numérique pour mieux outiller les acteurs et les personnes<sup>42</sup>*

**Objectifs opérationnels :**

- 1- Favoriser l'innovation dans l'accès aux soins des personnes en situation de handicap (e-santé)
- 2- Outiller les acteurs de la filière de diagnostic des troubles du neuro-développement pour permettre des échanges de données sécurisés et une meilleure coordination
- 3- Améliorer la fluidité des parcours, la coordination des acteurs, le suivi des malades jeunes atteints de maladie neuro-évolutive en s'appuyant sur la e-santé et les outils numériques

**Exemples d'actions :**

- ⊙ Mise à disposition d'un système d'information dédié notamment à la filière de diagnostic des troubles du neuro-développement, au suivi des malades jeunes atteints de maladie neuro-évolutive.
- ⊙ Utilisation de la télémédecine/télé-expertise, notamment pour faciliter l'accès à des expertises spécifiques (centres experts par exemple).
- ⊙ Utilisation d'outils numériques et de nouvelles technologies au service de l'amélioration de l'accompagnement des personnes en situation de handicap

**RESULTATS ATTENDUS**

- Des échanges de données de santé sécurisés et une circulation de l'information plus fluide entre les partenaires permettant un traitement plus efficace et plus rapide des données pour une orientation et une prise en charge améliorée des personnes.
- Une coordination améliorée entre les partenaires, permettant de mieux répondre aux besoins des usagers et de leur famille et proches aidants.

*Objectif 5 : Accompagner la formation des professionnels, l'amélioration continue de la qualité et rendre les métiers du secteur médico-social plus attractifs*

**Objectifs opérationnels :**

- 1- Favoriser l'interconnaissance entre les acteurs des différents champs (sanitaire/médico-social, enseignants/médico-social (croisement des pratiques))
- 2- Promouvoir les recommandations de bonnes pratiques professionnelles
- 3- Développer des actions en faveur de l'attractivité des métiers
- 4- Adapter la formation aux besoins des professionnels libéraux, des intervenants du domicile et/ou des équipes œuvrant en institution, pour la prise en compte des problématiques des malades jeunes atteints de maladie neuro-évolutive

<sup>42</sup> Cf livret innovation - esanté

**Exemples d'actions :**

- ⊙ Offrir un programme de formations prenant appui sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles en matière de troubles du neuro-développement (START, programme régional de formation TND dans le cadre de la politique des 1000 premiers jours...).
- ⊙ Proposition d'actions de formation sur les maladies neuro-évolutives agréés pouvant s'inscrire dans le cadre du développement professionnel continu/DPC (« patients jeunes »...).
- ⊙ Mise à disposition d'un panel d'offres de formation (présentiel *in situ*/e-learning, Mooc, format, etc...) des professionnels de tout champ, grâce aux outils numériques (plateforme du pôle gérontologique, ...).
- ⊙ Poursuivre le déploiement des plateformes départementales des métiers de l'autonomie (5 plateformes mises en place en 2022, extension à programmer sur les départements non couverts).

**RESULTATS ATTENDUS**

- Renforcement de la qualité de vie au travail des intervenants par une meilleure préparation aux difficultés spécifiques liées à la maladie et au handicap et à la gestion de leurs conséquences au quotidien.
- Amélioration de la qualité de vie des personnes en situation de handicap et des proches aidants par une réponse adaptée à leurs besoins spécifiques, prenant appui sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles en vigueur et les données de la science.

**5) PARTENARIATS**

- Conseils départementaux
- Maisons départementales de personnes handicapées (MDPH)
- Education Nationale pour la scolarisation des enfants et jeunes adultes handicapés
- Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS), dont Plan régional pour l'insertion des travailleurs handicapés (PRITH)
- Délégation régionale académique à la jeunesse, à l'engagement et aux sports (DRAJES)
- Assurance Maladie
- Conseil Régional et organismes de formation continue
- Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ)
- Dispositif d'appui à la coordination
- Ensemble des associations concernées

**6) TRANSVERSALITE**

- ⊙ Livret prévention – prévention universelle
- ⊙ Livret attractivité
- ⊙ Livret innovation
- ⊙ Livret offre de santé – évolution de l'offre médico-sociale
- ⊙ Livret offre de santé – contractualisation et coopération.

## 4.2.4 PARCOURS GRAND AGE

Cette fiche s'attache à décrire les actions mises en œuvre en faveur des personnes âgées tout au long de leur parcours afin de répondre à leurs besoins et à leur état de santé : de la prévention à l'entrée potentielle en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), en mettant tout en œuvre pour privilégier le maintien à domicile des personnes.

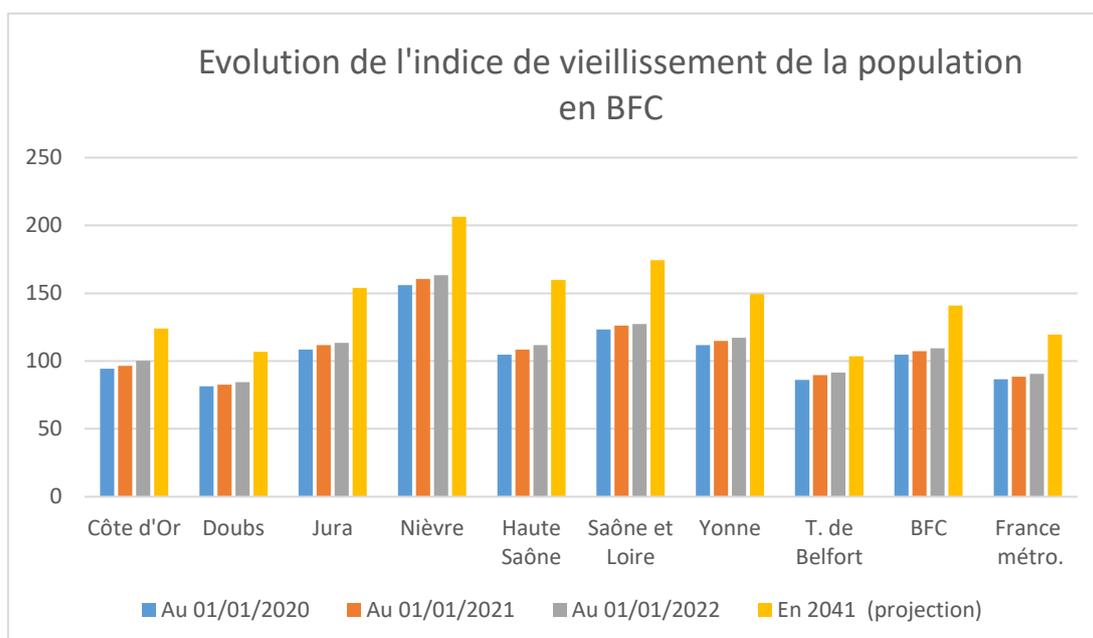
### 1) CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

Les progrès de la médecine entraînent une augmentation du nombre de personnes qui vieillissent. Ces personnes âgées, majoritairement de plus de 75 ans, présentent des pathologies chroniques qui peuvent s'accompagner de plusieurs handicaps. Celles-ci sont vulnérabilisées et leur accompagnement comme la prise en charge médicale sont complexes et nécessitent la mobilisation de compétences dans le champ éthique, médical, social et un travail coordonné en interdisciplinarité.

#### *Les évolutions démographiques attendues*

D'après les études menées par l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), la région Bourgogne-Franche-Comté dénombre 316 608 personnes âgées de 75 ans et plus au 01/01/2023<sup>43</sup>. Elle est l'une des régions françaises les plus avancées en âge, puisque les personnes de plus de 75 ans représentent 11% de la population régionale (10% au niveau national, métropole).

En Bourgogne-Franche-Comté, en 2021<sup>44</sup>, selon l'indice de vieillissement<sup>45</sup>, pour 100 personnes âgées de moins de 20 ans, 107 personnes sont âgées de plus de 65 ans. Ce ratio est à 88,5 en France métropolitaine. Cet indice de vieillissement atteindrait, selon la projection de l'INSEE, 141 en BFC en 2041, contre 119,5 en France.



<sup>43</sup> Source : Insee, estimations de population (données provisoires arrêtés au 1<sup>er</sup> janvier 2023)

<sup>44</sup> Source-insee/ Données 2021 : Statist 2021, ARS BFC

<sup>45</sup> Indice de vieillissement = nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans.

En Bourgogne-Franche-Comté, la population **âgée potentiellement dépendante approcherait** quant à elle les 85 000 habitants pour la région en 2020, soit une progression de 12 % par rapport à 2014.

En France, les Maladies Neuro-Evolutives (MNE), (Alzheimer et maladies apparentées, maladie de Parkinson, Sclérose en plaques...) vont également connaître une évolution croissante au regard de l'évolution démographique des prochaines années (en 2050, 2 240 000 personnes seraient atteintes de maladies d'Alzheimer et apparentées), caractérisées par la gravité de leur impact sur la qualité de vie des personnes atteintes.

## 2) PRINCIPALES REALISATIONS REGIONALES DEPUIS 2018

---

Au cours de la période 2018-2023, de nombreuses avancées ont permis d'apporter des réponses aux points de ruptures qui avaient été identifiés.

Concernant **la filière gériatrique**, chaque territoire de groupement hospitalier de territoire (GHT) dispose d'une **Hotline gériatrique** qui vient en appui des établissements de santé et des professionnels de santé (à domicile comme en établissements médico-sociaux) pour les situations d'urgence ou en cas de besoin d'une expertise gériatrique permettant de différer une hospitalisation, de la programmer, ou de faciliter une prise en soin du patient sur son lieu de vie.

En parallèle, les **équipes mobiles de gériatrie** ont été renforcées afin de développer leur activité et notamment les interventions en extrahospitalier sur le lieu de vie des personnes. Des filières d'admission non programmée évitant des passages aux urgences, parfois traumatisant, se sont également mises en place.

Dans le cadre de la **conférence des financeurs**, des actions de prévention spécifiques à chaque territoire sont financées chaque année. A cela s'ajoute des appels à projets qui permettent de financer des actions de prévention au sein des EHPAD en complémentarité du programme OMEGAH.

Sur la **prise en charge psychiatrique**, il existe désormais une unité psychiatrique pour personne âgée rattachée à un EHPAD dans tous les départements.

### *Un plan d'action documenté et objectif*

Plusieurs rapports viennent structurer les actions à mener en faveur des personnes âgées :

**Le rapport Libault**<sup>46</sup>, qui au travers de 21 recommandations, pose de premiers jalons opérationnels pour préfigurer ce que pourrait être un « service public territorialisé de l'autonomie », déployé dans l'ensemble du territoire national, avec notamment :

- Un guichet unique pour les personnes âgées en perte d'autonomie, les personnes en situation de handicap, les aidants, ainsi que les professionnels de santé et le secteur médico-social.
- Un bouquet de services large, lisible et évolutif (accueil, information et sensibilisation, orientation et mise en relation, actions de repérage et de prévention...).
- Un rapprochement territorialisé des différents acteurs de l'autonomie dans le cadre d'un guichet unique qui permet de proposer un bouquet de services large, visible et évolutif.

---

<sup>46</sup> [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_libault\\_spta\\_vdef.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_libault_spta_vdef.pdf)

**Le rapport Jeandel-Guérin** de juin 2021,<sup>47</sup> propose 25 recommandations pour une prise en soins adaptée des patients et des résidents afin que les établissements demeurent des lieux de vie. Ce rapport se décline en grandes parties notamment : 1/évolution de la prise en soin, 2/évolution des ressources humaines au sein des EHPAD, 3/évolution du modèle financier, 4/numérique et réglementation.

Faire face au défi du vieillissement et à ses conséquences recouvre plusieurs enjeux d'ordre sanitaire, financier, éthique, organisationnel et sociétale.

Cette littérature constitue une base de travail riche et précieuse pour mettre en place un plan d'actions répondant aux objectifs du "bien vieillir", priorité retenue dans le cadre du conseil national de la refondation.

### *Faire reculer la perte d'autonomie*

Quatre facteurs de risques majeurs sont identifiés chez les personnes âgées à savoir : les chutes, la dénutrition, la iatrogénie médicamenteuse et la dépression. Ces facteurs entraînent une augmentation des hospitalisations qui ont des conséquences délétères sur les personnes âgées.

Les actions de prévention développées doivent répondre à ces problématiques mais elles doivent également permettre de lutter contre l'isolement des personnes âgées et apporter des réponses en matière d'amélioration du logement et de fourniture d'aides techniques.

### *Bien vieillir chez soi*

En parallèle, le souhait des personnes âgées de rester le plus longtemps possible à domicile est plus que jamais d'actualité. Le soutien au maintien à domicile doit pouvoir être gradué en fonction de l'évolution des besoins des personnes. La transition entre la prise en charge à domicile et l'entrée en institution doit être préparée très en amont et nécessite de décloisonner les secteurs d'intervention. En ces sens, l'intervention des dispositifs d'appui à la coordination est primordiale.

Dans le même temps, la démographie médicale et paramédicale en souffrance est responsable d'un défaut d'accès aux soins et génère des fragilités territoriales.-En effet, le secteur de l'accompagnement et du soin subit depuis plusieurs années un manque d'attractivité, amplifié par la crise sanitaire nécessitant la mise en place d'actions concrètes en faveur des métiers de ce secteur.

La réponse proposée doit être globale, transversale et pluridisciplinaire. Elle inclut les champs de la prévention, des soins, et de l'accompagnement. Elle vise à optimiser l'existant et innover en matière d'organisation des soins et de prise en charge. Elle tend à agir très en amont de l'entrée en dépendance par un repérage des personnes à risque, en mobilisant l'ensemble des acteurs, en articulation avec les schémas départementaux de l'autonomie.

---

<sup>47</sup> [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_jeandel-guerin.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_jeandel-guerin.pdf)

### *Vers une prise en charge décloisonnée et coordonnée*

Cela nécessite une meilleure structuration des filières gériatriques dans chaque territoire et la diffusion d'une culture de l'expertise gériatrique afin notamment de mieux repérer les fragilités et de mettre en place des actions de prévention adaptée.

Dans chaque territoire, une organisation qui a fait ces preuves lors de la crise sanitaire liée au COVID, a été mise en place sur la base d'un point unique d'entrée (hotline gériatrique et Equipe Mobile de Gériatrie) et a été confortée par les derniers textes et les financements dans le cadre du plan d'action régional des urgences (PARU). Ces organisations sont à pérenniser.

Les dispositifs existants seront complétés par la création de **Centre de Ressources Territorial (CRT)**. Ces derniers ont été créés par l'article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 (article L. 313-12-3 du CASF). Ils comportent deux modalités d'intervention qui seront menées conjointement :

- Volet 1 : Mission d'appui aux professionnels du territoire.
- Volet 2 : Mission d'accompagnement renforcé pour des personnes âgées en perte d'autonomie nécessitant un accompagnement à domicile plus intensif : en alternative à l'EHPAD.

Le **décret n° 2022-731 du 27 avril 2022** modifie l'article D. 312-155 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) pour mettre en œuvre cette nouvelle mission de « Centre de Ressources Territorial » et prévoir les coopérations avec les établissements de santé du territoire afin de bénéficier de l'appui du secteur sanitaire.

La mission de « centre de ressources territorial » pourra être portée par un EHPAD ou par un service à domicile. Elle doit permettre aux personnes âgées de vieillir chez elles, le plus longtemps possible, grâce à un accompagnement renforcé à domicile, lorsque l'accompagnement classique, déjà assuré par un service d'aide ou de soins à domicile, n'est plus suffisant. Il s'agit de développer une alternative à l'entrée à l'établissement. Pour les situations complexes, les CRT devront coopérer étroitement avec les dispositifs d'appui à la coordination.

En synthèse, les principales orientations régionales doivent répondre aux objectifs suivants :

- Reconnaître la personne âgée comme actrice et partenaire à part entière de sa prise en charge tout au long de son parcours.
- Favoriser les conditions d'un soutien à domicile de qualité par un meilleur repérage des fragilités et un renforcement de la prévention de la perte d'autonomie.
- Structurer les filières gériatriques pour réduire les hospitalisations inadéquates et les passages évitables aux urgences.
- Identifier les spécificités du parcours des personnes atteintes de maladies neuro-évolutives et accompagner leurs aidants.
- Adapter l'offre de prise en charge en établissement médico-social à l'augmentation de l'âge et de la dépendance ainsi que du niveau croissant de soins requis.

## Un parcours mieux coordonné



### 3) LES RUPTURES DU PARCOURS

---

- 1 Difficulté d'obtention du consentement éclairé.
- 2 Méconnaissance des recours et des actions de prévention de proximité.
- 3 Déficit de programmes d'éducation thérapeutique spécifique aux personnes âgées du fait de la lourdeur de la procédure administrative.
- 4 Insuffisance d'informations consolidées et partagées sur l'état de santé de la personne à domicile en cohérence avec la multiplicité des intervenants.
- 5 Insuffisance au repérage des fragilités entraînant un défaut d'anticipation de l'évènement.
- 6 *Turn over* croissant nécessitant un renouvellement des formations des professionnels.
- 7 Problème d'attractivité des métiers du grand âge.
- 8 Risque de maltraitance.
- 9 Problème de démographie sanitaire et d'accès au soin.
- 10 Recours systématique aux urgences même dans les situations où cela n'est pas nécessaire.
- 11 Prise en charge dans un service de soins inadapté à l'état de la personne et/ou en inadéquation avec ses besoins.
- 12 Sortie d'hospitalisation mal préparée et délai de prise en charge à domicile élevé.
- 13 Inadaptation des réponses aux troubles du comportement chez la personne âgée.
- 14 Méconnaissance et manque de lisibilité de l'offre et de son accès pour les professionnels, les acteurs et les usagers.

### 4) OBJECTIFS

---

*Objectif 1 : Reconnaître la personne âgée comme actrice et partenaire à part entière de sa prise en charge tout au long de son parcours*

#### Objectifs opérationnels :

- 1- Replacer la personne âgée au centre des préoccupations et des décisions
- 2- Mettre en place les conditions permettant au patient de donner son consentement éclairé

#### Exemples d'actions :

- ⊙ Identifier et utiliser des moyens et outils favorisant chez la personne âgée l'expression individuelle et collective.
- ⊙ Mettre en place des outils rendant l'offre lisible et accessible dans l'ensemble du territoire y compris au niveau financier.
- ⊙ Développer une prise en charge et un accompagnement individualisé en EHPAD.
- ⊙ Garantir l'accès aux soins palliatifs aux personnes âgées en situation de fin de vie, par une réflexion anticipée avec des personnels formés et recours à une équipe experte en soins palliatifs en cas de besoin.
- ⊙ Former les professionnels à la réflexion éthique, à la démarche palliative et les soutenir dans l'accompagnement de fin de vie (recours aux équipes mobiles de soins palliatifs, HAD...).
- ⊙ Renforcer les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP).

**RESULTATS ATTENDUS**

- Toute personne âgée peut exprimer ses besoins et est entendue.
- Réorganisation et installation des Conseils de la Vie Sociale dans tous les établissements.
- Accompagnements individualisés.

*Objectif 2 : Favoriser les conditions d'un soutien à domicile de qualité par un meilleur repérage des fragilités et un renforcement de la prévention de la perte d'autonomie*

**Objectifs opérationnels :**

- 1- Repérer et prévenir les situations de fragilité à domicile, en mettant l'accent sur les principaux facteurs de risques (chutes, dénutrition, dépression, iatrogénie médicamenteuse, troubles sensoriels et neurocognitifs)
- 2- Restructurer l'offre à domicile afin de fluidifier et de décloisonner la prise en charge
- 3- Renforcer le soutien aux aidants (Formation des aidants, offres de répit, groupe de paroles...) en pérennisant les dispositifs existants et en faisant émerger de nouvelles offres en concertation avec l'ensemble des partenaires impliqués

**Exemples d'actions :**

- ⊙ Mettre en œuvre les actions du plan anti chute 2022-2024.
- ⊙ Déployer d'ici mi 2025 les services autonomie à domicile afin d'assurer la cohérence des interventions entre l'aide et le soin et permettre aux personnes accompagnées ainsi qu'à leurs aidants d'avoir un interlocuteur unique dans un même territoire.
- ⊙ Créer et/ou renforcer les plateformes de répit à destination des aidants et des personnes accompagnées en privilégiant les offres intégrées (transport, solutions de suppléance auprès de la personne aidée durant les prestations proposées à l'aidant ou en l'absence de celui-ci du domicile).
- ⊙ Prestation inter-régimes des caisses de retraite CARSAT et MSA pour financer le relayage des aidants de personnes âgées fragiles en partenariat avec l'ARS
- ⊙ Ateliers « équilibre où en êtes-vous ? » et « nutrition où en êtes-vous ? » des ateliers Bons Jours.

**RESULTATS ATTENDUS**

- Réduction des chutes de 20% en 3 ans à l'horizon 2024 (cf plan anti chute)
- Développement de l'offre intégrée aide et soins
- Maillage territorial équilibré pour offrir à l'ensemble des couples aidants/aidés résidents en Bourgogne-Franche-Comté l'accès à une offre plurielle homogène sur l'ensemble du territoire

*Objectif 3 : Structurer les filières gériatriques dans le territoire régional pour réduire les hospitalisations inadéquates et les passages évitables aux urgences*

*A noter que les services de médecine et de médecine d'urgence font l'objet d'une fiche dédiée dans le livret activité de soins*

**Objectifs opérationnels :**

- 1- Conforter la complémentarité entre les centres experts en gériatrie et les acteurs de la filière gériatrique
- 2- Adapter la réponse aux besoins d'expertise gériatrique
- 3-Faire évoluer l'offre notamment par une palette de solutions diversifiée pour les personnes handicapées vieillissantes
- 4- Encourager le recours à l'hébergement temporaire pour éviter les hospitalisations inadéquates en secteur sanitaire
- 5- Limiter le passage aux urgences uniquement aux situations non évitables en prévenant celles générées par la situation médico-sociale
- 6- Renforcer la coordination entre les établissements de santé et les EHPAD
- 7- Promouvoir la fonction d'Infirmier en Pratique Avancé (IPA)

**Exemples d'actions :**

- ⊙ Intégrer les hôpitaux de proximité dans la filière gériatrique territoriale.
- ⊙ Articuler la filière gériatrique avec la filière psychiatrique et/ou géronto-psychiatrique dans le cadre des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT).
- ⊙ Contractualisation avec les structures d'Hébergement Temporaire (HT) autour des missions attendues (offre de répit, de transition ou d'urgence notamment pour sécuriser le retour à domicile).
- ⊙ Anticiper et préparer les sorties d'hospitalisation en lien étroit avec les professionnels de santé de proximité (médecin traitant, infirmier, services proposant un dispositif de sortie d'hospitalisation, service à domicile...).
- ⊙ En complément des hotlines gériatriques, instaurer une communication médicale directe entre EHPAD et établissements de santé (ES) (ligne directe, messagerie sécurisée de santé, eTICSS).

**RESULTATS ATTENDUS**

- Amélioration de la structuration de la filière gériatrique.
- Un recours organisé à l'avis d'un psychiatre pour la personne âgée.
- Augmentation du taux d'occupation des places d'hébergement temporaire ciblé entre 50 et 90 %.
- Diminution des passages inutiles aux urgences.
- Mise à disposition d'une boîte à outils (convention, protocole, formation...).

*Objectif 4 : Faciliter l'entrée des personnes âgées atteintes de maladies neuro-évolutives au sein de parcours de santé et améliorer la qualité de la réponse apportée à ces personnes et à leurs aidants*

**Objectifs opérationnels :**

- 1- Améliorer l'information des professionnels, des représentants d'utilisateurs et des personnes atteintes de maladie neuro évolutives
- 2- Adapter la formation des professionnels, des personnes atteintes de maladies neuro-évolutives et de leurs aidants

#### **Exemples d'actions :**

- ⊙ Créer et développer des outils de communication adaptés (plateforme collaborative, outils numériques/multimédias, smartphone, réseaux sociaux...) en collaboration avec les représentants d'associations d'utilisateurs et professionnels de terrain concernés.
- ⊙ Mettre en place des formations et renforcer les actions d'éducation thérapeutique pour répondre aux besoins des professionnels (intervenant du secteur sanitaire, médico-social, social...), des utilisateurs et des proches aidants.
- ⊙ Définition d'une offre de prise en charge et de gradation pour les maladies neuro-évolutives

#### **RESULTATS ATTENDUS**

- Meilleure connaissance des orientations déclinées, des dispositifs existants et des actions mises en place en région, en favorisant l'expression des utilisateurs et les échanges public/professionnels, ainsi que la mobilisation des professionnels, des patients et des familles autour de projets co-construits.
- Rationalisation et optimisation de l'offre de formation (Mooc, format, etc.).

*Objectif 5 : Adapter l'offre de prise en charge à l'augmentation de l'âge et de la dépendance à l'entrée en établissement médico-social*

#### **Objectifs opérationnels :**

- 1- Diminuer les facteurs de risques d'aggravation de la dépendance (chutes, dénutrition, dépression, iatrogénie médicamenteuse)
- 2- Renforcer la professionnalisation des personnels aux pathologies relevant des syndromes démentiels et des troubles psycho-comportementaux
- 3- Favoriser la mise en œuvre de l'Hospitalisation A Domicile (HAD) en EHPAD<sup>48</sup>

#### **Exemples d'actions :**

- ⊙ Poursuivre le déploiement des modules de prévention du programme Objectif Mieux Être Grand Âge en Hébergement (OMEGAH).
- ⊙ Adapter les formations des personnels pour améliorer la connaissance de ces pathologies et de leurs conséquences.
- ⊙ Echanger dans le cadre du groupe régional de l'hospitalisation à domicile (HAD).

#### **RESULTATS ATTENDUS**

- Mise en place, dans chaque EHPAD, d'au moins une action de prévention du programme OMEGAH.
- Evolution positive du ratio Assistants en Soins en Gérontologie/Aides-Soignants.
- Respect des choix de la personne.
- Augmentation du nombre de résidents pris en charge en hospitalisation à domicile.

<sup>48</sup> Cf Livret Activités de soins – hospitalisation à domicile

**Objectif 6 : Accompagner la fin de vie par une prise en charge de qualité et respectueuse de la personne**  
 A noter que les soins palliatifs font l'objet d'une fiche dédiée dans le livret Offre.

#### **Exemples d'actions :**

- ⊙ Faire connaître les droits aux personnes âgées et à leur proches en matière de fin de vie (personne de confiance, directives anticipées).
- ⊙ Garantir l'accès aux soins palliatifs aux personnes âgées en situation de fin de vie, par une réflexion anticipée avec des personnels formés et recours à une équipe experte en soins palliatifs en cas de besoin.
- ⊙ Former les professionnels à la réflexion éthique, à la démarche palliative et les soutenir dans l'accompagnement de fin de vie (recours aux équipes mobiles de soins palliatifs, HAD...).
- ⊙ Renforcer les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP).

#### **RESULTATS ATTENDUS**

- Mise en place dans chaque EHPAD d'une convention avec une équipe mobile de soins palliatifs
- Amélioration de la formation des professionnels de santé

### **5) PARTENARIATS**

---

- Conseils départementaux
- Conférences de financeurs
- Centres experts
- Professionnels de santé par le biais des Unions Régionales des Professionnels de Santé
- Instituts de formation paramédicaux
- Dispositifs d'appui à la coordination
- Communautés professionnelles territoriales de santé
- Caisses de retraite inter-régimes
- Pôle de gérontologie et de l'innovation
- Fédérations sanitaires, sociales et médico-sociales
- Associations d'usagers
- Observatoire des médicaments, dispositifs médicaux et innovations thérapeutiques (OMEDIT)
- Services à domicile.

### **6) TRANSVERSALITE**

---

- ⊙ Livret prévention
- ⊙ Livret offre de santé
- ⊙ Livret activités de soins - médecine
- ⊙ Livret activités de soins – soins médicaux et de réadaptation
- ⊙ Livret activités de soins – soins de longue durée.

### 1) CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

Les conduites addictives, avec ou sans substance sont prégnantes en France et demeurent une priorité d'action en terme de prévention et de prise en charge pour les pouvoirs publics malgré les améliorations récentes en terme de prévalence. Elles restent également la première cause de mortalité évitable en France. Au-delà de la mortalité, leurs impacts médicaux (maladies chroniques entre autres) et sociaux sont multiples.

Toutes les catégories de la population sont potentiellement concernées par les addictions mais certains publics sont plus vulnérables notamment les adolescents.

Il importe ainsi de souligner la vulnérabilité particulière du cerveau de l'adolescent aux substances psychoactives dans le cadre du processus de maturation cérébrale (jusqu'à 25 ans). Quel que soit le produit considéré, la précocité de l'expérimentation et de l'entrée dans la consommation accroît les risques de dépendance ultérieure et les dommages conséquents. Le marketing/publicité à destination des adolescents ainsi que leur appétence à expérimenter et à rechercher des sensations rendent ce public d'autant plus vulnérable.

La consommation de tabac, d'alcool et de cannabis chez les adolescents français a diminué au cours des 10 dernières années, en particulier entre 2018 et 2021 et après l'apparition de l'épidémie de covid-19 en 2020 (*étude HBSC-OMS Europe- Enquête ENCLASS 2021 chez les élèves de 3ème*).

L'alcool reste la substance la plus fréquemment utilisée par les adolescents français, puisqu'en 2021, 2 élèves sur 3 en ont consommé. La consommation de cannabis, comme celle du tabac et de l'alcool est en déclin rapide chez ces jeunes ; en 2021, 9,1 % des élèves de troisième ont goûté au cannabis, soit près de 3 fois moins qu'en 2010 (23,9 %).

Ces résultats montrent qu'il semble que la pandémie ait accéléré la tendance à la baisse de la consommation d'alcool, de tabac et de cannabis chez les jeunes français élèves de 3ème.

Ces résultats sont concordants avec ceux de l'enquête ESCAPAD 2022<sup>49</sup> menée sur des jeunes de 17 ans. Depuis la précédente enquête de 2017, tous les niveaux d'usage de drogues ont baissé, en particulier celui du tabagisme (15,6 % d'usagers quotidiens, soit 10 points de moins qu'en 2017). A noter qu'en parallèle, l'usage de la cigarette électronique a augmenté fortement (3 fois plus d'usagers quotidiens), porté par une consommation féminine en très forte progression. L'expérimentation du cannabis chute de 9 points et celle d'alcool de 5 points. On retrouve pour toutes les drogues une situation défavorable des jeunes en apprentissage ou de ceux sortis du milieu scolaire pour lesquels les niveaux d'usage sont toujours supérieurs aux lycéens (facteur 5 pour le cannabis chez les jeunes non scolarisés).

D'après le dernier *Baromètre santé de 2021*, (BEH n°26) 25,3 % des 18-75 ans (12 millions) consomment quotidiennement du tabac (26,9 % en 2017). Ce taux varie de 21,7 % à 29,1 % selon les régions de France métropolitaine. Avec un taux de 26,7 %, la Bourgogne-Franche-Comté se situe dans la moyenne des régions métropolitaines de France.

<sup>49</sup> [https://www.ofdt.fr/files/6016/7836/5975/OFDT\\_Tendances\\_ESCAPAD\\_VF.pdf](https://www.ofdt.fr/files/6016/7836/5975/OFDT_Tendances_ESCAPAD_VF.pdf)

Une hausse du tabagisme quotidien est néanmoins observée entre 2019 et 2021 parmi les femmes (de 20,7 % à 23 %) et parmi les personnes n'ayant aucun diplôme ou un diplôme inférieur au baccalauréat (de 29 % à 32 %).

En 2021, 30,3 % des fumeurs quotidiens avaient fait une tentative d'arrêt d'au moins une semaine au cours des 12 derniers mois et 7 030 284 traitements mensuels d'aide à l'arrêt du tabac ont été vendus en pharmacie durant cette année-là<sup>50</sup>.

Le tabac est le 1<sup>er</sup> facteur de risque de cancer évitable et est impliqué dans le développement de 17 types de cancer. Le tabac reste la première cause de mortalité évitable (73 000 décès par an), de mortalité précoce (avant 65 ans), de mortalité par cancer (45 000 décès par an) et de mortalité par maladies cardiovasculaires (16 500 décès par an).

Selon le *Baromètre santé 2017*, 10 % des adultes âgés de 18 à 75 ans déclarent un usage quotidien d'alcool (soit 5 millions de Français). Selon l'Etude « *Richard et al., 2019* », les profils de consommation et les comportements sont très différenciés avec une hétérogénéité qui se traduit par la quantité d'alcool bue : 10 % des 18-75 ans consomment 58 % de la quantité d'alcool consommée déclarée. Selon cette même étude, les consommations quotidiennes se transforment avec une évolution vers une pratique plus ponctuelle mais un niveau de consommation important particulièrement chez les jeunes adultes.

L'alcool est la 1<sup>ère</sup> cause évitable de mortalité avant 30 ans et la 1<sup>ère</sup> cause d'hospitalisation en France. Il est à l'origine de 41 000 décès/an (16 000 décès par cancer, 9 900 décès par maladies cardiovasculaires, 6800 décès par maladie digestives, 5 400 accidents ou suicide et 3 000 par maladie mentale, troubles du comportement...). En 2019, 87 900 condamnations pour conduite en état alcoolique ont été prononcées.<sup>51</sup>

D'après le dernier *Baromètre santé de 2021* retranscrit dans les chiffres clés 2022 de l'OFDT, les usages de cannabis chez les français de 18 à 75 ans sont en baisse. Cette baisse est essentiellement portée par les plus jeunes 18-34 ans. Le niveau d'usage régulier demeure stable voire augmente légèrement parmi les adultes de plus de 35 ans. L'usage quotidien de cannabis en région Bourgogne Franche-Comté, en 2021 est de 0,7 % parmi les 18-64 ans (1,7 % France métropolitaine) ; de 1,9 % pour l'usage régulier (3 % France métropolitaine), de 4,5 % pour l'usage dans le mois (5,9 % France métropolitaine), 7,9 % pour l'usage dans l'année (10,6 % France métropolitaine), et 44 % pour l'expérimentation (47,3 % France métropolitaine).

<sup>50</sup> Drogues et Addictions- chiffres clés 2022-OFDT

<sup>3</sup> <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efxol2cc.pdf>

<sup>4</sup> <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epcxet2d3.pdf>

<sup>5</sup> <https://pieje.addictions-sedap.fr/uploads/downloads/0001/01/8110546122617609cd209229f516951c41fcb97b.pdf>

<sup>51</sup> Drogues et Addictions- chiffres clés 2022-OFDT

Par ailleurs, la consommation de cocaïne est un sujet de préoccupation grandissant. Depuis les années 2000, on constate une banalisation de l'usage de ce produit. La cocaïne bénéficie à tort d'une image positive liée à la fête, à la sociabilité et à la performance au travail, et ce désormais dans tous les milieux sociaux. Les 18-64 ans (notamment la tranche 18-34 ans) sont de plus en plus nombreux à expérimenter la substance (1,2 % en 1995 contre 6,3 % en 2017) tandis qu'en parallèle l'expérimentation est en baisse chez les jeunes de 17 ans (diminuée de moitié entre 2014 et 2022). Selon l'OFDT, le nombre de consommateurs dans l'année est estimé à 600 000 en 2020 ce qui place la cocaïne au second rang des produits illicites les plus consommés en France.

Selon le *Baromètre des usages d'écrans en France publié par la MILDECA*, la généralisation des usages numériques des français de plus de 15 ans s'est maintenue en 2022, et les conduites problématiques se sont développées en particulier chez les jeunes. L'étude ENJEUX-Mineurs<sup>52</sup> confirme que plus d'un tiers des 15 à 17 ans (34,8 %) jouent à des jeux d'argent et de hasard. L'initiation se fait autour de 13,3 ans en moyenne et avec les parents. Les activités en ligne diffèrent selon les âges et les usagers quotidiens intensifs sont deux fois plus nombreux chez les 15-24 ans que chez leurs aînés. L'OFDT, dans sa publication *2022 des chiffres clés Drogues et addictions* indique que 47,2 % des 18-75 ans ont joué à un jeu d'argent et de hasard (chiffre 2019). 38,9 % des jeunes de 17 ans déclarent une pratique de jeu (chiffre 2017). L'enquête récente *E-Games 2021*, indique que 33 % des joueurs seraient des joueurs à risques.

Le temps passé devant un écran est corrélé à une moins bonne forme physique, des problèmes de santé mentale et de développement social (MILDECA 2018). Un élève sur huit aurait un usage problématique du jeu vidéo (OFDT 2019)

Malgré ces améliorations en terme de prévalence, la France se situe dans le top 5 des pays européens en terme de consommation de tabac, d'alcool et de cannabis (2<sup>ème</sup> rang pour la prévalence cannabis chez les 15-75 ans ; 4<sup>ème</sup> rang pour la prévalence alcool et 5<sup>ème</sup> rang pour la prévalence tabac)<sup>53</sup>.

### *Le parcours : des acteurs multiples...*

Du fait du caractère multifactoriel des addictions, la prise en charge nécessite une approche globale, avec des interventions diversifiées et coordonnées.

Dans cette logique de prise en charge globale, l'addictologie fait donc appel à l'ensemble des secteurs :

#### ❖ **La prévention** (cf Livret Prévention - thématique Addictions)

- la prévention individuelle portée d'une façon générale par les professionnels de santé, centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues (CAARUD) et les associations d'usagers ;
- la prévention collective quant à elle, repose sur le déploiement des programmes probants basés sur le développement des compétences psycho-sociales (CPS). Elle est portée essentiellement par les CSAPA dans une logique d'intervention précoce, ou par des associations locales.

<sup>52</sup> <https://pieje.addictions-sedap.fr/uploads/downloads/0001/01/8110546122617609cd209229f516951c41fcb97b.pdf>

<sup>53</sup> Drogues et Addictions- chiffres clés 2022-OFDT

- ❖ **Les soins de ville** : les professionnels de santé de 1<sup>er</sup> recours, les Maisons de Santé Pluri-professionnelles, les réseaux de santé et depuis 2020 les microstructures médicales en addictologie (MSMA) dans le cadre de l'expérimentation article 51, et les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).
- ❖ **Les établissements médico-sociaux** :
  - les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) qui déploient des Consultations Jeunes Consommateurs (CJC et CJC Avancées), des dispositifs d'aller-vers (antennes, consultations avancées, équipes mobiles précarité/grossesse), une offre d'appartements thérapeutiques en addictologie et des missions spécifiques (CSAPA référents pénitentiaires, CSAPA référents Addictions sans substance...);
  - les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques auprès des Usagers de Drogue (CAARUD) également pourvus d'un dispositif mobile sur le département d'implantation, dont l'activité est complétée par un dispositif régional de réduction des risques et des dommages à distance
- ❖ **Les établissements du champ sanitaire** : unités d'addictologie hospitalières hiérarchisées en trois niveaux. L'offre sanitaire en addictologie est assurée dans notre région par deux types de structures sanitaires :
  - les établissements de santé dont les établissements de santé mentale ;
  - les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR/SMR) spécialisés en addictologie.

Il existe par ailleurs 11 unités sanitaires dispensant des soins aux détenus au sein des centres pénitentiaires. A noter en Bourgogne-Franche-Comté, l'ouverture en 2020, d'une structure régionale entièrement dédiée à la prise en charge des troubles cognitifs liés aux addictions, au sein d'un SMR A.

### *... coordonnés pour une approche globale*

Ainsi, la diversité des acteurs et des aides mobilisées permet de proposer un accompagnement pluridisciplinaire, dans une logique de transversalité et de complémentarité, adapté aux besoins de la personne. L'approche parcours de santé en addictologie est essentielle pour apporter des réponses individuelles adaptées et proportionnées à chaque situation. Elle vise également à permettre la continuité des soins entre les différentes structures et professionnels mobilisés tout au long de la prise en charge des patients.

Les réponses, adaptées en fonction de l'usage (ou mésusage), doivent porter sur toutes les formes d'addictions, qu'elles soient liées à une ou plusieurs substances psychoactives (alcool, drogues illicites, tabac, médicaments...) ou à un comportement (addiction aux jeux par exemple). La réduction des risques et des dommages poursuit son développement, tout en étant partie intégrante du processus de soin. Le parcours de santé en addictologie se déploie en cohérence avec les différents **plans nationaux et régionaux** :

- La stratégie nationale de santé et les 25 mesures phares du plan de prévention (mars 2018).
- Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives porté par la MILDECA.
- La stratégie décennale de lutte contre les cancers 2022-2032 et plus particulièrement ses axes Tabac-Alcool.
- Le Programme National de Lutte contre le Tabagisme (2018-2022).
- Le Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis (PRAPS).
- Le Plan Régional Santé au Travail 4 (PRST4).

Depuis 2018, le Fonds de Lutte Contre les Addictions (FLCA) est un levier régional significatif de dynamisation des actions conduites dans le champ des addictions. Chaque année, il contribue au financement de nouvelles actions nationales, régionales et locales permettant d'amplifier les moyens de lutte en région.

## 2) PRINCIPALES REALISATIONS REGIONALES DEPUIS 2018

### Objectif général n°1 : Diminuer les consommations de substances addictives

<b>Promotion/ Prévention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Construction d'un référentiel d'intervention régional partagé en prévention des addictions, en s'appuyant sur des données probantes et organisation de temps de sensibilisation pour l'ensemble des partenaires.</li> <li>➤ Mise en œuvre du Réseau Régional d'Appui à la Prévention et Promotion de la Santé (RRAPPS) et des commissions départementales.</li> <li>➤ Financement et harmonisation de la mission prévention collective des CSAPA sur l'ensemble du territoire.</li> </ul>
<b>Mise en œuvre du P2RT</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 60 actions déployées sur la durée du plan.</li> <li>➤ Déploiement de Tab'Agir en Franche Comté.</li> <li>➤ Engagement de 32 % des ES de la région dans la démarche Lieux de Santé Sans Tabac (LSST) ; 68 % des ES spécialisés gynécologie ; 65 % des ES spécialisés cancérologie.</li> <li>➤ Extension des Espaces Sans Tabac dans la région.</li> </ul>
<b>Développement des démarches d'aller-vers</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Développement des équipes mobiles de CSAPA dans 3 départements (39-25-71).</li> <li>➤ Mise en œuvre d'une équipe mobile d'addictologie à partir d'un SMR A et un CHS (métropole dijonnaise).</li> <li>➤ Déploiement de consultations avancées de CSAPA au sein des Centres Périnataux de Proximité de la région.</li> </ul>

### Objectif général n°2 : Améliorer l'efficience de la prise en charge des usagers/patients

<b>Actions auprès des personnes vulnérables (femmes enceintes consommatrices, personnes précaires et personnes sous main de justice)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Création de 3 appartements thérapeutiques en addictologie dédiés aux femmes enceintes et jeunes mères en Cote d'Or.</li> <li>➤ Renforcement des consultations avancées de CSAPA dans les Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS).</li> <li>➤ Déploiement d'équipes mobiles CSAPA « précarité ».</li> <li>➤ Acculturation à l'addictologie des professionnels des structures du social.</li> <li>➤ Renforcement et essaimage des dispositifs Travail Alternatif Payé A la Journée (TAPAJ).</li> <li>➤ Déploiement de projets dans le cadre de la justice thérapeutique en pré-sentenciel.</li> <li>➤ Renforcement de solutions d'hébergement avec la création de 8 nouveaux appartements thérapeutiques en addictologie dont 3 dédiés aux sortants de prison (71).</li> </ul>
<b>Prise en charge médico-sociale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Création de 3 antennes (21-25-39) et renforcement du maillage des consultations avancées pluridisciplinaires.</li> <li>➤ Déploiement du dispositif régional de réduction des risques à distance.</li> <li>➤ Déploiement de la téléconsultation en addictologie entre sièges et antennes.</li> <li>➤ Création d'un répertoire régional afin de rendre visible l'offre pour l'utilisateur sur un territoire donné.</li> </ul>

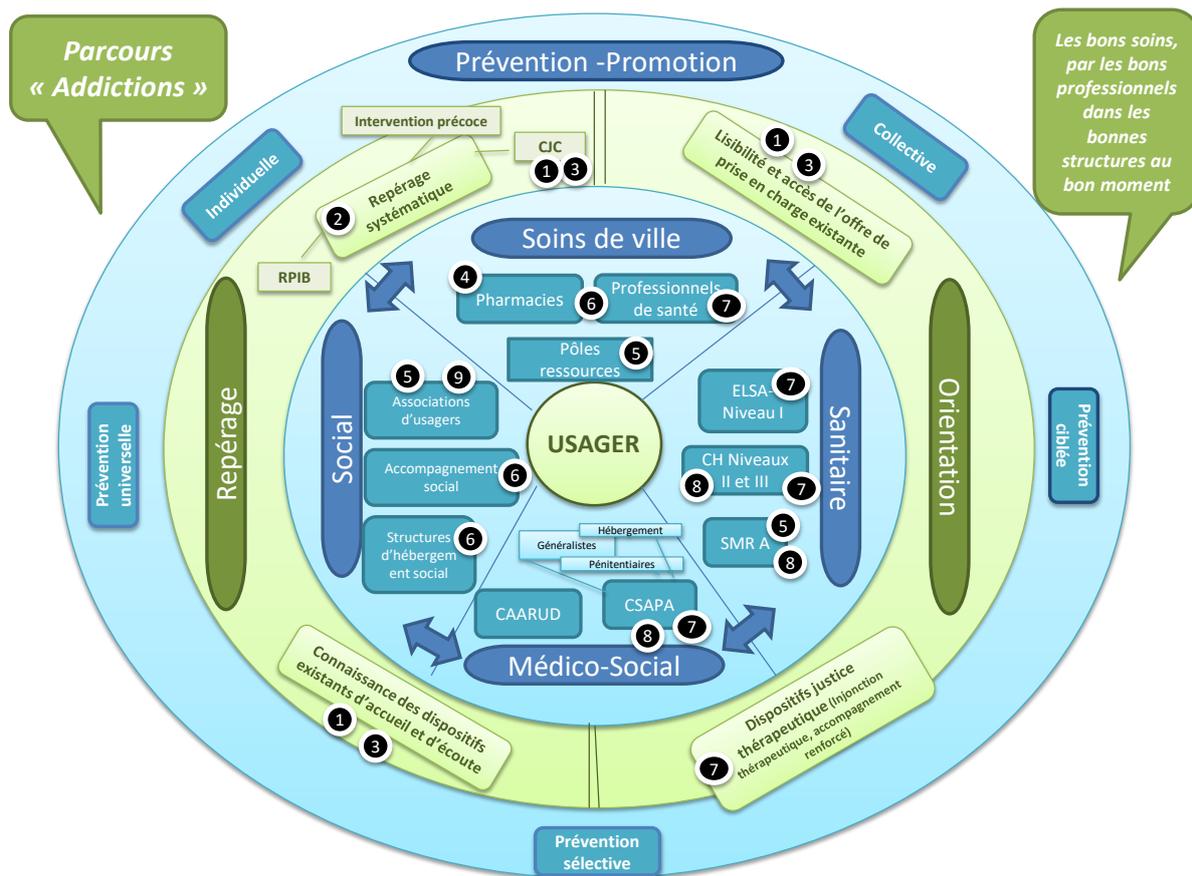
<b>Prise en charge sanitaire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Formalisation de la « prise en charge addictologie » dans les projets médicaux de territoire (PMT) des GHT.</li> <li>➤ Développement et consolidation des possibilités de prise en charge de niveau I, pour les établissements sanitaires avec services d'urgences autorisés.</li> <li>➤ Renforcement de la structuration de la filière de prise en charge en addictologie, notamment dans le Jura (Niveau II) et le Doubs (Niveau II et III).</li> <li>➤ Création d'une structure régionale de prise en charge des personnes souffrant de troubles cognitifs liés à l'alcool (TCLA).</li> </ul>
<b>Prise en charge ambulatoire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Promotion des formations à l'intervention brève, motivationnelle en addictologie, à destination des professionnels de santé libéraux et des médecins du travail.</li> <li>➤ Mise en œuvre de l'expérimentation article 51 des microstructures médicales en addictologie (MSMA).</li> <li>➤ Expérimentation de la téléconsultation.</li> </ul>

### 3) SCHEMA DES POINTS DE RUPTURE DU PARCOURS

Depuis ces 5 derniers années, des avancées notables permettent de faire évoluer certains points de rupture identifiés en 2018 :

- structuration des acteurs de la prévention des conduites addictives ;
- renforcement ou nouveaux dispositifs permettant de favoriser le travailler ensemble entre le champ de l'addictologie et le champ de l'insertion sociale et professionnelle ;
- renforcement de la filière de prise en charge sanitaire ;
- création d'une filière de prise en charge pour les patients souffrant de troubles cognitifs liés aux addictions.

Malgré ces avancées, l'aller-vers reste insuffisant au regard du nombre d'usagers à accompagner et la raréfaction des moyens médicaux et paramédicaux met en péril l'entrée dans un parcours de soins ainsi que sa fluidification.



Points de rupture du parcours « Addictions »

- 1 Manque de connaissance de ces dispositifs par les usagers et les professionnels de santé
- 2 Repérage des jeunes insuffisant
- 3 Problématique d'accessibilité en milieu rural
- 4 Programmes d'Echange de Seringues peu développés dans certains territoires
- 5 Couverture régionale insuffisante
- 6 Difficulté des professionnels de santé et du social à prendre en charge les personnes addictives
- 7 Difficultés de fonctionnement liées à la raréfaction des personnels médicaux et paramédicaux
- 8 Délai d'attente de 1<sup>ère</sup> consultation potentiellement préjudiciable à la continuité de la prise en charge
- 9 Manque de formation des bénévoles

Les sigles utilisés

- CSAPA Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
- CJC Consultation Jeunes Consommateurs
- CAARUD Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour les Usagers de Drogues
- ELSA Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie
- RPIB Repérage Précoce et Intervention Brève
- SMR A Soins Médicaux de Réadaptation en Addictologie

#### 4) OBJECTIFS

---

##### *Objectif 1 : Diminuer les consommations de substances addictives*

###### **Objectifs opérationnels :**

- 1- Agir auprès des adolescents, priorisant l'approche prévention-promotion de la santé, favorisant l'intervention précoce (Cf. *Livret prévention – addiction*)
- 2- Poursuivre la mise en œuvre du Plan régional de Lutte contre le tabagisme 3<sup>ème</sup> génération (2023-2028)

##### *Objectif 2 : Agir prioritairement auprès de certains publics éloignés du soin afin de favoriser leur entrée dans un parcours de prise en charge (jeunes, femmes enceintes, personnes en situation de précarité, personnes en situation de handicap, personnes sous-main de justice, malades chroniques)*

###### **Objectifs opérationnels :**

- 1- Favoriser les démarches d'aller-vers afin de prendre en charge les personnes éloignées du soin
- 2- Agir auprès des femmes enceintes consommatrices de substances psychoactives et son accompagnement une fois l'enfant né
- 3- Agir auprès des personnes en situation de précarité et personnes sous-main de justice, priorisant la continuité des soins en addictologie et la réinsertion
- 4- Améliorer la prise en compte des comorbidités psychiatriques

##### *Objectif 3 : Améliorer l'organisation de l'offre médico-sociale, sanitaire et ambulatoire en addictologie afin de fluidifier le parcours de soin*

###### **Objectifs opérationnels :**

- 1- Proposer une offre médico-sociale coordonnée, rationnelle et complémentaire, maillant le territoire (Cf. *Livret Offre de santé*)
- 2- Proposer une offre sanitaire, organisée et répartie sur le territoire en fonction des besoins de la population
- 3- Conforter les pôles ressources en addictologie dans le soutien aux professionnels de santé pour la prise en charge des patients souffrant d'addictions
- 4- Promouvoir l'articulation entre ces trois secteurs pour favoriser une prise en charge adaptée, graduée (prévention, intervention précoce, réduction des risques et des dommages, soin, insertion) et transdisciplinaire des personnes

**Exemples d'actions :**

- ⊙ Poursuivre le déploiement et l'ingénierie des programmes probants en prévention des conduites addictives, en lien avec l'Education Nationale, la Direction Régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt (DRAAF), la Direction Régionale de l'Economie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités (DREETS), les universités, la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ), les établissements et services médico-sociaux pour personnes en situation de handicap.
- ⊙ Poursuivre la sensibilisation de l'ensemble des partenaires, afin d'accompagner cette appropriation par les différents acteurs et d'amplifier le déploiement des programmes probants en matière de prévention des conduites addictives.
- ⊙ Poursuivre et étendre l'engagement des établissements de santé dans la démarche de lieux de santé sans tabac (LSST) définie par le Respaad.
- ⊙ Poursuivre et étendre l'engagement des collectivités territoriales dans la démarche d'Espaces sans tabac.
- ⊙ Favoriser les dispositifs d'allers-vers dans l'optique de permettre un engagement dans les soins.
- ⊙ Développer les partenariats du CSAPA avec les sages-femmes libérales et la PMI pour la prise en charge des femmes enceintes consommatrices.
- ⊙ Développer les interventions des ELSA au sein des maternités.
- ⊙ Développer la démarche LSST au sein des maternités.
- ⊙ Poursuivre le développement des consultations avancées en CHRS.
- ⊙ Poursuivre le déploiement de TAPAJ, avec pour cible : un dispositif TAPAJ par département.
- ⊙ Ajustement de la répartition des missions et des moyens des structures médico-sociales en fonction des besoins de la population couverte au regard des directives de la Direction Générale de la Santé Poursuite du déploiement de la téléconsultation en addictologie.
- ⊙ Favoriser l'intégration des Infirmiers en Pratique Avancée (IPA) psychiatrie santé mentale dans les CSAPA et dans les services hospitaliers d'addictologie.
- ⊙ Développement des missions de réduction des risques et des dommages dans les établissements sanitaires.
- ⊙ En lien avec la revalorisation financière des ELSA, développement de nouvelles offres de prise en charge sur des besoins identifiés comme insuffisamment couverts (exemple : la prise en charge dédiée aux urgences des alcoolisations massives des jeunes).
- ⊙ Renforcement dans la Nièvre de la structuration de la filière de prise en charge en addictologie (Niveau II).
- ⊙ Favoriser l'articulation entre les pôles ressources en addictologie, les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) et les Communautés professionnelles de territoire de santé (CPTS).
- ⊙ Favoriser le développement des postes partagés, y compris dans le cadre de la téléconsultation en addictologie.
- ⊙ Etendre le dispositif « Microstructures Médicales addictions » dès lors qu'il sera intégré dans le droit commun.
- ⊙ Organiser la complémentarité et l'articulation entre les dispositifs spécialisés en addictologie et les dispositifs spécialisés dans le champ de la santé mentale.

## RESULTATS ATTENDUS

- Montée en charge du déploiement des programmes probants dans la région (Cf. Livret Prévention).
- Organisation permettant de favoriser une culture commune partagée entre les différents partenaires.
- Diminution de la prévalence du tabagisme en région.
- Augmentation du nombre de patients éloignés du soin pris en charge en addictologie.
- Amélioration du repérage et de la prise en charge des femmes enceintes consommatrices.
- Amélioration du repérage et de l'entrée dans un parcours de soin et la réinsertion des personnes addictes.
- Amélioration de la prise en charge des pathologies duelles.
- Une organisation de la filière addictologie reconnue et opérationnelle dans chaque territoire.
- Mise en œuvre d'une fonction ressource en addictologie pour les professionnels de premier recours et les professionnels de l'addictologie.
- Proposition pour chaque usager d'intégrer un parcours de santé en addictologie par la « porte d'entrée » la plus adaptée à ses besoins et là où il en est dans son parcours de vie.
- Amélioration de la fluidité du parcours de soins du patient entre les différents secteurs de prise en charge.

## 5) PARTENARIATS

Les partenaires institutionnels contribuant à l'amélioration du parcours de santé en addictologie sont multiples. On peut citer les représentants de l'Assurance Maladie, de la MILDECA, de l'Education Nationale, de la PJJ, de la DRREETS, de la MSA, les représentants des fédérations, des unions régionales des professionnels de santé...

## 6) TRANSVERSALITE

- ⊙ Livret activités de soins – soins médicaux et de réadaptation
- ⊙ Livret offre – secteur médico-social.

Comme vu précédemment, le comportement « addict » est un phénomène multifactoriel, pouvant toucher l'ensemble de la population. De fait, des liens forts avec les autres thématiques traitées dans le cadre de l'approche parcours existent.

## 4.2.6 PARCOURS NUTRITION SANTE

Le parcours Nutrition-Santé cible prioritairement l'obésité et ses complications ainsi que les troubles des conduites alimentaires (TCA). Les sujets de la prévention et la dénutrition, bien qu'intégrés dans le parcours, sont essentiellement traités dans le Livret Prévention –Nutrition et Sport Santé.

### 1) CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

#### Obésité et complications

##### Données épidémiologiques

La nutrition est désormais bien identifiée comme déterminant majeur de santé publique donc un facteur de prévention des individus mais elle est aussi qualifiée de facteur de risque de nombreuses pathologies chroniques.

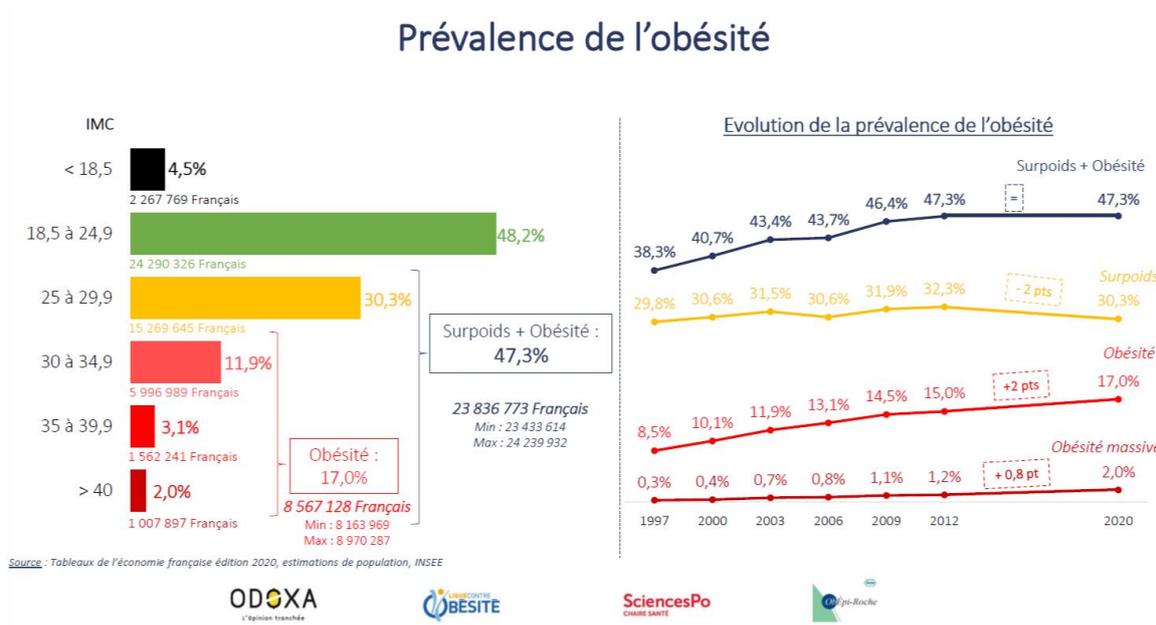
La plus connue d'entre elles est l'obésité, pathologie associée à de multiples co-morbidités, pouvant présenter des complications importantes, tant somatiques que psycho-sociales, pathologie qui est de plus d'origine multi-factorielle, ce qui rend la prise en charge complexe par nature.



Figure 1 – Répartition et prévalence de l'obésité

L'obésité progresse en France (cf. figure 1), et la Bourgogne-Franche-Comté affiche un taux de prévalence de l'obésité de 18,8 %, vs 17,0 % pour la moyenne nationale (cf. figure 2) soit plus de 8 millions de personnes concernées en France.

Figure 2 – Répartition et prévalence de l'obésité<sup>54</sup>



<sup>54</sup> Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité pour la Ligue Contre l'Obésité avec le concours scientifique de la Chaire santé de Sciences Po

Les données régionales relatives à l'obésité pédiatrique<sup>55</sup> constituées par l'évaluation annuelle de la corpulence des élèves à l'entrée au collège ces 5 dernières années montre une stabilisation de l'insuffisance pondérale, mais une augmentation significative du surpoids et de l'obésité au niveau régional.

REGION BFC	2018	2019	2020	2021	2022
<i>effectif</i>	25 009	23 801	17 669	21 381	21 210
<b>insuffisance &lt;3°</b>	3,2%	2,9%	3,2%	2,7%	3,3 %
<b>surpoids &gt;97°</b>	18,8%	19,3%	19,3%	21,0%	20,3 %
<b>IMC &lt;17</b>	2,62%	2,41%	2,61%	2,22%	2,6 %
<b>IMC &gt; 25</b>	20,21%	20,66%	20,65%	22,70%	22,0 %
<b>IMC &gt; 30</b>	4,61%	4,87%	4,84%	5,67 %	5,8 %

Figure 3 – Evolution de la prévalence de l'insuffisance pondérale et du surpoids ces 5 dernières années chez les élèves de 6ème en Bourgogne Franche Comté (2018-22)

### Cadre national et recommandations

Plusieurs évaluations et rapports élaborés au cours des dernières années, le rapport de l'IGAS « Situation de la chirurgie de l'obésité <sup>56</sup> » en 2018, le rapport de la Cour des Comptes « La prévention et la prise en charge de l'obésité <sup>57</sup> » en 2019, le récent rapport du Sénat sur la lutte contre l'obésité<sup>58</sup> montrent l'attention portée par les décideurs et les autorités sur les enjeux de santé publique et les réflexions qui s'y rapportent pour améliorer la situation, ou du moins ralentir ce qui s'apparente désormais à une épidémie de l'obésité. Certaines recommandations issues de ces rapports sont à l'origine de plusieurs textes-cadres ou nouvelles réglementations.

Parmi eux peuvent être évoqués :

Le **Programme National Nutrition-Santé – PNNS4 2019/2023** : il est essentiellement axé sur la promotion d'une nutrition satisfaisante ; il comporte des mesures environnementales et individuelles pour encourager les comportements favorables à la santé → voir la fiche SRS Nutrition-Prévention (Livret Prévention) pour la mise en œuvre régionale. A noter que le 1<sup>er</sup> objectif affiché du PNNS 4 est de diminuer de 20 % la prévalence du surpoids et d'obésité chez les enfants et adolescents, de stabiliser le surpoids des adultes et de réduire l'obésité de ces derniers de 15 %.

La **Feuille de route Prise en Charge des personnes en situation d'Obésité 2019/2022** : elle met l'accent sur les parcours de santé pour les personnes en situation d'obésité ou à risque de le devenir ainsi que sur l'importance de la fonction de coordination et de suivi. Les recommandations issues de cette feuille de route font l'objet de l'instruction n° DGOS/R4/2023/143 du 20 septembre 2023 relative à l'organisation de filières dédiées à la prise en charge de l'obésité et au cahier des charges des centres spécialisés de l'obésité (CSO).

<sup>55</sup> Etude du RéPPOP BFC - Evolution de la prévalence de l'insuffisance pondérale, du surpoids et de l'obésité en Bourgogne Franche-Comté - Etude réalisée dans le cadre du dépistage infirmier en classe de 6<sup>ème</sup> – Rapport 2021

<sup>56</sup> Rapport de l'IGAS « Situation de la chirurgie de l'obésité » – N°2017-059R - Janvier 2018

<sup>57</sup> Rapport de la Cour des Comptes « La prévention et la prise en charge de l'obésité » - Communication à la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale – Novembre 2019

<sup>58</sup> Rapport d'information du Sénat fait au nom de la commission des affaires sociale sur la lutte contre l'obésité - N° 744 - Enregistré à la Présidence du Sénat le 29 juin 2022

Les **décrets<sup>59</sup>** et **l'arrêté<sup>60</sup>** créant et définissant l'autorisation de chirurgie bariatrique.

Les **Recommandations de la Haute Autorité de Santé de février 2022 - Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent(e)**. Il est désormais recommandé de s'appuyer sur une évaluation multidimensionnelle dès le repérage d'un surpoids ou d'une obésité, et d'organiser les soins et l'accompagnement en les graduant et les modulant selon la complexité de la situation. 2 types de graduation sont distingués, la situation de surpoids ou d'obésité non complexe et la situation d'obésité complexe.

Les **Recommandations HAS juin 2022 - Obésité de l'adulte : prise en charge de 2e et 3e niveaux**. Les 3 niveaux de recours recouvrent 5 stades de sévérité de l'obésité, définis à partir de 7 paramètres de phénotypage et non plus seulement l'IMC. Les experts HAS s'accordent à mentionner que l'objectif de la prise en charge de l'obésité ne se résume pas à un objectif pondéral, mais concerne aussi l'amélioration des comorbidités, des facteurs de risque, de la qualité de vie et de la mobilité.

La prise en charge médicamenteuse de l'obésité est introduite dans les recommandations 2022.

**Le Rapport d'évaluation sur la chirurgie métabolique** établi par la Haute Autorité de Santé en date du 10 octobre 2022, à intégrer dans les travaux afférents à la chirurgie bariatrique et en lien avec le parcours Diabète Maladies Rénales Chroniques. Le terme chirurgie métabolique désigne le traitement chirurgical du diabète de type 2, et est utilisé pour la différencier de la chirurgie bariatrique dont l'objectif principal est la perte de poids.

D'autres évolutions d'importance sont à rapporter, en raison de leur intérêt dans l'organisation de la prise en charge de l'obésité, par exemple le déploiement du dispositif Mon Psy (Cf. parcours Santé Mentale), les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) et les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS).

**Les expérimentations « article 51 »** en cours, nombreuses sur le sujet de l'obésité et de la chirurgie bariatrique représentent également des perspectives d'évolution très intéressantes qui pourraient faire l'objet d'une généralisation suite à leur évaluation, à l'instar du dispositif Mission Retrouve Ton Cap. Ce dispositif<sup>61</sup> permet aux enfants de 3 à 12 ans en situation de surpoids et d'obésité non complexe de bénéficier de bilans et suivis diététique et psychologique au sein de structures sous convention avec leur CPAM, sans avance de frais ni reste à charge pour les familles<sup>62</sup>.

Les molécules médicamenteuses prochainement autorisées pour le traitement de l'obésité, élargissant l'éventail de traitements thérapeutiques, seront de nouveaux éléments de contexte éclairant la prise en charge de la pathologie.

<sup>59</sup> Décret n° 2022-1766 du 29 décembre 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des activités de soins de chirurgie, de chirurgie cardiaque et de neurochirurgie ; Décret n° 2022-1765 du 29 décembre 2022 relatif aux conditions d'implantation des activités de soins de chirurgie, de chirurgie cardiaque et de neurochirurgie ;

<sup>60</sup> Arrêté du 29 décembre 2022 fixant la liste des interventions chirurgicales mentionnées à l'article R. 6123-208 du code de la santé publique et le nombre minimal annuel d'actes pour l'activité de chirurgie bariatrique prévu à l'article R. 6123-212 du code de la santé publique et modifiant l'arrêté du 16 septembre 2022 fixant, pour un site autorisé, le nombre d'équipements d'imagerie en coupes en application du II de l'article R. 6123-161 du code de la santé publique

<sup>61</sup> Arrêté du 14/11/2022 fixant le cahier des charges destiné aux maisons de santé et aux centres de santé souhaitant mettre en place le parcours pluri-disciplinaire de prévention de l'obésité infantile

<sup>62</sup> Décret n° 2022-1394 du 31 octobre 2022 relatif aux conditions de mise en œuvre du parcours de prévention de l'obésité infantile par les centres et maisons de santé

## Troubles du comportement alimentaire restrictifs

### Données épidémiologiques

Les troubles du comportement alimentaire (TCA), correspondant à l'anorexie mentale, la boulimie, l'hyperphagie boulimique et les troubles non spécifiés constituent un enjeu majeur de santé publique. Ils débutent le plus souvent entre 14 et 20 ans mais peuvent néanmoins survenir plus tôt dans l'enfance ou à l'âge adulte. La prévalence des TCA en population générale en France est d'environ 600 000 entre 12 et 35 ans, pouvant aller jusqu'à 880 000 personnes. La caractéristique commune à ces différentes formes de TCA est de constituer des troubles psychiatriques d'origine poly-factorielle, incluant des facteurs génétiques, développementaux, psychologiques et sociaux. Ils se manifestent, outre les symptômes psychiques, par une dérégulation de la prise alimentaire, diminuée ou augmentée selon les cas.

Les TCA sont susceptibles d'évoluer vers des complications somatiques et psychiatriques graves, mettant en jeu la santé, l'insertion sociale et menaçant le pronostic vital. Ils sont responsables d'une surmortalité importante, selon le trouble, de 2 à 12 fois plus importante qu'en population générale.

L'anorexie mentale est en effet l'une des premières causes de mortalité prématurée chez les 15-24 ans en France. La boulimie génère aussi une surmortalité importante de 2 à 3 fois supérieure à celle de la population générale ; celle liée à l'hyperphagie boulimique étant causée pour sa part par le surpoids et/ou l'obésité associée.

Cette définition permet d'inscrire le sujet des TCA dans le périmètre du parcours Troubles Nutritionnels et du Parcours Santé Mentale (Cf. également à la fiche Parcours Santé Mentale).

### Cadre national et recommandations

Le **rapport des travaux collaboratifs sur l'offre de soins pour les troubles des conduites alimentaires en France 2015-2019**<sup>63</sup> dresse un état des lieux et émet des recommandations pour la structuration d'une offre de soins. Ces recommandations figurent dans une instruction<sup>64</sup> qui a pour objectif de structurer sur les territoires une offre de soins correspondant aux besoins des personnes souffrant de TCA, qui soit adaptée à l'âge, multidisciplinaire, coordonnée et graduée en intensité en fonction du moment évolutif du trouble. Il s'agit de favoriser l'accès aux soins et la qualité de la prise en charge spécialisée afin de réduire la souffrance psychologique et le retentissement somatique, et de maintenir l'inclusion sociale tout en associant l'entourage.

---

<sup>63</sup> Rapport des travaux collaboratifs DGOS – FFAB 2015-2019 Offre de soins pour les troubles des conduites alimentaires en France : état des lieux et perspectives

<sup>64</sup> Instruction N° DGOS/R4/2020/148 du 03 septembre 2020 relative à l'organisation de la prise en charge des troubles du comportement alimentaire

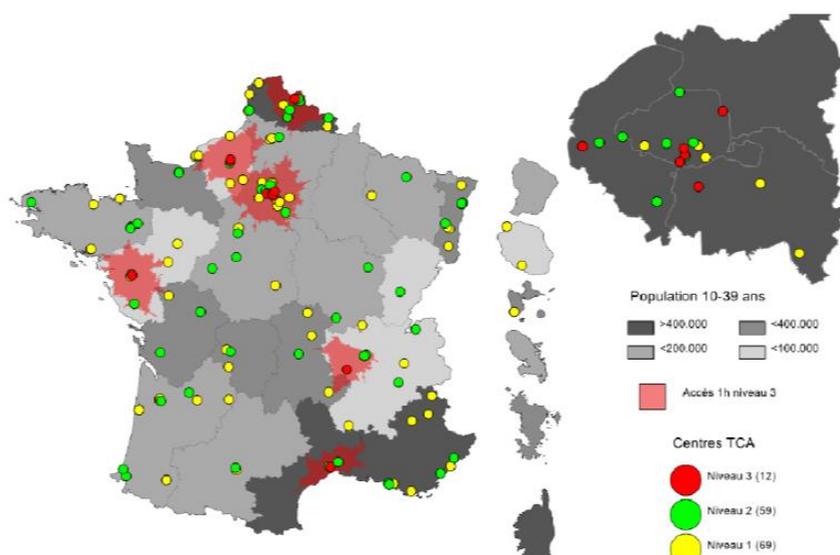


Figure 4 – Répartition des centres TCA – Données 2018<sup>65</sup>

## 2) PRINCIPALES REALISATIONS REGIONALES DEPUIS 2018

<b>Déploiement du RéPPOP – Réseau de Prévention et Prise en Charge de l’Obésité Pédiatrique- sur tout le territoire régional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Actions de prévention (voir fiche dédiée).</li> <li>➤ Coordination (fédération des acteurs).</li> <li>➤ Accompagnement de projets nutrition-obésité.</li> <li>➤ Coordination et appui aux parcours de soins multi-disciplinaire dès le 1<sup>er</sup> recours.</li> </ul>
<b>Travaux sur la pertinence de la chirurgie bariatrique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Partage de pratiques.</li> <li>➤ Outils et soutien aux RCP et aux parcours chirurgicaux.</li> </ul>
<b>Expérimentation article 51 régionale EMNO « Amélioration de la santé d’un patient souffrant d’obésité »</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Prise en charge multi-disciplinaire et coordonnée en médecine de ville.</li> <li>➤ Intérêt de l’e-ETP.</li> </ul>
<b>Formation des professionnels à l’obésité pédiatrique et à la nutrition par le RéPPOP</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Formation DPC pour les professionnels de santé.</li> <li>➤ Formation à destination des personnels scolaires et péri-scolaires.</li> <li>➤ Formation institutionnelle (PMI...).</li> </ul>

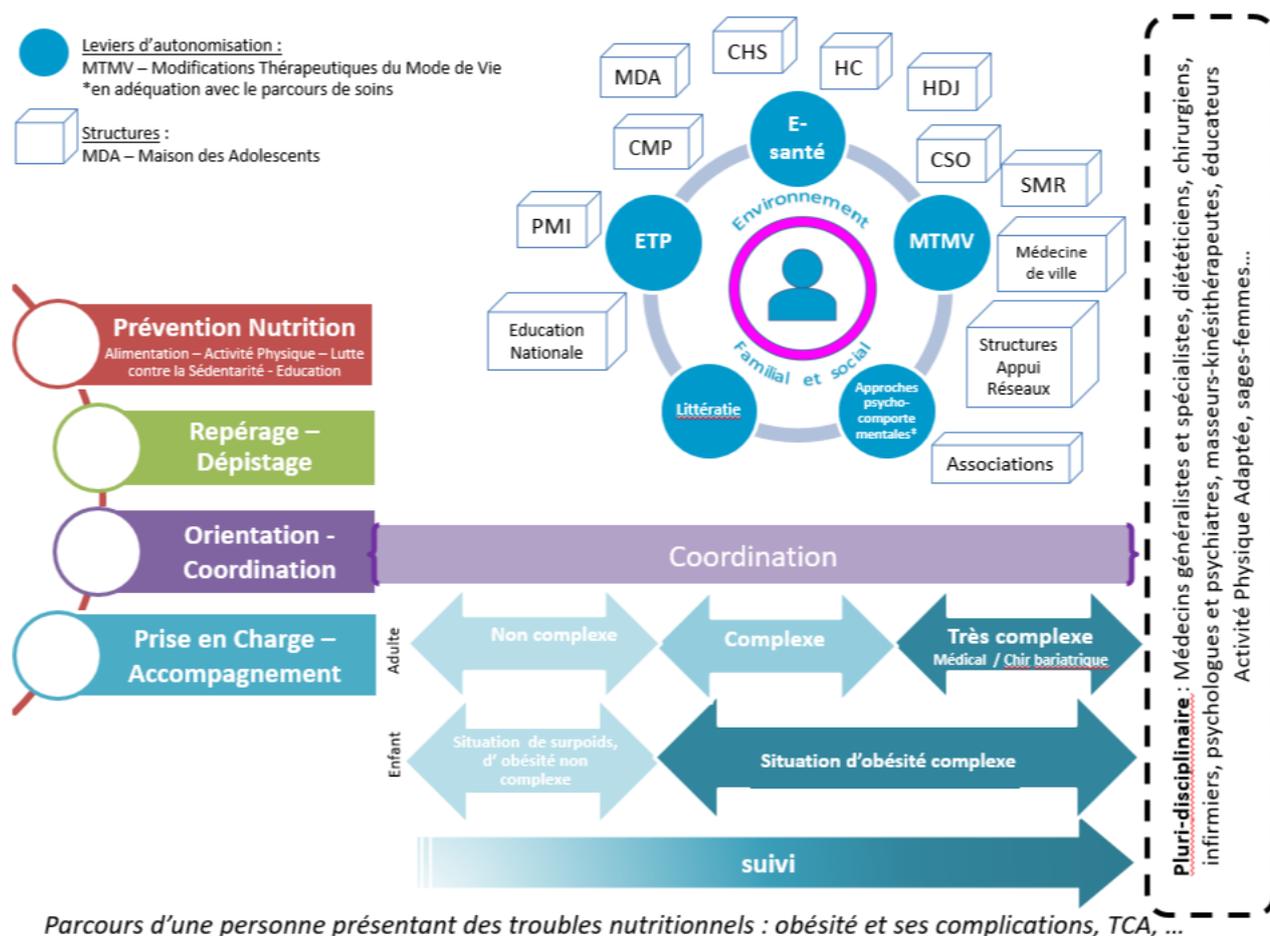
## 3) LES ENJEUX REGIONAUX

Les objectifs des prochaines années s’inscrivent dans la continuité des actions précédemment engagées et consisteront à mettre en œuvre les recommandations nationales dans nos territoires, avec l’aide des acteurs, du travail partenarial avec les Centres Spécialisés de l’Obésité (CSO) de Bourgogne et de Franche-Comté, du Réseau de Prévention et de Prise en Charge de l’Obésité Pédiatrique BFC (RéPPOP) et avec l’appui de l’ensemble des ressources existantes.

<sup>65</sup> Rapport des travaux collaboratifs DGOS – FFAB 2015-2019 Offre de soins pour les troubles des conduites alimentaires en France : état des lieux et perspectives

Il est à noter les difficultés de démographie médicale en région BFC, risquant de s'aggraver, en particulier pour les médecins endocrinologues/nutritionnistes. Les modifications des formations initiales (disparition du DESC Nutrition, au profit d'une spécialité plus large Diabétologie/Endocrinologie/Nutrition), le volume insuffisant d'heures de cours sur l'obésité pendant les études médicales conjugués à des départs en retraite sont autant de causes.

#### 4) SCHEMA DU PARCOURS



- CHS : Centre Hospitalier Spécialisé
- CMP : Centre Médico-Psychologique
- CSO : Centre Spécialisé de l'Obésité
- ETP : Education Thérapeutique du Patient
- HC : Hospitalisation Complète
- HDJ : Hospitalisation de Jour
- MDA : Maison Des Adolescents
- MTMV : Modifications Thérapeutiques du Mode de Vie
- PMI : Protection Maternelle et Infantile
- SMR : Soins Médicaux et Réadaptation

La HAS<sup>66</sup> définit 3 niveaux de complexité pour les adultes à partir de critères somatiques, sociaux, psychologiques et d'antécédents d'échec de traitement. Ces niveaux, non complexe, complexe et très complexe, mobilisent chacun le niveau de recours correspondant, du niveau 1 généraliste au niveau 3 très spécialisé.

2 niveaux de complexité pour les enfants sont identifiés par la HAS<sup>67</sup> : non complexe et complexe, reposant sur une évaluation multidimensionnelle (histoire et comorbidités somatiques et psychiques individuelles et familiales, retentissement sur l'état de santé...)

<sup>66</sup> Guide HAS du parcours de soins : surpoids et obésité de l'adulte du 02 févr. 2023

<sup>67</sup> Guide HAS du parcours de soins : surpoids et obésité chez l'enfant et l'adolescent(e) du 09 mars 2022

## 5) OBJECTIFS

---

*Objectif 1 : Approfondir les actions de prévention en matière de nutrition dans tous les milieux, individuellement et collectivement, dans une démarche de promotion de la santé et de renforcement de la prévention commune à l'ensemble des pathologies chroniques*

### **Objectifs opérationnels :**

Cf. les objectifs de la fiche prévention nutrition sport-santé du livret Prévention

- 1- Soutenir les projets d'éducation alimentaire, et plus particulièrement dans les premières années (jeunes enfants et leurs parents, adolescents)
- 2- Développer les soins de support pendant et après le cancer, notamment le suivi nutritionnel et l'activité physique adaptée – partagé avec le parcours cancer

*Objectif 2 : Améliorer le dépistage et la pertinence de la prise en charge de l'obésité et ses complications, avec une approche multidisciplinaire, coordonnée et graduée du parcours du patient.*

### **Objectifs opérationnels :**

- 1- Développer le repérage précoce (et notamment identifier le rebond d'adiposité précoce avant 6 ans) : communiquer et informer sur l'importance à tout âge du suivi du poids et de la taille : en tant qu'indicateurs de l'état de santé ; comme facteurs de risques identifiés de maladies chroniques ; ou encore absolument nécessaires (mais insuffisants) pour le diagnostic des pathologies que sont la dénutrition et l'obésité<sup>68</sup>
- 2- Permettre à chaque patient d'être acteur de sa prise en charge
- 3- Assurer à tous une prise en charge personnalisée adaptée à la sévérité de l'obésité
- 4- Poursuivre la sensibilisation/formation des professionnels sur la pathologie obésité, sa prise en charge multidisciplinaire et sur les ressources territoriales (pour adressage/orientation) ainsi que l'information aux personnes en situation d'obésité et leur entourage

*Objectif 3 : Renforcer l'efficacité et optimiser la structuration régionale, pour s'inscrire dans la feuille de route nationale « Prise en charge des personnes en situation d'obésité et permettre la mise en œuvre de l'instruction relative à l'organisation des filières de prise en charge de l'obésité »*

---

<sup>68</sup> **Guide HAS du parcours de soins : surpoids et obésité de l'adulte du 02 févr. 2023** : Le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC), la mesure du tour de taille et le suivi annuel de leur évolution constituent le point de départ pour dépister un surpoids, une obésité ou un risque cardiovasculaire. Absolument nécessaires, ces mesures et leur analyse ne suffisent pas à poser un diagnostic. Elles doivent être couplées à une évaluation multidimensionnelle pour rechercher les facteurs, causes ou conséquences du surpoids ou de l'obésité. Cette démarche permet de comprendre la situation et de personnaliser les soins et l'accompagnement.

**Objectifs opérationnels :**

- 1- Renforcer les Centres Spécialisés de l'Obésité, dans leur rôle d'animation et de coordination de la filière de soins ainsi que d'appui des professionnels
- 2- Structurer une filière régionale obésité pour améliorer l'accessibilité et la qualité des prises en charge de l'obésité chez l'adulte et l'enfant-adolescent. Elle pourra prendre la forme d'un Dispositif d'Expertise Régional (DER), en attente des orientations régionales
- 3- Accompagner l'évolution du RéPPOP pour le rattachement des soins (activité de nature hospitalière) aux CHU, sans dégradation de l'offre de prise en charge pédiatrique, pour la reconnaissance de son rôle dans les CSO (coordination) tout en préservant ses missions de prévention

**Objectif 4 : Garantir la qualité et la sécurité des prises en charge chirurgicales de l'obésité et du diabète****Objectifs opérationnels :**

- 1- Améliorer la pertinence de la chirurgie bariatrique, sur l'ensemble du parcours du patient, de la préparation pré-opératoire au suivi à vie, dans une logique de parcours intégré et de facilitation d'accès aux soins pour tous, limitant les disparités territoriales et les freins socio-économiques (limitation des restes à charge) : développement d'HDJ, de programmes ETP et e-ETP, des séjours préparatoires et post-chirurgicaux en SMR...
- 2- Conditionner l'activité de chirurgie de l'obésité à une autorisation selon les exigences nationales et les critères régionaux de qualité et sécurité des soins. L'attention portera sur la qualité et la pertinence de l'ensemble du parcours, et non sur le seul épisode chirurgical. L'établissement autorisé devra être identifié dans la filière régionale obésité et participer à la structuration de l'offre de soins
- 3- Soutenir les réunions de concertation pluriprofessionnelle (RCP) chirurgie bariatrique dans leur organisation décrite réglementairement et favorisant les RCP composées de professionnels de santé, de la ville, des établissements publics et des établissements privés ; et dans leur fonctionnement notamment par le développement de la dématérialisation des RCP

La validation de prise en charge chirurgicale est délivrée à chaque patient, dans le cadre d'un programme personnalisé de soins, par une concertation pluridisciplinaire. Cette procédure repose sur une organisation dont la mise en œuvre est à la charge du titulaire de l'autorisation.

En d'autres termes, l'établissement est tenu de mettre en place une organisation permettant, au travers d'une unique concertation pluridisciplinaire, de recueillir un avis quant à la prise en charge chirurgicale.

- 4- Mieux informer le patient de la nécessité d'une période de préparation avant chirurgie et de l'indispensable suivi post-opératoire à vie

A noter que la chirurgie métabolique devrait bénéficier du même encadrement que la chirurgie bariatrique (hormis sur les indications, définies par la Haute Autorité de Santé) pour que les patients dans un parcours de chirurgie métabolique bénéficient de la même qualité de prise en charge.

*Objectif 5 : Structurer une filière des troubles du comportement alimentaire en BFC, adultes et jeunes de moins de 18 ans : améliorer le repérage, le diagnostic et la pertinence de la prise en charge des TCA dans les champs somatiques et psychiatriques, avec une approche multidisciplinaire, coordonnée et graduée du parcours du patient*

#### **Objectifs opérationnels :**

- 1- Reconnaître et soutenir des centres régionaux niveau 3 (centres de recours), pour les prises en charge les plus complexes accessibles à tous les patients de la région, adultes ET enfants, en charge de l'organisation d'une RCP et d'actions de formation/recherche
- 2- Reconnaître et soutenir des structures de niveau 2, pour des prises en charge spécialisées adulte et/ou enfant
- 3- Développer le niveau 1 de prise en charge pour une offre de proximité permettant une meilleure accessibilité aux soins, facilitant les démarches et avec des ressources de ré-orientation
- 4- Renforcer la coordination inter-professionnelle et valoriser les coopérations
- 5- Améliorer la sensibilisation/formation des professionnels et l'information des personnes et leur entourage sur les TCA, leur prise en charge multi-disciplinaire et la connaissance de l'offre territoriale (pour adressage/orientation), en s'appuyant notamment sur les PTSM (projets territoriaux en santé mentale)

Pour les objectifs 2 et 3, il faut se référer aux livrets relatifs à l'offre et aux activités de soins :

- la fiche chirurgie et la sous-partie chirurgie bariatrique ;
- la fiche SMR mention système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition ;
- la fiche transport pour le volet transports bariatriques ;
- la fiche imagerie / équipements lourds pour l'accès aux IRM et scanographes pour les personnes en situation d'obésité (en lien avec les conditions de la mention système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition).

#### **Exemples d'actions :**

- ⊙ Mise à disposition d'une offre de formation au dépistage et à la prise en charge des enfants en surpoids sur l'ensemble de la région BFC.
- ⊙ Reconnaissance de SMR expert mention système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition.
- ⊙ Développement de l'éducation thérapeutique dématérialisée, l'e-ETP.
- ⊙ Organisation des CSO suite à évaluation et selon le cahier des charges CSO.
- ⊙ Mise en place d'une RCP Chirurgie bariatrique dématérialisée.
- ⊙ Evaluation du parcours d'un patient en chirurgie bariatrique en BFC.
- ⊙ Communication à destination des patients sur les bénéfices de la chirurgie bariatrique et ses risques par manque de suivi.
- ⊙ Réalisation d'un état des lieux de l'offre existante.
- ⊙ Dispositif de reconnaissance des structures de la filière TCA.
- ⊙ Mise à disposition d'un annuaire ou base de données pour information/orientation (grand public + professionnels).

## 6) PARTENARIATS

---

- Les Centres spécialisés de l'obésité (CSO)
- Le RéPPOP BFC
- Les professionnels, dont les professionnels libéraux et les établissements de santé
- Les structures de coordination ou de regroupement : Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC), (Projet Territorial en Santé Mentale (PTSM), Communauté Professionnelle Territoriale en Santé (CPTS)...
- Les associations de patients et/ou de familles.

## 7) TRANSVERSALITE

---

- ⊙ Livret prévention
- ⊙ Livret activités de soins – chirurgie bariatrique
- ⊙ Livret activités de soins – soins médicaux et de réadaptation.

Comme vu précédemment, le comportement alimentaire et l'activité physique ont des conséquences sur la santé de la population. De fait, des liens forts avec les autres thématiques traitées dans le cadre de l'approche parcours existent.

## 4.2.7 PARCOURS CANCER

### 1) CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

Le cancer reste la première cause de mortalité prématurée en France (source : fondation arc.org).

#### *Les chiffres du cancer en région BFC*

Chaque année, plus de 17 000 nouveaux cas de cancer sont diagnostiqués en Bourgogne-Franche-Comté (soit 4,5 % des nouveaux cas au niveau national) :

- 43 % de ces cancers sont diagnostiqués chez des femmes ;
- 22,6 % de ces cancers sont considérés comme des cancers de mauvais pronostic.

Un **cancer de mauvais pronostic** est un cancer dont le taux de survie à 5 ans est inférieur à 33 %. Les cancers de mauvais pronostic représentent 22 % des cancers diagnostiqués au niveau national, soit un taux comparable au taux régional.

Dans la région, 27 % des décès annuels sont dus à un cancer, soit 7 555 décès par an. La majorité de ces cancers surviennent chez les hommes (59 %). Pour ces derniers, le pourcentage régional des décès survenant avant 65 ans et lié au cancer est supérieur au pourcentage national (27 % versus 25 %). Par contre, cette proportion est de 22 % pour les femmes à la fois au niveau régional et national.

Les trois cancers les plus fréquents **chez les femmes** en Bourgogne-Franche-Comté sont :

- le cancer du sein (31,4 % des cancers) ;
- le cancer colorectal (12,1 %) ;
- le cancer du poumon (6,8 %).

Au total, ces trois cancers représentent 50,3 % des nouveaux cas de cancers diagnostiqués chez les femmes dans la région.

Les trois cancers les plus fréquents **chez les hommes** en Bourgogne-Franche-Comté sont<sup>69</sup> :

- Le cancer de la prostate (27,9 % des cancers) ;
- Le cancer du poumon (14,4 %) ;
- Le cancer colorectal (11,3 %).

Au total ces trois cancers représentent 53,6 % des nouveaux cas de cancers diagnostiqués chez les hommes dans la région.

On observe une surmortalité de tous les cancers dans les départements de la Nièvre (+16 % chez les hommes ; +6 % chez les femmes) et de l'Yonne (+8 % chez les hommes ; +7 % chez les femmes), notamment ceux dont les facteurs de risque sont l'alcool et le tabac : cancer de la lèvre-bouche-pharynx, de l'œsophage, du colon et du rectum, du foie, du larynx.

<sup>69</sup> Données Issues du diagnostic régional de l'Inca- 2021

Ces données suggèrent qu'il existe des difficultés soit de prise en charge ou de diagnostic avec des retards de diagnostics dans ces territoires. Des données de mortalité défavorables sont également présentes dans les territoires de l'ouest de la Côte d'Or.

### *Dépistages organisés*

Même si la participation aux campagnes de dépistage dans la région est supérieure à la moyenne nationale pour les trois dépistages organisés, il existe de grandes disparités entre les départements de la région.

Le taux de participation pour le dépistage du cancer du sein est de 54,8 % contre 49,2 % pour la moyenne nationale. Mais il varie de 50,2 % pour le territoire de Belfort à 58,3 % pour le département de la Côte d'Or.

Le taux de participation au dépistage du cancer colorectal est de 31 % en région contre 28,9 % au niveau national. Le département avec le plus faible taux de dépistage est la Nièvre (26,1 %) et celui avec le plus fort taux de participation est la Saône-et-Loire (35,9%). Pour rappel, il existe une sur-incidence des cancers du côlon et du rectum dans le département de la Nièvre.

Le taux de participation pour le dépistage du cancer du col de l'utérus est proche de la moyenne nationale (58,4 % versus 58,2 %).

### *Les facteurs de risque de cancer dans la région*

Un certain nombre de facteurs sont aujourd'hui reconnus comme augmentant l'apparition du cancer. On dissocie généralement les facteurs de risque en deux groupes : les **facteurs évitables** et les facteurs non évitables. Les premiers sont relatifs à notre comportement et/ou habitudes de vie, parmi eux : le tabac, l'alcool, l'équilibre alimentaire, le soleil, les infections par certains virus ou certaines bactéries... Autant de facteurs contre lesquels il est possible de se prémunir. Les **facteurs non évitables** sont quant à eux liés à l'âge, au sexe, aux hormones, à la génétique, à l'environnement (polluants divers, perturbateurs endocriniens...). Les facteurs de risque évitables peuvent être diminués par une politique de promotion et prévention de la santé efficace qui amène à l'évolution des comportements et/ou habitudes de vie.

La prévalence du tabagisme quotidien en Bourgogne-Franche-Comté est supérieure à la moyenne nationale (28,6 % versus 26,9 %) et notamment chez les jeunes (28 % versus 25,1 %).

Concernant la consommation d'alcool, si la proportion de consommateurs quotidiens est inférieure en Bourgogne-Franche-Comté par rapport à la moyenne nationale (8,9 % versus 10 %), la proportion des consommateurs réguliers parmi les jeunes bourguignon-franc-comtois est supérieure (9 % versus 8,4 %).

La prévalence de la surcharge pondérale en Bourgogne-Franche-Comté est supérieure à la moyenne nationale pour les femmes et les hommes respectivement. Au total, 50,6 % des femmes sont en surcharge pondérale versus 44,2 % au niveau national et 61,8 % des hommes versus 53,9 % au niveau national.

A noter que la part de jeunes filles vaccinées contre le papillomavirus (HPV) est plus élevée dans la région Bourgogne-Franche-Comté par rapport au niveau national (30,4 % versus 27,9 %).

## Les orientations nationales et régionales

La **stratégie décennale de lutte contre le cancer 2021-2030** succède aux trois plans cancer.

La stratégie décennale de lutte contre le cancer marque une volonté d'améliorer l'offre de santé et le service rendu à l'ensemble de nos concitoyens, dans les champs de la prévention et du dépistage, aux personnes touchées par la maladie, dans leurs parcours de soins et parcours de vie, ou encore à l'ensemble des acteurs de la lutte contre les cancers dans le champ de la santé et celui de la recherche. Elle intervient en complément des actions, dispositifs et outils structurants déjà en place, qu'il convient de continuer à faire évoluer dans une logique d'amélioration continue de la qualité et de l'efficience.

Elle fixe 4 objectifs ambitieux dans la lutte contre le cancer :

- Réduire de 60 000 par an le nombre de cancers évitables, à horizon 2040 (on l'estime aujourd'hui à environ 153 000 par an).
- Réaliser un million de dépistages en plus à horizon 2025, sur le périmètre des dépistages existants (aujourd'hui, environ 9 millions de dépistages sont réalisés chaque année).
- Réduire de 2/3 à 1/3 la part des patients souffrant de séquelles 5 ans après un diagnostic.
- Améliorer significativement le taux de survie des cancers de plus mauvais pronostic, à horizon 2030. Au total, 7 localisations de cancer sont concernées ; à cela s'ajoutent les types, sous-types ou stades de cancers ne relevant pas de ces 7 localisations mais dont l'évolution reste très défavorable.

Afin d'atteindre ces objectifs, les actions de la stratégie décennale relevant de la compétence des ARS ont été regroupées en 20 thématiques autour de 4 axes :

- Axe 1 : Améliorer la prévention.
- Axe 2 : Limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie.
- Axe 3 : Lutter contre les cancers de mauvais pronostics.
- Axe 4 : S'assurer que les progrès bénéficient à tous.

Une feuille de route régionale a été rédigée pour les 5 premières années de la stratégie décennale (2021-2025). Elle présente les actions en cours et à venir qui seront déployées dans la région. Pour chacune des actions sélectionnées, il sera indiqué le descriptif des mesures opérationnelles, les pilotes et partenaires, le calendrier de réalisation, les indicateurs de suivi et la cible à atteindre.

L'objectif prioritaire et les actions sélectionnées dans le cadre de la stratégie s'inscrivent pleinement dans le cadre du parcours et sont développés dans les objectifs du présent SRS.

## 2) PRINCIPALES REALISATIONS REGIONALES DEPUIS 2018

Lors de la rédaction du précédent Schéma Régional de Santé 2018-2023, 7 points de rupture avaient été identifiés pour le parcours cancer. Ces points concernaient l'ensemble du parcours du patient avec des difficultés identifiées au niveau de :

- la prévention avec l'adéquation des actions de prévention ;
- l'accès au programme de dépistage, à un spécialiste, au protocole de recherche clinique ;
- l'adaptation de l'offre de soins au vieillissement de la population ;
- d'ordre financier liées au reste à charge pour les patients ;
- la coordination des différents acteurs de la prise en charge des patients.

Plusieurs actions ont été menées, notamment :

- La création du Réseau régional de cancérologie BFC (appelé désormais DSRC).
- Pour favoriser la coordination entre les acteurs :
  - Le Dossier Communicant en Cancérologie a été généralisé sur l'ensemble de la région.
  - Le déploiement d'outils de visioconférence en région permettant l'organisation de RCP communes en région.
- Le lancement de l'Appel à projet « parcours de soins global après traitement ».
- La mise en place de l'équipe régional Adolescent et jeune Adultes (AJA).
- Afin de garantir l'accès à des soins de qualité à l'ensemble des patients, les établissements de santé autorisés pour l'activité de soins de traitement du cancer ont maintenant la possibilité d'avoir accès à la plateforme HECTOR (co-portée avec la région Grand-Est) qui répertorie les essais cliniques dans lesquels peuvent être inclus les patients répondant aux critères d'inclusion.

En lien avec d'autres thématiques du SRS, les actions de prévention ont été poursuivies en agissant sur les principaux facteurs de risque du cancer avec :

- La création du Centre régional de coordination des dépistages des cancers.
- La création d'un répertoire régional présentant les dispositifs médico-social et sanitaire spécialisés en addictologie présents en région et leur localisation à destination du grand public et des professionnels.
- La labellisation de 19 maisons sport-santé (*cf. Livret prévention – nutrition sport santé*).

### 3) SCHEMA DES POINTS DE RUPTURE DU PARCOURS

---

Dans le cadre de la révision du schéma régional, 8 points de rupture ont été identifiés. Malgré les actions mises en place, 5 points de rupture sont restés d'actualité :

- Problématique de lisibilité des actions de prévention sur les déterminants de santé et de leur évaluation.
- Problématique de sensibilisation, d'accès et de participation aux dépistages organisés.
- Difficultés d'accès à une offre de soins de proximité liées à une démographie médicale défavorable / manque d'équipement.
- Problématique sociale (délai de mise en place de l'ALD, reste à charge...).
- Manque de coordination.

Parmi les **nouveaux points de rupture** identifiés apparaissent clairement :

- L'insuffisance de lits d'aval entraînant un manque de continuité des soins notamment dans la gestion des prises en charge en urgence.
- Le manque de connaissance des soins de support dans l'amélioration de la qualité de la prise en charge des effets indésirables et des séquelles.

A noter que les soins de support regroupent l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades pour lutter contre les conséquences de la maladie et des traitements (prise en charge de la douleur, nutrition, soutien psychologique, prise en charge sociale...).

- Le rôle des aidants avec le risque d'épuisement qui est majeur dans la qualité de prise en charge et de suivi du patient.

Deux points de rupture du précédent PRS n'ont pas été renouvelés, il s'agit de la problématique touchant à la prise en charge spécifique des personnes âgées et la difficulté d'accès des patients aux protocoles de recherche clinique. Des actions ont été mises en place pour lever ces points de rupture qui ont permis de gagner en fluidité sur ce parcours.

Par ailleurs et de même que pour les autres parcours, on constate un problème d'attractivité des professionnels de santé dans le secteur public pouvant impacter la prise en charge des patients.



**POINTS DE RUPTURE**

- 1 Problématique de lisibilité des actions de prévention sur les déterminants de santé et de leur évaluation
- 2 Problématique de sensibilisation, d'accès et de participation au dépistage organisé
- 3 Difficultés d'accès à une offre de soins de proximité liées à une démographie médicale défavorable et/ou manque d'équipement
- 4 Problématique sociale (délai de mise en place de l'ALD, reste à charge...)
- 5 Problématique de connaissances et d'accès au soins de support
- 6 Insuffisance des lits d'aval (HAD, lits de soins palliatifs, SMR)
- 7 Manque de coordination
- 8 Épuisement des aidants

#### 4) OBJECTIFS

*La prise en charge en établissement de santé est développée dans la fiche relative à l'activité de soins de Traitement du cancer (cf. Livret Activités de soins).*

##### **Objectif 1 : Agir sur les principaux déterminants de santé liés au cancer en développant les actions de prévention**

*A noter que pour les objectifs opérationnels suivants, les principes d'action sont développés dans le livret prévention (Addiction, nutrition sport santé, vaccination, programme régional santé environnement 4, Une seule santé), les fiches parcours addiction, nutrition santé et dans la fiche activité de soins en génétique.*

##### **Objectifs opérationnels :**

- 1- Poursuivre la lutte contre les addictions (notamment tabac et alcool)
- 2- Promouvoir une activité physique régulière et une alimentation saine
- 3- Améliorer la prévention des cancers liés aux maladies infectieuses
- 4- Améliorer la prévention des cancers liés à l'environnement et au travail
- 5- Développer les consultations d'oncogénétique aux personnes ayant une prédisposition familiale au cancer

##### **Objectif 2 : Favoriser des diagnostics plus précoces en améliorant les taux de participation aux dépistages organisés et autres**

##### **Objectifs opérationnels :**

- 1- Augmenter le taux de participation aux dépistages organisés (sein, colorectal, col de l'utérus), particulièrement dans les territoires avec les taux les plus faibles
- 2- Développer certains autres dépistages

##### **Objectif 3 : Garantir l'accès de tous les patients à des soins de qualité**

##### **Objectifs opérationnels :**

- 1- Assurer la qualité des prises en charge hospitalières
- 2- Permettre à chacun des patients d'être acteur de sa prise en charge
- 3- Limiter les séquelles d'un patient atteint de cancer en établissement de santé comme en ville pendant et après le cancer, notamment par les soins de support et les soins palliatifs  
*(Prise en charge de la douleur, accompagnement psychosocial, suivi nutritionnel, activité physique adaptée, hygiène de vie, soutien psychologique des proches, préservation de la fertilité, prise en charge des troubles de la sexualité)*
- 4 - Assurer à tous les patients une prise en charge personnalisée et l'accès aux traitements innovants et aux essais cliniques

**Objectif 4 : Renforcer la coordination ville-hôpital pour développer les prises en charge hors établissement de santé**

**Objectif opérationnel :**

- 1- Mieux impliquer les professionnels de ville notamment en s'appuyant sur les modes d'exercice coordonné : médecin traitant, pharmacie, infirmier, psychologue...

**Objectif 5 : Améliorer l'efficacité et optimiser les organisations régionales**

**Objectifs opérationnels :**

- 1- Renforcer les missions du Dispositif Spécifique Régional du Cancer (DSRC) – OncoBFC
- 2- Structurer et harmoniser les pratiques des Centres de Coordination en cancérologie

**Exemples d'actions :**

- ⊙ Ouverture à de nouveaux dépistages, notamment pour le cancer du poumon (lancement projet pilote par l'Institut national du cancer - INCa ).
- ⊙ Développer des approches de type « aller vers », notamment pour les personnes en situation de vulnérabilité (handicap, territoires à faible participation aux dépistages organisés, barrière de la langue...).
- ⊙ Systématisation de l'accès des médecins traitants au DCC, incluant notamment le PPS puis le PPAC.
- ⊙ Développement de l'envoi dématérialisé et sécurisé d'ordonnances d'anticancéreux oraux aux pharmacies de ville.
- ⊙ Mise en place de la relecture numérisée des mammographies.
- ⊙ Mise en œuvre du Dossier Communicant de Cancérologie 2.0 pour répondre aux besoins métiers et notamment la mise en place et le suivi du plan personnalisé de soins (PPS) et plan personnalisé après cancer (PPAC).
- ⊙ Evaluation de la mise en œuvre des Actions de Qualité Transversales en Cancérologie (AQTC) dans les établissements autorisés en priorisant les Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP), Dispositif d'Annonce (DA), Plan Personnalisé de Soins (PPS), Plan Personnalisé d'Après Cancer (PPAC).
- ⊙ Information complète, aux patients et aux proches, garantissant un consentement éclairé du parcours de soins en veillant à adapter le niveau de littératie en santé.
- ⊙ Remise d'un Plan Personnalisé de Soins et Plan Personnalisé d'après-cancer au patient et au MG.
- ⊙ Orientation vers des dispositifs de prises en charge spécifiques (oncogériatrie, AJA, pédiatrie...).
- ⊙ Amélioration de l'accès aux traitements innovants (immunothérapie, thérapies ciblées, radiothérapie avec hypofractionnement...).
- ⊙ Thérapeutiques anticancéreuses orales : implication des professionnels de ville dans la dispensation (pharmacien), dans le suivi du patient (médecin traitant / infirmier) et dans l'information au patient (tous les acteurs). Suivre les expérimentations innovantes article 51 de type Oncolink, suivi à domicile des patients sous anticancéreux oraux, et soutien aux potentiels dispositifs innovants.
- ⊙ Développement des prises en charge HAD en cancérologie.

## 5) PARTENARIATS

---

- Dispositif spécifique régional du cancer OncoBFC
- Dispositif d'appui à la coordination (DAC)
- Institut Régional Fédératif du Cancer de Franche-Comté
- Centre de lutte contre le cancer Georges François Leclerc
- Etablissements autorisés et associés dans le traitement du cancer
- Centre régional de coordination des dépistages du cancer
- Centre de coordination en cancérologie (3C)
- Associations : Ligue contre le cancer...
- Professionnels libéraux participant à l'offre de soins de support en plus de la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs (psychologues, diététiciens, enseignants en activité physique adaptée mais aussi sexologues, socio-esthéticiens...)
- Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

## 6) TRANSVERSALITE

---

- ⊙ Livret prévention – PRSE 4
- ⊙ Livret prévention – vaccination
- ⊙ Livret offre de santé
- ⊙ Livret activités de soins – traitement du cancer
- ⊙ Livret activités de soins – génétique
- ⊙ Livret activités de soins – hospitalisation à domicile
- ⊙ Livret activités de soins – soins médicaux et de réadaptation
- ⊙ Livret activités de soins – médecine nucléaire.

## 4.2.8 PARCOURS DIABETE ET MALADIES RENALES CHRONIQUES

A noter que, les thématiques nutrition et activité physique traitées dans le livret prévention sont les dénominateurs communs à toutes les pathologies chroniques.

La dénomination habituelle utilisée, « le diabète » entraîne une restriction dans la compréhension des enjeux. En effet, il existe en réalité plusieurs types de diabètes (DT2, diabète 1 ou 2 sous insuline, DT1 enfant et adolescent (+ MODY...), diabète gestationnel) qui nécessitent des prises en charges différentes et adaptées donc des organisations différentes... dans un contexte de démographie médicale en tension et des avancées technologiques et médicamenteuses très évolutives.

### 1) CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

#### *Quelques données chiffrées pour la BFC*

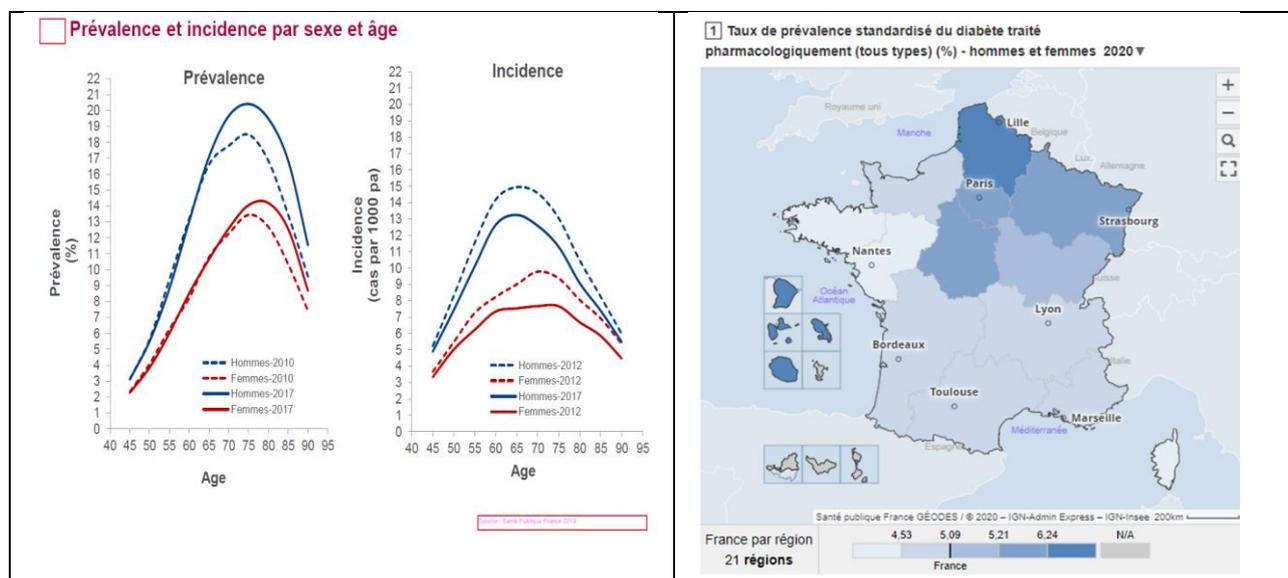
Les deux pathologies que sont le diabète de type 1 et le diabète de type 2 présentent de forts enjeux de santé publique. En 2020, en France, plus de 3,5 millions de personnes étaient traitées par un médicament pour le diabète, soit 5,3 % de la population.

La fréquence du diabète augmente avec l'âge, un pic de prévalence est observé entre 70 et 85 ans chez les hommes : 1 homme sur 5 âgé de 70 à 85 ans et 1 femme sur 7 âgée de 75 à 85 ans sont traités pharmacologiquement pour un diabète.

La prévalence du diabète est plus élevée dans les communes les plus défavorisées socio-économiquement, chez les personnes d'un niveau socio-économique moins favorisé et dans certaines catégories socio-professionnelles.

En Bourgogne-Franche-Comté, le taux de prévalence brut standardisé est de 5,10 % en 2020 soit près de 150 000 personnes touchées.

On estime à environ 1 % de la population adulte ayant un diabète méconnu soit entre 12 000 et 19 000 personnes pour la BFC.



La maladie rénale chronique est une maladie fréquente et grave. On estime que 7 à 10 % de la population française présenterait une atteinte rénale. Le dépistage reste insuffisant, la découverte se faisant parfois aux stades évolués de la maladie. Le risque d'évolution vers le stade de suppléance nécessitant la dialyse ou une greffe rénale est faible dans l'absolu, la prévalence de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) étant de l'ordre de 1 pour 1 000, mais l'existence d'une maladie rénale chronique augmente le risque d'évènements cardiovasculaires et de mortalité cardiovasculaire.

La prévalence de cette maladie devrait encore augmenter dans les années qui viennent en raison du vieillissement de la population et de l'augmentation du diabète (deux causes majeures d'insuffisance rénale), et grâce à l'amélioration de la survie des patients transplantés et dialysés. Des facteurs de risque de maladie rénale chronique ont été clairement identifiés dans la littérature, détaillés ci-dessous, et leur identification doit amener à dépister la maladie rénale chronique :

- Diabète.
- Hypertension artérielle traitée ou non.
- Maladie cardiovasculaire athéromateuse.
- Insuffisance cardiaque.
- Obésité avec IMC sup à 30 ou 35.
- Maladies de système ou auto-immunes.
- Affections urologiques.
- Antécédents familiaux avec insuffisance rénale évolutive.
- Antécédents de néphropathie aigue.
- Traitements néphrotoxiques antérieurs.
- Exposition aux produits de contraste iodés.
- Exposition à des toxiques professionnels.
- Facteurs socio-économiques.
- Exposition à des substances néphrotoxiques.

Bien que l'âge soit un facteur de risque bien identifié de maladie rénale chronique, il est important de noter qu'il existe un déclin naturel de la fonction rénale à partir de 40 ans qui est indépendant de toute maladie rénale (baisse du débit de filtration glomérulaire (DFG) d'environ 0,75 à 1 ml/min/an après 40-50 ans mais très variable).

### **Le diabète de type 1 est en augmentation**

Le diabète de type 1 représente environ 10 % des cas de diabète en France et dans le monde. La moitié des cas se déclarent avant l'âge de 20 ans. Actuellement en France, l'incidence du diabète de type 1 est d'environ 15 cas pour 100 000 enfants de moins de 15 ans.

Le nombre de personnes atteintes de diabète de type 1 (DT1) ne cesse d'augmenter, au rythme de 3 à 4 % par an. En outre, son apparition est de plus en plus précoce, avec une augmentation importante de la prévalence chez les enfants de moins de 5 ans.

La survenue du DT1 chez l'enfant et l'adolescent (de 6 mois à 15 ans) augmente d'environ 4,7 % par an. En Bourgogne-Franche-Comté le taux d'incidence est passé de 17,9 pour 100 000 en 2013-2015 à 20,1 en 2015-2017 (soit une centaine de nouveaux enfants concernés chaque année).

Les raisons de cette évolution sont inexpliquées à ce jour, mais certaines modifications de l'environnement (perturbateurs endocriniens notamment) et de son interaction avec le génome sont pointées avec une prédisposition génétique déterminée par des gènes multiples.

### **Le diabète et les MRC : des maladies aux conséquences graves, invalidantes et pesant fortement sur le système de santé**

Le diabète est une pathologie très pourvoyeuse de complications touchant plusieurs organes : le cœur (infarctus), le cerveau (accident vasculaire cérébral), les reins (insuffisance rénale), les yeux (rétinopathie diabétique), les pieds (plaies et amputations).

Le diabète est :

- la 1<sup>ère</sup> cause de cécité après 65 ans : plus de 1 000 cas par an ;
- la 1<sup>ère</sup> cause de plaie chronique du pied : 5 fois plus que dans la population générale, la 1<sup>ère</sup> cause d'amputation (7 fois plus d'amputations) ;
- la 2<sup>ème</sup> cause d'accident cardio-vasculaire : 2,2 fois plus d'infarctus du myocarde et 1,6 fois plus d'accident vasculaire-cérébral ;
- l'une des principales causes de la maladie rénale chronique laquelle risque d'évoluer vers une insuffisance rénale chronique terminale (9 fois plus que dans la population générale).

#### **Concernant les maladies rénales chroniques :**

Le risque d'évolution vers le **stade de suppléance** nécessitant la dialyse ou une greffe rénale est faible dans l'absolu, la prévalence de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) étant de l'ordre de 1 pour 1 000, mais l'existence d'une maladie rénale chronique augmente le risque d'évènements cardiovasculaires et de mortalité cardiovasculaire.

Le nombre de patients en traitement de suppléance augmente de manière régulière, environ + 4 % chaque année. Fin 2020, on dénombrait en France 92 199 malades en traitement de suppléance, 55 % en dialyse et 45 % porteurs d'un greffon rénal fonctionnel. L'hypertension et le diabète sont responsables à eux seuls de près d'un cas sur deux.

Concernant la **dialyse**, en dépit d'une discrète diminution observée, le démarrage en urgence de la dialyse reste fréquent (30 %), associé à l'absence de suivi néphrologique préalable et à une première dialyse sur cathéter.

L'accès à la **liste nationale d'attente de greffe** reste encore difficile pour certains malades (sujets âgés, diabétiques, disparité selon le lieu de résidence) et tardif pour ceux qui y accèdent. Une augmentation du taux de patients âgés de moins de 60 ans est cependant observée, témoignant de l'amélioration de la prise en charge précoce par les néphrologues.

Quant à l'activité de **transplantation**, selon le rapport d'activité annuel de 2020 de l'Agence de la biomédecine, 2 592 transplantations rénales ont été réalisées, la pénurie de greffons étant un sujet important.

## 2) PRINCIPALES REALISATIONS REGIONALES DEPUIS 2018

---

Les travaux enclenchés en 2018 dans le cadre du SRS ont permis de développer des actions au bénéfice de la population diabétique autour de plusieurs objectifs fédérant les partenaires : la prévention, le repérage et le dépistage, la prise en charge pluri-professionnelle et le développement de la e-santé :

**Les actions prévention de l'Association Française des diabétiques (AFD)** et restructuration de l'association : l'association va au-devant de la population grâce à des actions de sensibilisation, proposant un dépistage aux personnes à risque. La plupart des actions ont pu être maintenues entre 2018 et 2022 malgré la crise sanitaire.

**La plateforme de coordination du DT1 chez l'enfant** : créée fin 2018 et portée par les deux CHU, elle vise à mieux prendre en charge le parcours de vie des enfants DT1. S'appuyant sur les travaux des rencontres interprofessionnelles de diabétologie pédiatrique réunissant toutes les équipes de BFC, la plateforme est montée en charge, et malgré le contexte sanitaire, elle a su fédérer toutes les équipes hospitalières autour du partage d'expériences, de la mise en commun de pratiques, des actualités sur les recommandations, sur la vie régionale et les outils. Elle est désormais bien implantée sur le territoire. En sus de son activité importante de formation (PMI, santé scolaire...), elle apporte un soutien et une expertise aux centres hospitaliers, réalise un suivi des données d'activités confirmant une montée en charge épidémiologique du DT1 chez l'enfant, et accompagne les CH en rupture d'activité en anticipant la répartition des patients et l'organisation des parcours.

**Le dépistage itinérant de la rétinopathie diabétique en BFC** : cette action de santé publique continue d'apporter une plus-value en se déplaçant au plus près des patients, éloignés des ophtalmologues et sortis du parcours de soins adéquat. Une augmentation du taux de participation au dépistage est observée en Bourgogne et en Franche-Comté un partenariat fort avec les Maisons de santé (MSP) est en place.

**L'expérimentation suivi des plaies de pied diabétique à domicile par les infirmiers libéraux** : cette expérimentation de télé-expertise lancée fin 2019 s'appuyait sur 3 centres experts régionaux (CHU Besançon, CHU Dijon et CH Le Creusot), permettant à la fois d'éviter les déplacements des patients et de gagner du temps médical. L'évaluation montre une plus-value notamment sur la satisfaction des patients, des IDEL, des centres hospitaliers, et sur la communication entre les IDEL et l'hôpital (création d'un lien, d'une confiance, rassurants pour les IDEL). Par ailleurs, l'intérêt a été démontré lors de la crise COVID, la télémédecine ayant permis un maintien du suivi malgré le confinement.

**Expérimentation innovante Article 51 IPEP (Incitation à une prise en charge partagée) en Haute-Saône** : lancée en 2018 par la FHF, l'expérimentation vise à rendre opérationnelle la responsabilité populationnelle, autour de deux populations : les personnes atteintes ou à risque de diabète ou d'insuffisance cardiaque. Cette expérimentation se déploie notamment en Haute-Saône sur le diabète.

Quatre axes opérationnels sont développés :

- action de prévention, de dépistage sur le département par une infirmière de santé publique dédiée ;
- organisation du service de diabétologie : hôpital de jour notamment hors les murs, plages dédiées pied diabétique, filière DG, infirmier de pratique avancée... ;
- information : aide-mémoire du professionnel, soirées interprofessionnelles ;
- communication esanté : utilisation d'eTICSS web et mobilité, numéro unique diabétologie, messagerie sécurisée.

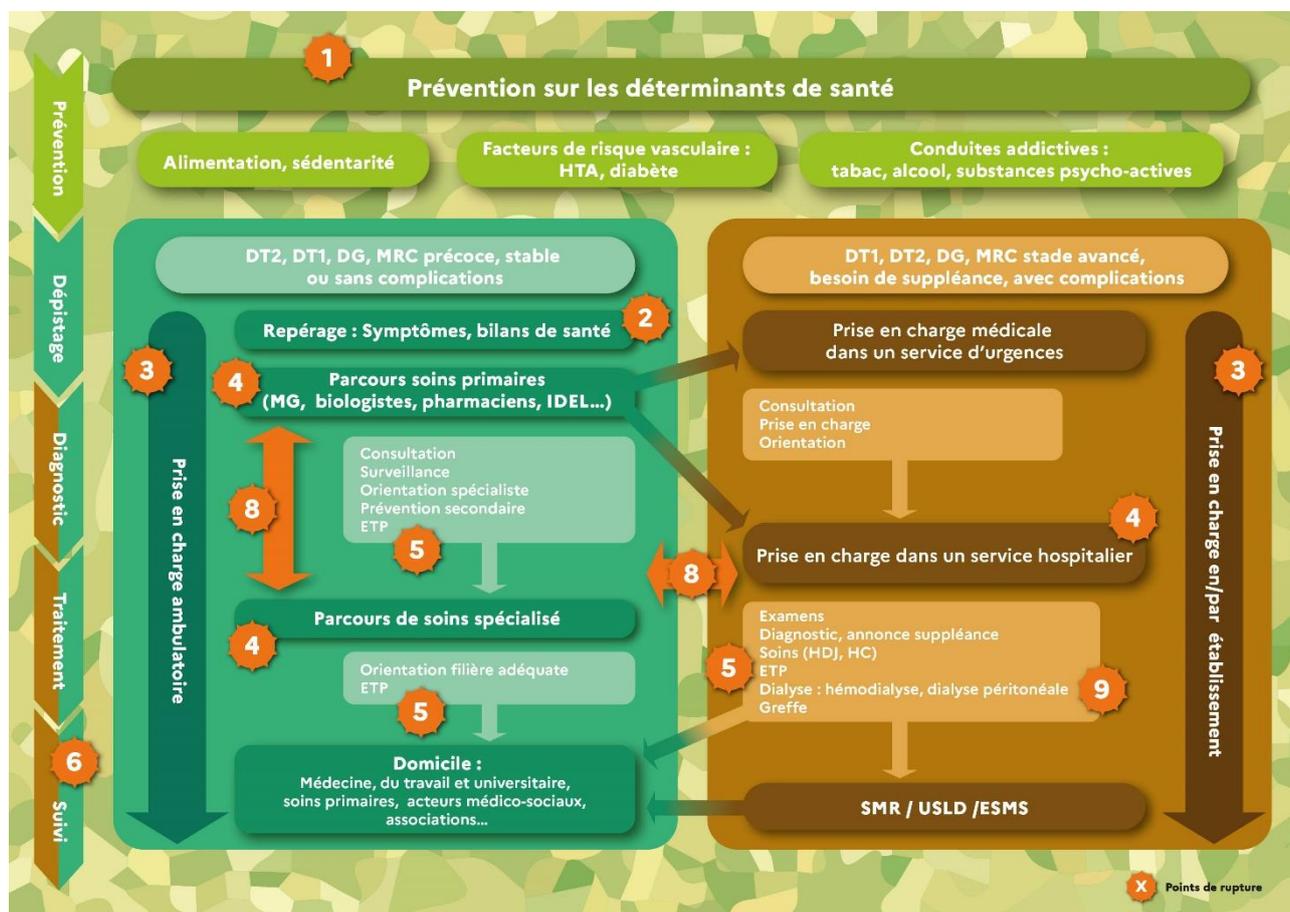
### 3) LES ENJEUX MAJEURS DU PARCOURS

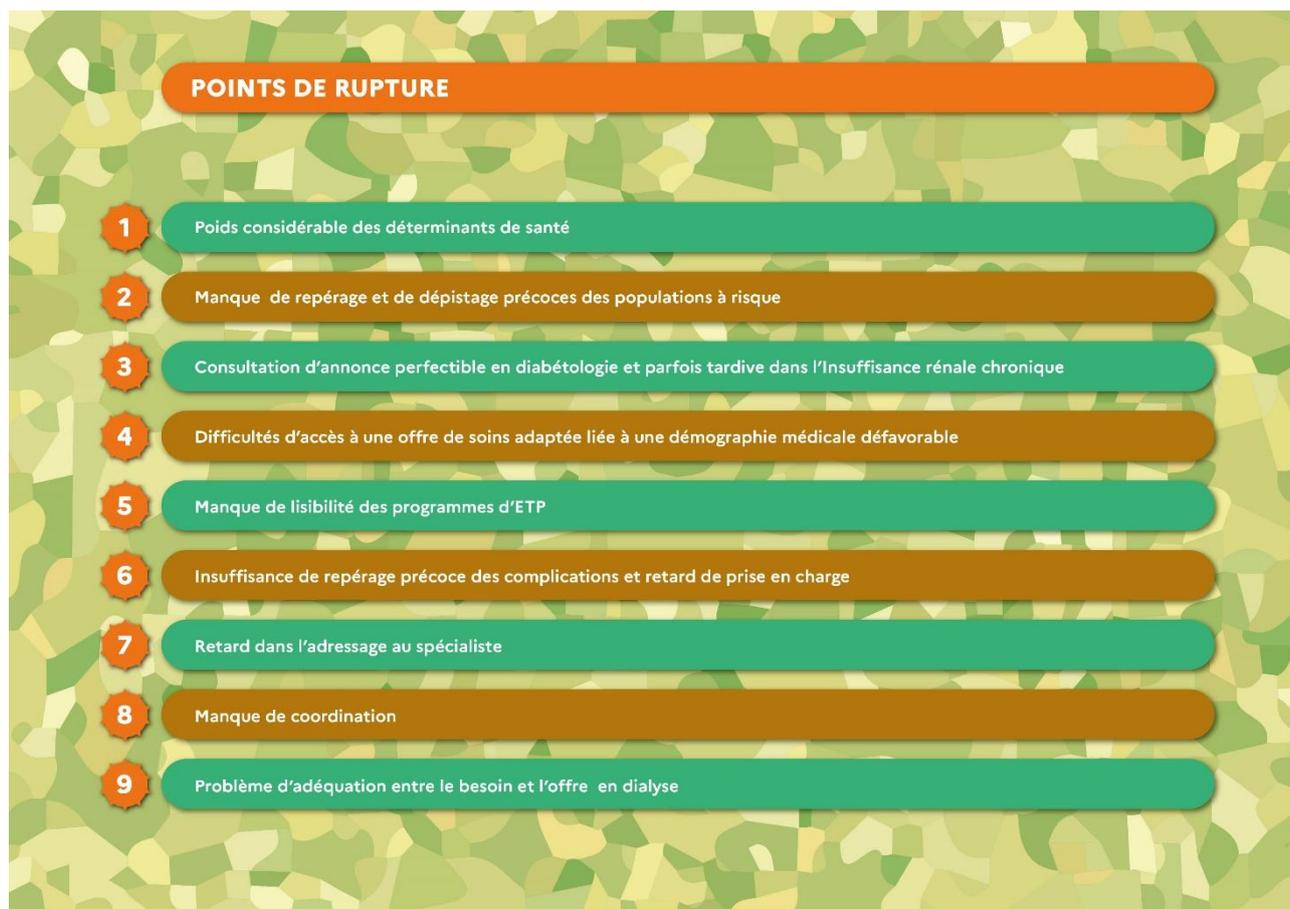
La prise en charge en établissement de santé est développée dans la fiche relative à l'activité de soins de traitement de l'insuffisance rénale chronique (cf. Livret Activités de soins).

- Limiter les facteurs de risque d'apparition d'un diabète ou d'une MRC en promouvant la nécessité d'une activité physique régulière ainsi qu'une alimentation équilibrée dans le contexte quotidien familial ou communautaire.
- Améliorer le repérage et le dépistage précoces des personnes à risque sur le territoire.
- Organiser et coordonner la prise en charge du diabète de type 1 chez l'enfant et l'adolescent.
- Améliorer la coordination des acteurs en présence sur les territoires de la prévention, aux soins à l'accompagnement médico-social.
- Favoriser le repérage précoce des complications liées au diabète (plaies de pied et amputations, la maladie rénale chronique, rétinopathie diabétique, maladies cardiovasculaires...).
- Sensibiliser le grand public sur la pathologie.

### 4) SCHEMA DES POINTS DE RUPTURE DU PARCOURS

Le schéma des points de rupture a été entièrement retravaillé par rapport à la version du précédent PRS pour tenir compte notamment de l'inclusion de la MRC dans le périmètre du parcours.





## 5) OBJECTIFS

---

Les objectifs généraux du parcours des patients diabétiques et malades rénaux chroniques sont articulés en amont avec la prévention primaire et les conditions de vie sociale et environnementale traité dans livret prévention du SRS et en aval, avec l'accompagnement médico-social, le maintien et le retour à domicile, traité dans le livret Offre de santé.

La finalité attendue d'une diminution de la prévalence du diabète et des maladies rénales chroniques et de leurs complications ne pourra passer que par un travail concerté entre professionnels des secteurs sanitaire, médico-social et social, patients et associations de patients, collectivités territoriales et locales, milieu scolaire, milieu du travail, organismes d'assurance maladie afin d'une part de décloisonner et fluidifier le parcours de santé des patients diabétiques et d'autre part d'améliorer leur qualité de vie.

Les objectifs proposés s'appuient sur les recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé.

**Objectif 1 : Promouvoir les actions de prévention et favoriser le repérage et le dépistage précoce du diabète et des maladies rénales chroniques**

**Objectifs opérationnels :**

- 1- Renforcer sur les territoires les actions d'information et d'éducation à la santé sur les déterminants impliqués dans l'apparition du diabète et des maladies rénales chroniques
- 2- Développer les actions de repérage et de dépistage ciblées en tenant compte du gradient social (milieu du travail, public personnes âgées et en situation de handicap à domicile et en institution, public précaire...)
- 3- Améliorer la capacité du système de santé et notamment celle des professionnels de soins primaires à repérer plus précocement le diabète et la maladie rénale chronique

**Objectif 2 : Optimiser la prise en charge pluri-professionnelle des patients diabétiques et malades rénaux chroniques dans les territoires**

**Objectifs opérationnels :**

- 1- Améliorer la formation (initiale et continue) des professionnels de santé
- 2- Renforcer l'éducation thérapeutique du patient (Cf. Livret prévention – éducation thérapeutique)
- 3- Organiser et poursuivre le dépistage des complications du diabète et de la maladie rénale chronique
- 4- Optimiser la prise en charge pluri-professionnelle du patient adulte sur les territoires
- 5- Optimiser la prise en charge pluri-professionnelle du diabète de type 1 chez l'enfant et l'adolescent
- 6- Améliorer l'information, la qualité et la sécurité des soins
- 7- Optimiser la prise en charge du diabète gestationnel en ville

**Objectif 3 : Déployer les usages du numérique pour faciliter les parcours et améliorer le suivi des patients (Cf. livret innovation – e-santé)**

**Objectifs opérationnels :**

- 1- Développer les dispositifs de télémédecine (téléconsultation, télé-expertise et télésurveillance) et autres nouvelles technologies pour améliorer la prise en charge du patient diabétique et malades rénaux chroniques
- 2- Favoriser le déploiement de l'éducation thérapeutique du patient dématérialisée (e-ETP)
- 3- Déployer le parcours dans la plateforme régionale e-parcours, eTICSS, pour favoriser la coordination des parcours

**Exemples d'actions :**

- ⊙ Journée régionale « Vivre avec son diabète » et journée annuelle REIN.
- ⊙ Dépistage dans le milieu du travail.
- ⊙ Campagne de sensibilisation sur l'acidocétose auprès des médecins généralistes et des autres professionnels de santé.
- ⊙ Sensibilisation des médecins généralistes au dépistage et à l'évolution des marqueurs de la maladie rénale chronique.
- ⊙ Mise en œuvre de programmes de Développement Professionnel Continu (DPC) en particulier pour les médecins généralistes concernant le suivi rénal des patients atteints de diabète ou d'hypertension artérielle (HTA).
- ⊙ Poursuite du dépistage itinérant de la rétinopathie diabétique dans la région.
- ⊙ Promotion et mise en œuvre du parcours pied diabétique.
- ⊙ Déploiement des protocoles de coopération : Infirmier Asalée, IDE PC...
- ⊙ Accompagnement au déploiement des IPA.
- ⊙ Poursuite du soutien au projet Responsabilité populationnelle en Haute-Saône.
- ⊙ Poursuite des missions de la plateforme régionale de coordination du DT1 enfant/adolescent.
- ⊙ Suivi de critères et indicateurs de qualité à partir du registre REIN.

**6) PARTENARIATS**

- Assurance Maladie
- Etablissements de santé
- Associations de patients
- Fédération des maisons de santé et de l'exercice coordonné (Femasco)
- Unions régionales des professionnels de santé (médecins libéraux, infirmiers libéraux, biologistes, pharmaciens, podologues)
- Dispositifs de coordination notamment les dispositifs d'appui à la coordination (DAC)
- Territoires par le biais des communautés professionnelles territoriales de santé
- Médecine du travail
- Etablissements et services médico-sociaux.

**7) TRANSVERSALITE**

- ⊙ Livret prévention – PRSE 4
- ⊙ Livret offre de santé
- ⊙ Livret activités de soins – traitement de l'insuffisance rénale chronique
- ⊙ Livret activités de soins – greffes.

### 1) CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

Les maladies cardio-neuro-vasculaires principalement traitées dans ce parcours sont : les maladies des artères coronaires ; les infarctus du myocarde (IDM) ; l'insuffisance cardiaque (IC) ; l'hypertension artérielle (HTA) ; les maladies thromboemboliques ; les accidents vasculaires cérébraux (AVC).

Ces maladies ont un impact important sur la qualité de vie des personnes atteintes. Elles sont souvent liées entre elles, provoquant un effet en cascade sans schéma prédéfini.

Les **maladies des artères coronaires (MAC)** regroupent les maladies qui se déclenchent lorsque l'approvisionnement en sang du muscle cardiaque est interrompu ou bloqué. La cause la plus courante est l'obstruction des artères coronaires par une accumulation de matières grasses. En 2021 : 9 481 angioplasties ont été réalisées en BFC

L'**infarctus du myocarde (IDM)** correspond à la destruction partielle du muscle cardiaque, due à l'obstruction d'une artère qui alimente le cœur en sang, et donc en oxygène. Sa survenue relève d'une urgence vitale.

Le suivi de cet épisode aigu est essentiel compte-tenu du nombre élevé de récurrence (estimé aux alentours de 17 % après un premier infarctus).

L'**insuffisance cardiaque (IC)** touche plus d'un million de personnes en France, ce qui représente 2,3 % de la population adulte. Elle touche 10 % des personnes âgées de plus de 75 ans. En Bourgogne-Franche-Comté, le taux de prévalence est de 2,3 %. On note de grandes disparités départementales : 1,7 % dans le Territoire de Belfort et 2,8 % dans la Nièvre.

Malgré toutes les données, une étude réalisée par le Groupe Insuffisance Cardiaque et Cardiomyopathies (Gicc) révèle que ces chiffres sont sous-estimés, du fait de la méconnaissance de cette pathologie dans la population. L'insuffisance cardiaque se définit comme un état pathologique indiquant que la pompe cardiaque n'est plus capable d'assurer un débit sanguin adapté aux besoins de l'organisme. Il est important de comprendre que l'insuffisance cardiaque est une pathologie complexe et qu'il n'y a pas de définition simple englobant ses multiples causes, aspects, formes et conséquences.

Les maladies des artères coronaires et l'insuffisance cardiaque représentent 70 % des motifs d'affections de longue durée (ALD) pour une maladie cardio-vasculaire.

L'**hypertension artérielle (HTA)** est la maladie chronique la plus fréquente en France. Elle résulte d'une pression anormalement élevée du sang dans les vaisseaux sanguins. Elle constitue, lorsqu'elle n'est pas contrôlée, l'une des principales causes de complications cardio-vasculaires, cérébro-vasculaires ou neuro-dégénératives (infarctus du myocarde, AVC, maladie d'Alzheimer...).

La **maladie thromboembolique** est une maladie fréquente qui touche environ une personne sur mille dans la population. Caractérisée par l'occlusion ou le rétrécissement d'un vaisseau par un caillot de sang, on parle généralement de thrombose et d'embolie pulmonaire (caillot dans une artère des poumons).

En 2019, 96 362 habitants de Bourgogne-Franche-Comté étaient sous anticoagulant. On observe une nette augmentation en 2018 (+7 %) et 2019 (+8 %) pour les personnes âgées de plus de 60 ans, et ce pour l'ensemble des départements. Pour autant, cette évolution n'est pas seulement due au vieillissement de la population qui ne suit pas la même progression (évolution de +1,4 % chez les personnes âgées de 60 ans et plus entre 2017 et 2018 et +0,2 % entre 2018 et 2019).

Les **accidents vasculaires cérébraux** (AVC) représentent la première cause de handicap moteur de l'adulte et la seconde cause de démence. Un AVC correspond à l'arrêt brutal de la circulation sanguine au niveau d'une partie du cerveau pouvant être dû à l'oblitération d'un vaisseau, on parlera d'AVC ischémique, ou à la rupture d'un vaisseau, on parlera cette fois d'AVC hémorragique. Sa survenue relève d'une situation d'urgence vitale.

Au niveau national, on estime à 150 000 le nombre de nouveaux cas d'AVC (Fondation pour la recherche sur les AVC). En région, pour l'année 2021, 8 764 patients ont été hospitalisés dans les différents centres hospitaliers de la région pour un AVC. L'Organisation Mondiale de la Santé estime qu'environ 20 % des survivants d'un AVC seront victimes d'une récurrence dans les 5 ans sous forme d'un autre AVC ou d'un IDM.

Si la prévalence des AVC et des infarctus du myocarde (IDM) ne cesse d'augmenter, la mortalité, elle, diminue depuis plus d'une dizaine d'années.

Dans la continuité des travaux engagés dans le précédent schéma régional, le parcours maladies cardio-neuro-vasculaires s'est attaché au suivi de ces 6 pathologies afin de prioriser ses actions. Pour rappel, il s'agit des maladies des artères coronaires ; des infarctus du myocarde (IDM) ; de l'insuffisance cardiaque (IC) ; de l'hypertension artérielle (HTA) ; des maladies thromboemboliques ; des accidents vasculaires cérébraux (AVC).

Cependant, toutes les pathologies cardio-neuro-vasculaire pourraient trouver leur place dans ce parcours, notamment si des initiatives locales ou régionales émergent des territoires.

**Remarque** : des fiches spécifiques développent plus précisément l'organisation territoriale et les activités de soins en cardiologie et neuroradiologie interventionnelles, des soins critiques et des soins médicaux et réadaptation dans le livret Activités de soins.

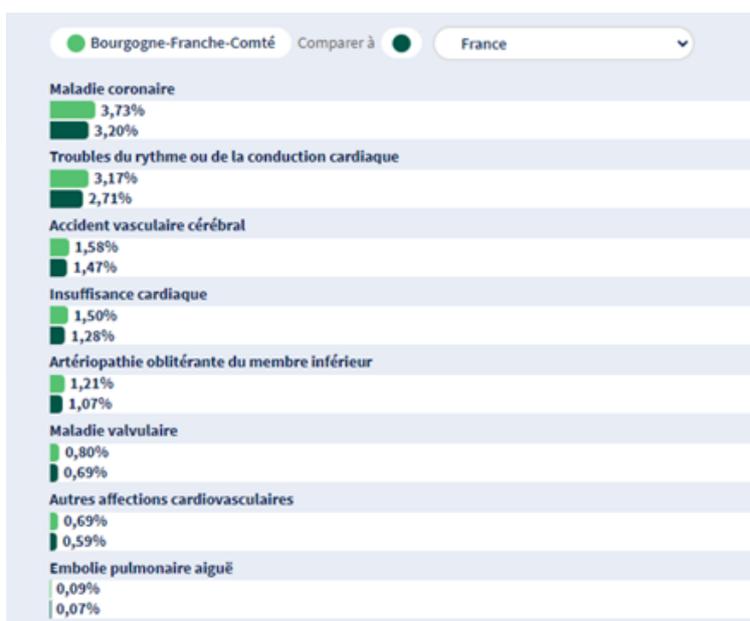
### *Quelques données chiffrées en région BFC et en France*

Prévalence en Bourgogne-Franche-Comté : 9,06 %

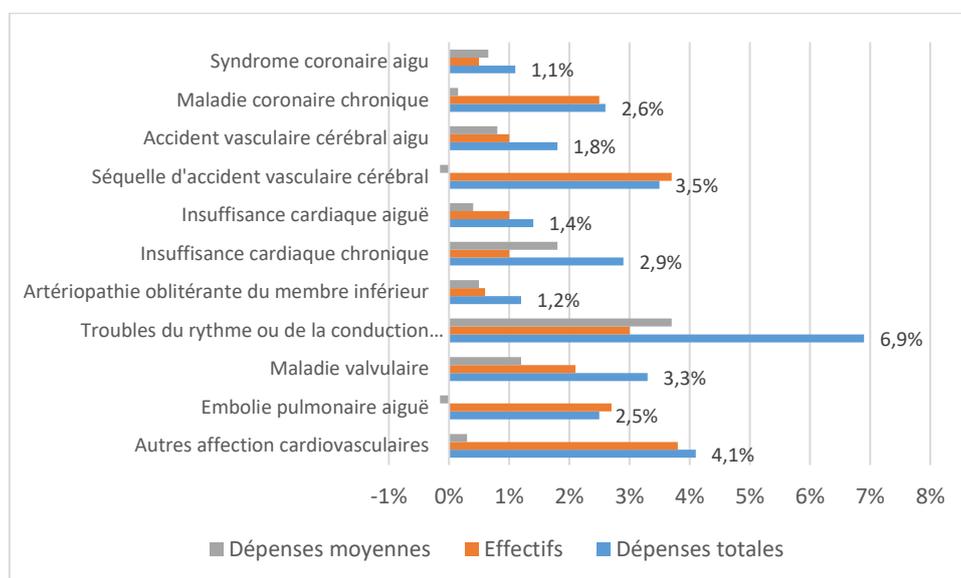
Ces maladies constituent le premier motif d'admission en affection de longue durée et la seconde cause de mortalité et d'hospitalisation (derrière les cancers).

Les maladies cardio-neuro-vasculaires ont provoqué dans la région Bourgogne-Franche-Comté, en moyenne 7300 décès chaque année entre 2013 et 2017.

Il est à noter que la région présente une surmortalité pour ces maladies en comparaison avec les résultats nationaux.



Prévalence de MCNV en BFC/France, en 2020, source Data.ameli.fr



Le schéma ci-dessus présente l'évolution moyennes annuelles des effectifs de patients, des dépenses moyennes par patient et des dépenses totales pour les maladies cardio-neurovasculaires entre 2015 et 2019. Source : rapport\_charges\_et\_produits\_-\_propositions\_de\_lassurance\_maladie\_pour\_2022\_juillet\_2021.pdf

## 2) PRINCIPALES REALISATIONS REGIONALES DEPUIS 2018

Depuis en 2012, deux parcours étaient identifiés, le parcours maladies cardio-vasculaires et le parcours des patients victimes d'Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC), qui ont permis la mise en place d'actions au bénéfice de la population :

**La structuration de la filière AVC** par le réseau d'urgences neurologiques de Franche-Comté et le réseau AVC Bourgogne et Sud Haut-Marnais avec notamment les missions suivantes : structuration de la filière, développement de la télémédecine, amélioration de la prise en charge en aval de l'hospitalisation...

Le déploiement de **l'expérimentation DiVa** dans le cadre de l'article 51 (Dispositif innovant), opérationnel depuis 2021 et consistant en un suivi intensif commun des Accidents Vasculaires Cérébraux et des Infarctus du Myocarde par des infirmières, médecins et pharmaciens, hospitaliers et libéraux, dans les établissements de santé du Groupement Hospitalier de Territoire, GHT 21-52.

La réflexion et la validation d'une inscription des établissements de la région dans le **registre France PCI** (cardiologie interventionnelle) ayant pour objectif l'amélioration de la qualité et la pertinence des soins pour les patients coronariens.

La poursuite de la diffusion du **carnet de bord du patient coronarien**.

La structuration du **parcours du patient présentant une embolie pulmonaire** : mise en place d'une organisation intra-hospitalière pour optimiser la prise en charge des patients dans les différents services, ligne H24 ouverte dans les deux CHU, retour anticipé et coordonné en lien avec la médecine de ville...

Le travail sur **le parcours thrombose** : projet développé en septembre 2022 sur le CHU de Dijon avec une infirmière de pratique avancée dédiée à la prise en charge et au suivi des patients présentant une thrombose.

L'expérimentation des **mesures ambulatoires de la pression artérielle** (MAPA) en soins de premier recours.

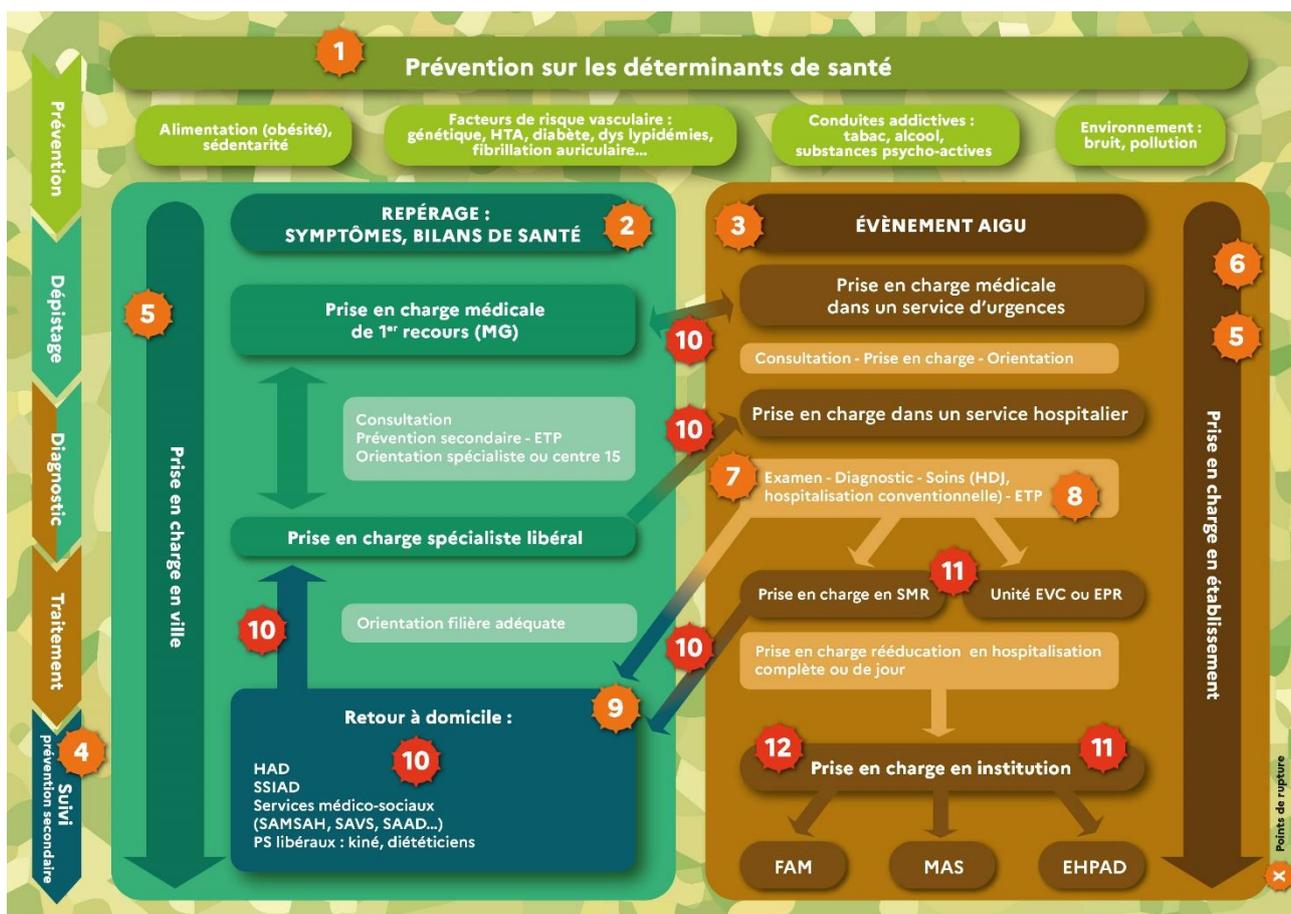
Une dynamique a été lancée courant 2021 sur **l'insuffisance cardiaque**, à la fois sur le plan national et régional, suite aux différents travaux et publications sur le sujet. Ainsi, un groupe de travail a été mis en place rassemblant professionnels de santé en cardiologie, assurance maladie et ARS Parcours pour la mise en place de bonnes pratiques et outils communs à l'ensemble de la région sur la thématique de l'insuffisance cardiaque.

Poursuite de la diffusion du **passeport** du patient insuffisant cardiaque.

A l'occasion de la révision du SRS 2018-2023, ces deux parcours ont été mis en commun eu égard à l'approche parcours et de points de rupture similaires : prévention primaire et secondaire communes, phase de décompensation aiguë avec prise en charge hospitalière, sortie d'hospitalisation vers le domicile avec le besoin de coordination ville-hôpital dans le suivi des pathologies concernées.

De plus ce parcours correspond aux axes stratégiques portés par l'Assurance Maladie qui, dans son rapport de charges et produits, regroupe les maladies cardio-neuro-vasculaires.

### 3) SCHEMA DES POINTS DE RUPTURE DU PARCOURS



#### POINTS DE RUPTURE

- 1 Manque de lisibilité des actions de prévention
- 2 Manque de repérage et de dépistage précoce
- 3 Fragilisation, de la phase préhospitalière/urgences/imagerie
- 4 Insuffisance de repérage précoce des complications / taux de réhospitalisation important
- 5 Difficultés d'accès à une offre de soins adaptée liée à une démographie médicale défavorable
- 6 Manque d'homogénéisation de la filière Insuffisance cardiaque
- 7 Difficultés d'accès à l'imagerie (IRM, scan)
- 8 Manque de connaissance des patients sur leur(s) pathologie(s) (compréhension de la maladie, repérage de signes d'alerte)
- 9 Préparation insuffisante du retour à domicile
- 10 Manque de coordination entre les acteurs du cercle de soins
- 11 Délai de reconnaissance du handicap
- 12 Manque de places et délais d'attente importants

#### 4) OBJECTIFS

---

La prévention primaire commune à l'ensemble des pathologies chroniques est traitée dans le livret Prévention, notamment les fiches « Renforcer les dispositifs de prévention-promotion de la santé et leur territorialisation », « Nutrition et Sport Santé » et « Addictions »

**Objectif 1 : Développer la connaissance des maladies cardio-neuro-vasculaires et favoriser leur repérage précoce**

**Objectifs opérationnels :**

- 1- Communiquer et informer sur les maladies cardio-neuro-vasculaires
- 2- Développer le repérage précoce

**Objectif 2 : Développer la prévention secondaire des maladies cardio-neuro-vasculaires**

**Objectifs opérationnels :** (Cf. Livret innovation – e-santé)

- 1- Développer ou poursuivre l'éducation thérapeutique notamment en ville (Cf. Livret prévention – éducation thérapeutique)
- 2- Poursuivre et accompagner l'offre de formation des professionnels de santé

**Objectif 3 : Améliorer la structuration de la filière des maladies cardio-neuro-vasculaires**

**Objectifs opérationnels :**

- 1- Poursuivre la structuration de la prise en charge pré-hospitalière AVC et insuffisance cardiaque
- 2- Développer l'expertise pluridisciplinaire
- 3- Améliorer le suivi des patients en post-hospitalisation
- 4- Développer des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle
- 5- Développer l'accès aux soins médicaux et de réadaptation en cardiologie et en neurologie (Cf. Livret activités de soins – Soins médicaux et réadaptation)
- 6- Evaluer la qualité des pratiques professionnelles

**Objectif 4 : Améliorer la coordination des parcours en s'appuyant notamment sur le déploiement et l'usage des outils numériques**

Cf. Livret innovation – e-santé

**Objectifs opérationnels :**

- 1- Améliorer la coordination ville-hôpital quel que soit le territoire de résidence du patient
- 2- Favoriser le déploiement de la télémédecine pour améliorer le suivi des patients
- 3- poursuivre le déploiement de la télé-expertise en cardiologie et consolidation pour l'AVC

**Exemples d'actions :**

- ⊙ Campagne de communication nationale sur les signes de l'insuffisance cardiaque de l'assurance maladie.
- ⊙ Développement de campagnes de communication régionales sur les principales pathologies.
- ⊙ Identification des acteurs de ville ayant développé des compétences dans la prise en charge des maladies cardio-neuro-vasculaires.
- ⊙ Accompagnement à la formation des infirmiers en pratique avancée et à leur déploiement.
- ⊙ Sensibilisation et formation des médecins généralistes à la plus-value de la MAPA.
- ⊙ Favoriser les entrées directes en services de soins appropriés en évitant les passages aux urgences.
- ⊙ Mise en place de référents régionaux cardio-oncologiques.
- ⊙ Développement des consultations pluri-professionnels post-AVC.
- ⊙ Développement des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP), notamment en cardiologie et oncologie.
- ⊙ Développement d'outils de suivi régionaux.
- ⊙ Poursuivre le développement des postes d'infirmière de coordination et/ou de suivi.
- ⊙ Consultation dédiée à l'annonce de l'insuffisance cardiaque en post-hospitalisation.
- ⊙ Développement de la conciliation médicamenteuse (*Cf. Livret Qualité, sécurité, pertinence - Politique régionale du médicament*).
- ⊙ Développement des prises en charge alternatives : hospitalisation à domicile, hôpital de jour et en ville
- ⊙ Déploiement du plan personnalisé de soins de réadaptation.
- ⊙ Télésurveillance et télésuivi des patients en réadaptation cardio-vasculaires au sein du centre de rééducation et de réadaptation du CHU de Dijon.
- ⊙ Améliorer le suivi thérapeutique en vie réelle par l'intelligence artificielle des patients atteint de syndrome coronarien aigu.
- ⊙ Projet d'application de gestion des maladies thrombo-emboliques veineuse (AGATE) du CHU de Dijon.

**5) PARTENARIATS**

- Dispositif d'appui à la coordination
- Assurance Maladie
- Unions Régionales des Professionnels de Santé : médecins libéraux, infirmiers, pharmaciens, orthophonistes
- Conseil régional de l'ordre des médecins
- Associations de patients
- Hospitalisation à domicile
- Fédération des maisons de santé et de l'exercice coordonné (FEMASCO)
- Maisons de santé pluri-professionnels
- Réseaux neuro AVC
- Association franc comtoise d'aide à la recherche en cardiologie (AFCARC)
- Centres hospitaliers et universitaires
- Clinique des anticoagulants
- Communautés professionnelles territoriales de santé.

## 6) TRANSVERSALITE

---

- ⊙ Livret prévention – PRSE 4
- ⊙ Livret offre de santé
- ⊙ Livret activités de soins – cardiologie et neuroradiologie interventionnelle
- ⊙ Livret activités de soins – Imagerie
- ⊙ Livret activités de soins – médecine nucléaire
- ⊙ Livret activités de soins – soins médicaux et de réadaptation
- ⊙ Livret activités de soins – chirurgie cardiaque.

#### 4.2.10 PARCOURS PRECARITE

L'ensemble des actions portées par le parcours précarité est intégré au programme d'accès aux soins et à la prévention des personnes les plus démunies (PRAPS).

### 4.3. POPULATIONS AVEC DES BESOINS SPECIFIQUES

*A noter un lien étroit avec le programme régional d'accès aux soins et à la prévention des personnes démunies.*

#### 4.3.1 SANTE DES PERSONNES SOUS MAIN DE JUSTICE

##### 1) CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

---

Les personnes placées sous-main de justice sont :

- Les personnes majeures confiées par l'autorité judiciaire à l'administration pénitentiaire : personnes détenues, personnes en aménagement de peine et personnes suivies au titre d'une mesure de milieu ouvert.
- Les personnes mineures ou jeunes majeurs suivis par la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ), qu'ils soient détenus, placés ou suivis au titre d'une mesure de milieu ouvert.

Ces personnes cumulent un certain nombre de surexpositions aux risques en santé préexistant généralement à leur placement sous-main de justice ou à leur incarcération. Les pathologies psychiatriques, la souffrance psychique, les addictions et leurs conséquences, associées à des pathologies bucco-dentaires, infectieuses et chroniques sont plus prégnantes dans cette part de la population que dans la population générale.

Si les mesures privatives de liberté ont pour objet de protéger la société et de sanctionner les personnes condamnées, elles ne doivent pas entraver le projet de reconstruction pour se préparer à la sortie et se réinsérer. Or, la santé est bien évidemment un facteur indispensable à ce cheminement.

La stratégie santé pour les personnes placées sous main de justice (PPSMJ) prend en compte l'ensemble des stratégies et plans de santé publique avec une approche spécifique adaptée au public concerné et aux contraintes liées à l'exercice des missions de soins et de prévention en milieu carcéral.

Une première feuille de route interministérielle « Santé des personnes placées sous main de justice » a été élaborée pour la période 2019-2022 avec un ensemble d'objectifs à atteindre, tant dans le champ de la prévention que dans celui de l'accès aux soins et 28 actions à mettre en œuvre.

Cette année, une nouvelle feuille de route, couvrant la période 2023-2027, est en cours de finalisation. Elle s'inscrit dans un processus de consolidation et de révision des priorités antérieurement définies en prenant en compte de nouveaux besoins ou de nouvelles expérimentations perçues comme probantes avec une trentaine d'actions à décliner dans les territoires.

Un accent particulier est mis sur la promotion de la santé en milieu pénitentiaire avec l'instruction interministérielle n° DGS/SP/DGOS/R4/DAP/DPJJ/2023/97 du 7 septembre 2023 relative à la mise en place d'une stratégie régionale de promotion de la santé en milieu pénitentiaire. Celle-ci prévoit que la stratégie régionale de promotion de la santé soit portée par un Comité Régional Santé des PPSMJ, nouvelle instance qui sera animée par le référent de l'ARS en lien avec la DISP, la PJJ, les professionnels des UMSP et l'IREPS.

La promotion de la santé fera l'objet d'une orientation prioritaire de la future feuille de route santé des PPSMJ, qui intégrera des objectifs en matière de promotion d'un mieux-être en santé mentale, d'approche globale et positive de la santé sexuelle, de lutte contre les addictions et de réduction des risques et des dommages (RdRD), ainsi que sur d'autres thématiques (promotion de la santé orale, prévention et promotion de la santé des personnes âgées et en situation de handicap, le sport-santé, le développement de l'activité physique et sportive y compris de l'activité physique adaptée et la lutte contre la sédentarité à des fins de mieux-être et de santé, la promotion d'une alimentation favorable à la santé, vaccination...) en portant attention à la question de la littératie en santé.

Dans chaque établissement pénitentiaire, un projet de promotion de la santé et prévention des maladies sera élaboré en réponse aux besoins locaux et en articulation avec la stratégie régionale, mené selon une approche intersectorielle, interprofessionnelle mobilisant la participation des parties prenantes (personnes détenues, professionnels sanitaires, pénitentiaires, PJJ, sociaux, médicosociaux et éducatifs). Ce programme sera construit entre les équipes somatiques et psychiatriques hospitalières exerçant auprès des personnes détenues. L'instruction précise que ce programme devra s'inscrire dans le projet médical de l'hôpital de référence de l'unité sanitaire. Il est recommandé de l'intégrer au projet de l'établissement pénitentiaire.

Au niveau de la Bourgogne-Franche-Comté, le nombre d'établissements pénitentiaires et de structures de la PJJ n'a pas évolué depuis les cinq dernières années. La construction d'un établissement médico-social dédié aux mineurs pris en charge par la PJJ est en projet (programme ISEMA) dans le département de la Côte d'Or.

En revanche, on constate un rebond de la surpopulation dans la plupart des établissements pénitentiaires (la MA de Varennes le Grand est actuellement à 174 % de taux d'occupation et celle de Lons le Saunier à 224 %) alors que la situation s'était bien améliorée pendant la crise COVID. La promiscuité associée à des conditions d'hébergement très dégradées est un facteur favorisant le développement de troubles psychiques ou l'aggravation de troubles préexistants.

Les problèmes d'addiction sont toujours très prégnants avec une évolution à la hausse de la consommation des opioïdes.

Apparaissent également des problèmes de prise en charge de la population carcérale vieillissante. Des solutions doivent être trouvées pour la prise en charge en milieu carcéral et à la sortie de détention des personnes en perte d'autonomie ou souffrant de maladie chronique.

Enfin, le problème de l'accès aux soins des détenus, notamment pour les soins de spécialistes, ne s'est pas amélioré. A la pénurie régionale de médecins spécialistes s'ajoute le déficit de personnels pénitentiaires pour assurer les sorties pour les rendez-vous extérieurs. Il est donc urgent de trouver des partenariats pour développer la télésanté en détention et de régler les problèmes de connexion (Internet et autres) avec les services de l'administration pénitentiaire afin que le matériel nécessaire puisse fonctionner correctement.

Sur la période 2018-2023, la thématique « santé des personnes placées sous main de justice » était intégrée dans le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux soins pour les personnes les plus démunies (PRAPS), et faisait l'objet de l'objectif 5.6 « Optimiser le parcours de santé des personnes sous-main de justice, majeurs et mineurs, et des sortants de prison ».

Dans le Schéma Régional de Santé 2023-2028, une fiche spécifique est désormais dédiée à la santé des PPSMJ.

Elle priorise cinq grands axes de travail pour les cinq années qui viennent :

1. Permettre à chacun de bénéficier :
  - d'une couverture assurance maladie obligatoire et complémentaire à chaque étape de son parcours : entrée en détention, aménagement de peine, sortie... pour éviter les défauts de soins et les ruptures de soins, et ;
  - en cas de handicap ou de perte d'autonomie.
2. Mettre en place des actions de promotion de la santé impliquant tous les acteurs et répondant aux besoins repérés par les professionnels de santé et formulés par les publics bénéficiaires.
3. Mettre en place des partenariats pour garantir au mieux l'accès aux soins en détention.
4. Mieux détecter et prendre en charge les problèmes de santé mentale des détenus dans le cadre d'un projet de soins personnalisé et accepté par le patient.
5. Développer des partenariats avec les établissements médico-sociaux du territoire et les services d'aide à la personne pour la prise en charge des personnes handicapées ou en perte d'autonomie.

## 2) OBJECTIFS

---

*Objectif 1 : Garantir l'accès à la protection sociale et à la prise en charge de la perte d'autonomie*

**Objectifs opérationnels :**

- 1- Faire en sorte que toute personne placée sous main de justice soit à jour de ses droits à l'assurance maladie obligatoire et complémentaire ou à l'aide médicale de l'Etat pour les personnes en situation irrégulière
- 2- Anticiper la mise à jour des droits à l'assurance maladie obligatoire et complémentaire avant la fin de la peine ou à la sortie de détention
- 3- Faire en sorte que les personnes sous main de justice en situation de handicap ou en perte d'autonomie aient accès aux prestations auxquelles elles peuvent prétendre à ce titre

*Objectif 2 : Développer la prévention, la promotion et l'éducation à la santé chez les personnes sous-main de justice*

**Objectifs opérationnels :**

- 1- Etablir un programme régional d'actions relatif à la prévention des maladies et à la promotion de la santé des personnes sous-main de justice en mobilisant un comité régional
- 2- Mettre en place des actions de promotion de la santé de manière concertée et avec l'ensemble des acteurs : personnes détenues ou placées sous main de justice, professionnels de santé et professionnels pénitentiaires et/ou professionnels éducatifs de la protection judiciaire de la jeunesse
- 3- Développer l'offre de pratique d'activité physique et sportive pour les personnes détenues et l'accès à l'activité physique adaptée (APA)

### *Objectif 3 : Garantir l'accès aux soins des personnes détenues*

#### **Objectifs opérationnels :**

- 1- Communiquer sur l'intérêt des stages dans les USMP pour promouvoir les métiers de la santé en détention
- 2- Développer l'utilisation de la Télésanté en USMP
- 3- Permettre l'accès de l'hospitalisation à domicile et des services des soins infirmiers à domicile en EP en passant des conventions
- 3- Prévoir les hébergements ou dispositifs adaptés pour favoriser les aménagements de peines

### *Objectif 4 : Organiser un parcours de soins en santé mentale pour détenus*

#### **Objectifs opérationnels :**

- 1- Réaliser systématiquement un entretien de dépistage conduit par un professionnel de la santé mentale dans les 10 jours de l'entrée en détention (sauf refus explicite du patient)
- 2- Formaliser un projet de soins et organiser un suivi régulier du patient quand les conclusions de l'entretien de dépistage le préconisent
- 3- Elaborer un projet de vie incluant les soins pour la sortie de détention (ex : hébergement, suivi par un médecin référent, suivi particulier pour les AICS)

### *Objectif 5 : Organiser la prise en charge des personnes sous-main de justice dépendante ou en perte d'autonomie*

#### **Objectifs opérationnels :**

- 1- Organiser la possibilité d'intervention des services d'aide à la personne en détention dans des conditions adaptées à l'exercice de leurs missions
- 2- Travailler sur les possibilités d'hébergement permettant des aménagements de peines
- 3- Organiser à l'avance les hébergements ou les prises en charge à domicile adaptées au degré d'autonomie de la personne sortant de détention

### 3) PARTENARIATS

---

- Les Unités Sanitaires en Milieu pénitentiaire (USMP)
- Les centres hospitaliers et les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie
- La Direction Inter-régionale des Services Pénitentiaires (DISP)
- Les établissements pénitentiaires de la région (EP)
- Les Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation (SPIP)
- La Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ)
- Les juges d'application des peines
- Les caisses primaires d'Assurance Maladie
- Les conseils départementaux
- L'IREPS
- Les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé (CSAPA, CAARUD, CEGIDD, CLAT, etc...)
- Les établissements médico-sociaux (ESMS, EHPAD) et les hébergements sociaux
- La HAD
- Les SSIAD
- Les services de soins à domicile
- Les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC)
- L'éducation nationale

### 4) TRANSVERSALITE

---

- ⊙ Livret parcours - Les 10 parcours de santé notamment grand âge, addictions, diabète et maladies rénales chroniques, handicap et nutrition santé
- ⊙ Livret Prévention

PRAPS



