

PRS 2018-2022
Projet Régional de Santé
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ

Schéma régional de santé

- SRS - 2018-2022

VERSION 2

AU 05 FEVRIER 2018

PREAMBULE.....	6
Du cadre d'orientation stratégique au schéma régional de santé	6
Evaluation conjointe des PRS de 1 ^{ère} génération en Bourgogne-Franche-Comté - Principales réussites et recommandations	8
La démographie des professionnels de santé : une problématique transversale à l'ensemble de la politique régionale	13
1 - PREVENIR ET EDUQUER AU PLUS TOT, DYNAMISER LA PROMOTION DE LA SANTE	14
1.1 Prévention universelle.....	15
1.2 Actions de prévention de proximité.....	20
1.3 Prévention thématique.....	25
1.3.1 Vaccination	25
1.3.2 Education thérapeutique du patient.....	34
1.4 Agir sur les déterminants de santé environnementale : plan régional santé environnement ...	40
2 - ACCOMPAGNER LES PERSONNES FRAGILES DANS LEUR AUTONOMIE ET LE RESPECT DE LEURS DROITS	45
2.1 Parcours personnes âgées.....	46
2.2 Parcours handicap : une réponse accompagnée pour tous	56
2.3 Parcours précarité vulnérabilité	71
2.4 Evolution de l'offre médico-sociale : objectifs quantitatifs et qualitatifs	78
2.4.1 Personnes âgées et personnes en situation de handicap	78
2.4.2 Personnes en difficultés spécifiques	103
3 - SE MOBILISER FORTEMENT SUR LA SANTE MENTALE.....	113
3.1 Parcours santé mentale et psychiatrie	114
3.2 Sectorisation et autorisations de psychiatrie	127
4 - FLUIDIFIER LES PARCOURS POUR MIEUX ACCOMPAGNER LES USAGERS	132
4.1 Parcours cancer	133
4.2 Parcours diabète.....	141
4.3 Parcours maladies cardio-vasculaires.....	149
4.4 Parcours neurologie.....	156
4.4.1 Volet AVC traumatismes crâniens et médullaires.....	156
4.4.2 Volet PMND.....	167
4.5 Parcours nutrition santé.....	177
4.6 Parcours maternité-parentalité.....	185
4.7 Parcours développement de l'enfant	192
4.8 Parcours adolescents et jeunes adultes	202
4.9 Parcours addictions	208

5 - FAIRE EVOLUER L'OFFRE DE SANTE POUR MIEUX REpondre AUX BESOINS	217
5.1 Renforcer l'offre de soins dans les territoires au service des patients : une présence médicale et soignante accrue	218
5.1.1 La démographie des professionnels de santé : éléments de diagnostic.....	219
5.1.2 Assurer la répartition des professionnels de santé sur le territoire	223
5.1.3 Adapter l'offre de formation à l'évolution des besoins de santé de la population	236
5.1.4 Accompagner les établissements dans la conduite du changement liée à la transformation du système de santé.....	239
5.2 Améliorer l'accès aux soins non programmés et urgents	252
5.2.1 Plan d'action régional sur les urgences - PARU.....	252
5.2.2 Permanence des soins en établissement de sante - PDSES	262
5.3 Améliorer l'efficacité du système de sante	279
5.3.1 Efficacité et performance du système de santé	279
5.3.2 Coopérations hospitalières.....	285
5.4 Assurer la qualité, la sécurité et la pertinence des soins	290
5.4.1 Qualité, sécurité et pertinence des soins.....	290
5.4.2 Politique régionale du médicament et des produits de santé (PRM)	296
5.4.3 Prévention et traitement des risques sanitaires	305
5.4.4 Inspection-Contrôle.....	310
5.5 Développer la e-santé.....	314
5.5.1 Approche générale de la e-santé	314
5.5.2 Focus eTICSS	321
6 - PLANIFIER LES ACTIVITES DE SOINS	329
6.1 Politique régionale de l'organisation des activités de soins.....	330
6.1.1 Biologie médicale.....	331
6.1.2 Soins palliatifs	339
6.1.3 Médecine	352
6.1.4 Hospitalisation à domicile	363
6.1.5 Chirurgie	370
6.1.6 Gynécologie-obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale.....	385
6.1.7 Médecine d'urgence.....	396
6.1.8 Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie.....	410
6.1.9 Traitement du cancer	422
6.1.10 Réanimation, soins intensifs et surveillance continue	429
6.1.11 Assistance médicale à la procréation	444
6.1.12 Diagnostic prénatal.....	454
6.1.13 Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales	463
6.1.14 Imagerie médicale	471
6.1.15 Traitement de l'insuffisance rénale chronique	481
6.1.16 Soins de suite et de réadaptation.....	492
6.1.17 Soins de longue durée	505
6.1.18 Psychiatrie	514

6.2	Activités de soins soumises à autorisation par zone de planification sanitaire	519
6.2.1	Zonage de planification sanitaire	520
6.2.2	Zone Côte-d'Or	522
6.2.3	Zone Haute-Saône	526
6.2.4	Zone Nord Franche-Comté	530
6.2.5	Zone Centre Franche-Comté	534
6.2.6	Zone Jura	538
6.2.7	Zone Bourgogne Méridionale.....	542
6.2.8	Zone Saône-et-Loire – Bresse - Morvan	546
6.2.9	Zone Nièvre	550
6.2.10	Zone Sud Yonne - Haut Nivernais.....	554
6.2.11	Zone Nord Yonne.....	558
7-	ANIMER, DECLINER ET EVALUER LE PRS	562
7.1	Territorialisation	563
7.2	Priorités par territoires de démocratie en santé.....	573
7.2.1	CTS Côte-d'Or	574
7.2.2	CTS Doubs.....	577
7.2.3	CTS Jura	584
7.2.4	CTS Nièvre	588
7.2.5	CTS Haute-Saône	592
7.2.6	CTS Saône-et-Loire	598
7.2.7	CTS Yonne	601
7.2.8	CTS Pôle métropolitain Nord Franche-Comté	605
7.3	Coopération et contractualisation.....	613
7.4	Développer la participation citoyenne pour renforcer la démocratie en sante	616
7.5	Observation des données de sante et évaluations du PRS	620
7.5.1	Observation des données de santé	620
7.5.2	Evaluations du PRS	623
	ANNEXE : ASPECTS FINANCIERS	628

PREAMBULE

Du cadre d'orientation stratégique au schéma régional de santé

Un schéma régional de santé en cohérence avec le COS

Notre système de santé est confronté à cinq défis majeurs identifiés dans le cadre d'orientation stratégique (COS) : 1. du vieillissement, 2. des maladies chroniques, 3. de la psychiatrie et de la santé mentale, 4. de la démographie déficitaire des professionnels de santé, 5. de l'environnement.

Pour y répondre, l'ARS et l'ensemble des acteurs de Bourgogne-Franche-Comté ont priorisé cinq orientations régionales : 1. faire le choix de la prévention et agir tôt et fortement sur tout ce qui a une influence sur notre santé, 2. favoriser l'autonomie des personnes âgées et/ou en situation de handicap dans le respect des choix de vie de chacun, 3. organiser une offre de santé de proximité, coordonnée, centrée autour de l'utilisateur et en garantissant l'égal accès, 4. faire progresser la performance et la qualité du système de santé en particulier par le soutien à l'innovation, 5. renforcer la démocratie en santé.

La mise en œuvre de ces orientations s'appuie notamment sur une politique de parcours de santé dans les territoires laquelle permettra d'améliorer la coordination entre l'ensemble des acteurs de l'ambulatoire, de l'hôpital et des secteurs social et médico-social.

Ces orientations à long terme (10 ans) sont reprises et présentées ci-après, de façon plus opérationnelle, dans le schéma régional de santé, document qui fixe les objectifs et résultats attendus à cinq ans.

Les chantiers du schéma régional de santé ne pourront être menés qu'en partenariat et en dialogue étroit avec l'ensemble des parties prenantes : les usagers, les acteurs institutionnels et en particulier l'assurance maladie, les professionnels de santé et leurs représentants, les établissements sanitaires et médico-sociaux et les élus des collectivités territoriales, dans le cadre d'une démocratie en santé renforcée au sein des territoires.

Structure du schéma régional de santé

Le schéma régional de santé qui suit développe, en plus de soixante fiches regroupées en sept parties, les grandes orientations de la politique régionale de santé présentées dans le cadre d'orientation stratégique.

Le diagnostic régional

Le schéma régional de santé s'appuie sur un diagnostic régional. Ce diagnostic présente, dans une première partie, un état des lieux de la situation démographique et épidémiologique régionale, des déterminants de santé et des risques sanitaires, des inégalités sociales et territoriales de santé, de la démographie des professionnels de santé ainsi que l'évaluation des projets régionaux de santé antérieurs des deux anciennes régions Bourgogne et Franche-Comté. Il est complété dans une deuxième partie par un diagnostic élaboré spécifiquement pour chacun des treize parcours mis en œuvre dans le cadre du présent projet régional de santé. Compte tenu du champ très étendu de ce diagnostic et du volume qu'il représente (plus de 200 pages), il fait l'objet d'une annexe du projet régional de santé.

La structure du SRS

En premier lieu sont présentés les objectifs en matière de prévention et de promotion de la santé, socles de notre système de santé.

Les trois parties suivantes développent les travaux relatifs aux treize parcours mis en œuvre en région Bourgogne-Franche-Comté, dispositifs fondés sur la transversalité, reposant sur la coordination et plaçant l'usager au centre de la prise en charge.

La partie 5 expose les projets permettant d'améliorer la performance et la qualité de notre système de santé ; la planification de l'offre de soins est abordée en détail dans la partie 6.

La dernière partie du schéma évoque les modalités de sa mise en œuvre avec en particulier la déclinaison territoriale et le pilotage du projet régional de santé.

Ainsi, chaque partie du SRS se rattache à une partie du COS.

La structure des fiches thématiques

Chaque fiche du SRS présente dans sa première partie des éléments de diagnostic en rapport avec le thème traité. Sont ensuite déclinés les objectifs généraux et opérationnels, quelques exemples d'actions ainsi que les résultats attendus.

Parce que la santé est un tout et que le schéma régional de santé est unique, l'articulation entre les différentes politiques et les différents dispositifs ainsi que la transversalité entre les approches et parcours font l'objet des deux dernières parties de la fiche.

La partie opposable du Projet régional de santé

Le schéma régional de santé comporte des objectifs quantitatifs et qualitatifs visant à prévoir, d'une part, l'évolution de l'offre de soins par activité de soins et équipements matériels lourds (partie 6) et, d'autre part, l'évolution de l'offre des établissements et services médico-sociaux (partie 2) ; ces objectifs sont opposables aux établissements et structures concernés.

Evaluation conjointe des PRS de 1^{ère} génération en Bourgogne-Franche-Comté - Principales réussites et recommandations

L'évaluation se compose de trois documents détaillés disponibles sur www.ars.bourgogne-franche-comte.sante.fr.

2016 a été l'occasion de porter un regard global sur les premiers PRS adoptés en 2012 en Bourgogne et en Franche-Comté. Cela s'est traduit par une évaluation externe, conduite par le cabinet MC2 consultants en partenariat avec Hibou conseil ; visant à produire une analyse croisée sur les deux PRS :

- Une **analyse transversale** assortie de recommandations générales.
- Un approfondissement autour de **6 actions particulièrement réussies** en Bourgogne et en Franche-Comté, de manière à identifier le potentiel de généralisation à l'ensemble de la grande région.
- Un bilan global autour de **7 entrées thématiques**, communes aux deux PRS, donnant lieu à des perspectives concrètes : accès aux soins de 1^{er} recours ; organisation territoriale du recours aux soins ; parcours de vie des personnes en situation de handicap ; parcours de santé des personnes âgées ; déclinaison territoriale de la politique de santé au travers des contrats locaux de santé (CLS) ; développement de la e-santé ; parcours en santé mentale.

Une analyse transversale pour définir « en quoi la mise en œuvre de chaque PRS a influé sur l'organisation du système de santé régional ? »

Décloisonner l'organisation du système de santé

A cet égard, le bilan est largement positif tant pour le PRS bourguignon que le PRS franc-comtois qui ont chacun œuvré pour la mise en place de dispositifs de coordination (liaison ville-hôpital, systèmes d'information partagés, contractualisation avec les établissements et les professionnels...), de formations croisées entre intervenants du soin et du médico-social, d'avancées en termes d'exercice coordonné des soins du 1^{er} recours.

- Ces progrès concernent plus particulièrement les thématiques suivantes : accès aux soins de 1^{er} recours ; parcours de vie des personnes en situation de handicap ; parcours de santé des personnes âgées ; parcours en santé mentale.

Conforter la place des usagers

La mise en place d'instances de démocratie en santé, d'outils d'information du public, de forums citoyens permettant d'identifier plus concrètement les besoins a permis de faire progresser l'objectif citoyen au sein du système de santé. Néanmoins, les résultats restent en demi-teinte, d'autant que cet objectif, aux contours parfois flous, est resté dispersé dans les différents documents de planification. Les principales avancées sont constatées dans le champ du handicap (expérimentations réussies).

- Ces progrès concernent plus particulièrement les thématiques suivantes : organisation territoriale du recours aux soins ; parcours de vie des personnes en situation de handicap ; développement de la e-santé.

Améliorer l'efficience

C'est notamment au travers du « virage ambulatoire », de la e-santé, de la gradation des soins et de la réduction des hospitalisations évitables que cet objectif a été poursuivi dans chacun des PRS. Ainsi, outre la mise en place de 6 communautés hospitalières de territoire (Bourgogne) et de 9 fédérations inter hospitalières (Franche-Comté), des initiatives ont fait progresser l'enjeu d'efficience : par exemple alternatives à l'hospitalisation complète (hausse du taux de chirurgie ambulatoire et du nombre de patients en hospitalisation à domicile), création de services médico-sociaux mutualisés, programme Hôpital numérique ou encore déploiement de l'outil Viatrajectoire pour une meilleure orientation des personnes.

- Ces progrès concernent plus particulièrement les thématiques suivantes : organisation territoriale du recours aux soins ; parcours de santé des personnes âgées ; développement de la e-santé.

Garantir l'équité d'accès aux soins

L'enjeu d'équité a principalement reposé, dans les deux PRS, dans la mise en œuvre d'actions visant à enrayer l'érosion annoncée de la démographie médicale et à engager des formes de coopérations entre les professionnels et/ou les acteurs de proximité. Par exemple en cancérologie, le déploiement d'assistants spécialistes partagés dans les centres hospitaliers périphériques ont permis d'assurer une prise en charge équitable en tout point du territoire.

- Ces progrès concernent plus particulièrement les thématiques suivantes : accès aux soins de 1^{er} recours ; organisation territoriale du recours aux soins ; déclinaison territoriale des politiques de santé ; développement de la e-santé.

Des actions réussies et prometteuses en Bourgogne et en Franche-Comté

Action	Pertinence de généralisation à la grande région	Potentiel de transposition (contexte, ressources nécessaires)
Implantation d'un cabinet de radiologie dans une Maison de santé pluridisciplinaire	+++ accès aux soins en proximité	++ nécessité d'un potentiel d'attraction important
Programme d'aide à l'arrêt du tabac Tab'agir	++ efficacité démontrée mais co-existence avec dispositif Tabac info service	+ risque par rapport au choix de la structure de pilotage
Plateforme téléphonique Oncotel	+++ continuité des soins et qualité de prise en charge	++ nécessité d'une organisation coordonnée
Dispositif intégré IME-SESSAD (institut médico-éducatif – service d'éducation spéciale et de soins à domicile)	+++ accompagnement des orientations Piveteau, insertion en milieu ordinaire	+ nécessité d'une organisation très structurée et adaptée aux territoires
Bilan et dépistage bucco-dentaire à l'entrée en Ehpad	+++ enjeu fort, efficacité du dispositif	++ complémentarité avec offre OMEGAH (objectif mieux être grand âge hébergement)
Plateformes de coordination en santé mentale	+++ décloisonnement des secteurs et lisibilité des structures	++ poste de coordonnateur, légitimité à renforcer

Des recommandations pour la construction du PRS de 2ème génération (2018 – 2027)

➤ Par thématique

Accès aux soins du 1^{er} recours

- Harmoniser les outils et les modalités de gouvernance à l'échelle de la grande région (identification des zones prioritaires, réseaux de référents, etc.)
- Sécuriser les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et diversifier leur champ d'activité (consultations non programmées, formation, petites urgences, radiologie...)
- Promouvoir les protocoles de coopération, les centres de santé en milieu urbain et rural, les médecins correspondants des Samu (service d'aide médicale urgente).

Organisation territoriale du recours aux soins

- Concrétiser et approfondir l'articulation ville-hôpital, tout en respectant les dynamiques locales lors de la mise en œuvre des plateformes d'appui territorial (PTA)
- Capitaliser sur les approches des PRS bourguignon et franc-comtois pour mieux accompagner les projets médicaux des GHT en conciliant vision « intégrative » et vision « territorialisée »
- Poursuivre les actions de promotion des alternatives à l'hospitalisation (chirurgie ambulatoire, hospitalisation à domicile)

Parcours de vie des personnes en situation de handicap

- Plan autisme : poursuivre le rapprochement des deux centres de ressources autisme (CRA) et la formation des acteurs
- Améliorer l'accès aux soins des personnes handicapées et territorialiser les orientations du rapport Piveteau
- Analyser et anticiper plus finement les besoins dans le cadre des parcours et en partenariat avec les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), mettre en correspondance des dispositifs souples, par exemple de transition ou de double orientation
- A domicile : développer une offre régionale de soutien aux aidants, accompagnement l'évolution des pratiques des intervenants d'aide et de soins (formation, coordination...)

Parcours de santé des personnes âgées

- Unifier le pilotage régional pour couvrir toutes les composantes du parcours de santé : animation des acteurs, prévention de proximité, aide aux aidants, structures de coordination, structuration complète de la filière gériatrie
- Evaluer les dispositifs engagés en Bourgogne et en Franche-Comté dans une perspective de généralisation à l'ensemble de la région.

Déclinaison territoriale de la politique de santé à travers les contrats locaux de santé (CLS)

- Territoire par territoire : renforcer la pédagogie auprès des élus et la communication sur les résultats, doter les territoires d'une ingénierie pour l'émergence et mise en œuvre des CLS, travailler la faisabilité des plans d'action, diffuser les bonnes pratiques, renforcer la place des citoyens dans les CLS
- Pilotage régional : étendre la durée de contractualisation (plus de 3 ans), assurer le suivi régional des CLS, accompagner les acteurs locaux.

Développement de la e-santé

- Consolider et généraliser les projets en cours et plus largement intégrer de manière durable la e-santé dans l'offre de soins et les pratiques professionnelles
- Conduire des évaluations médico-économiques construire un modèle permettant de financer l'activité et les projets de manière pérenne
- Télémédecine : face au « turn over » important des équipes locales, mettre en place un dispositif d'accompagnement visant à consolider les usages

Parcours en santé mentale

- Renforcer les actions relevant de la filière infanto-juvénile, en particulier la population des 6-13 ans
- Handicap psychique : enrichir les actions de maintien au domicile, identifier les leviers de l'insertion professionnelle en région, mieux soutenir les aidants familiaux
- Soutenir les initiatives visant à déstigmatiser la maladie, déployer une politique spécifique pour les personnes hospitalisées au long cours

➤ Générales

- Définir pour le PRS 2 un cadre logique, hiérarchisé et lisible, susceptible d'entraîner l'adhésion des acteurs
- Passer de l'association / consultation des instances de la démocratie sanitaire à une véritable co-construction du PRS
- Donner la parole aux usagers à toutes les étapes de la définition et de la mise en œuvre de la politique de santé
- Associer une compétence en évaluation à la construction du programme et tout au long de sa mise en œuvre
- Concevoir et animer un dispositif de suivi opérationnel et cohérent avec la stratégie du PRS
- Évaluer de manière systématique les expérimentations mises en œuvre

La démographie des professionnels de santé : une problématique transversale à l'ensemble de la politique régionale

La santé touche le quotidien de l'ensemble des Bourguignons Franch Comtois : avoir un médecin traitant, obtenir rapidement un rendez-vous, accéder à des soins médicaux spécialisés dans un délai approprié à leurs besoins. Autant d'attentes qui doivent être satisfaites au même niveau de qualité sur l'ensemble de notre région non seulement dans les zones rurales plus ou moins isolées mais aussi dans certaines zones urbaines.

Cependant, ces attentes sont dépendantes du nombre professionnels de santé disponibles. Quelle que soit la pertinence d'une politique de santé, elle n'a de sens que si des femmes et des hommes sont en capacité de la mettre en œuvre au plus près de nos concitoyens. Or la démographie des professionnels de santé en Bourgogne-Franche-Comté n'est pas favorable, en comparaison des moyennes nationales.

Son amélioration apparaît comme un prérequis de l'ensemble des objectifs affichés dans le SRS et concerne aussi bien le champ de la prévention, de l'ambulatoire, de l'hospitalier, du premier recours, du second recours, du médico-social ...

Les réponses régionales consistent à agir fortement sur :

- la formation (qualité de la formation, nombre de futurs professionnels de santé à former en adéquation avec les besoins à venir) ;
- l'accompagnement dans le projet professionnel ;
- les conditions d'exercice afin de donner aux professionnels formés de rester en région et d'en attirer d'autres (exercice coordonné) ;
- l'appui aux professionnels en exercice (plateforme territoriale d'appui). ;

Ces réponses sont développées dans la partie 5 de ce schéma régional de santé.

1 - PREVENIR ET EDUQUER AU PLUS TOT, DYNAMISER LA PROMOTION DE LA SANTE

1.1 Prévention universelle

1.1.1 Contexte et problématique

La promotion de la santé permet aux gens d'améliorer la maîtrise de leur propre santé. Elle couvre une vaste gamme d'interventions sociales et environnementales conçues pour favoriser et protéger la santé et la qualité de vie au niveau individuel. Il s'agit d'une approche globale, qui vise le changement des comportements mais aussi des environnements relatifs à la santé, via une gamme de stratégies individuelles (modes de vie, habitudes de vie) et environnementales (conditions de vie). Elle utilise pour cela un grand nombre de moyens, dont l'éducation pour la santé, le marketing social et la communication de masse, l'action politique, l'organisation communautaire et le développement organisationnel.

La prévention universelle concerne la population générale ou certains groupes (par exemple, les écoliers) sans tenir compte des risques individuels. Elle vise à faire acquérir à chacun les compétences et les connaissances utiles pour préserver sa santé et à mettre à sa disposition les ressources qui lui permettront de faire des choix favorables à sa santé. Elle renvoie à l'idée de "promotion de la santé".

La prévention universelle est transversale à plusieurs parcours. Ainsi, les recommandations en matière d'alimentation et d'activité physique du plan national nutrition santé (PNNS), du plan national « sport, santé, bien-être » visent, non seulement à lutter contre l'obésité, mais également à prévenir certaines maladies chroniques (diabète, maladies cardio-vasculaires, cancer...) et à favoriser un vieillissement en bonne santé. Il en est de même de la prévention de l'entrée dans la consommation de substances psychoactives : elle s'appuie sur le développement des compétences psychosociales qui participent également, par exemple, à limiter la prise de risque en matière de comportement.

La prévention universelle doit être mise en œuvre dès le plus jeune âge afin de réduire les inégalités de santé qui s'installent très précocement. Cette prévention universelle peut-être adaptée dans sa forme, sa fréquence, ou la durée des interventions, en fonction de l'environnement culturel ou socio-économique des groupes cibles selon le concept d'universalisme proportionné. En effet, développer la prévention universelle sans préoccupation pour les obstacles qui empêchent certaines populations d'y avoir accès peut aggraver les inégalités de santé. La littératie en santé, c'est-à-dire la capacité d'une personne à trouver, à comprendre, à évaluer et à utiliser une information sur la santé afin de prendre des décisions éclairées concernant sa santé est un de ces obstacles à l'accès à la prévention qu'il faut surmonter. Il est nécessaire, pour cela, de sensibiliser les professionnels à améliorer leurs compétences sociales en communication, dans leur démarche de prévention et de soin, afin d'améliorer l'autonomie et la liberté de choix des usagers.

Qu'il s'agisse de favoriser le bon développement du nourrisson, d'appuyer la mise en œuvre du parcours éducatif en santé à l'école, ou de créer des environnements favorables, la prévention universelle implique de travailler étroitement avec différents partenaires, notamment administratifs, et avec les collectivités territoriales qui ont également des missions dans ce domaine. Une convention a d'ores et déjà été signée avec l'éducation nationale et la DRDJSCS. Le Conseil régional a souhaité également contractualiser avec l'ARS sur différents sujets de santé en particulier le sport-santé et la santé environnementale. Une autre convention est envisagée avec le ministère de l'agriculture. Pendant la durée du PRS, d'autres partenariats pourront être développés en particulier dans le domaine de la petite enfance avec les conseils départementaux et pour construire un programme de prévention universelle adaptée à certaines populations ayant des besoins spécifiques, comme les personnes en situation de handicap ou en situation de précarité ainsi que les personnes sous main de justice : les outils d'éducation à la santé et les méthodes d'intervention devront être adaptés en collaboration avec les principaux acteurs dans ce domaine.

La prévention universelle vise à mettre à disposition de chacun les ressources qui lui permettront de faire des choix favorables à sa santé. L'environnement de vie est une de ces ressources : il doit non seulement ne pas faire peser de risques sur la santé de chacun (cf. la fiche 1.4 Plan régional santé-environnement) mais plus globalement lui offrir des opportunités pour améliorer sa santé. C'est dans cet esprit que la France propose une reconnaissance des villes, des départements ou des entreprises actives PNNS et que l'OMS a développé différents labels comme par exemple le label « hôpital promoteur de santé » ou « ville amie des aînés » : une « ville amie des aînés » est une ville ayant mis en place une politique en faveur des personnes âgées selon la méthodologie proposée par l'OMS. Enfin, un rapprochement avec les acteurs de la santé au travail sera organisé afin de mettre en synergie le PRS et le plan santé au travail, en particulier sur les thématiques de la nutrition et des addictions.

1.1.2 Objectifs

L'ARS, dans le domaine de la prévention, comme dans celui des soins et du médico-social est chargée de réguler, d'orienter et d'organiser, notamment en concertation avec les professionnels de santé et les acteurs de la promotion de la santé, **l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de prévention, de promotion de la santé.**

A ce titre, **elle veille à ce que la répartition territoriale de l'offre et la qualité des interventions en matière de prévention et de promotion de la santé permettent de satisfaire les besoins de santé de la population.**

Elle veille également à assurer l'accès à la prévention et, à la promotion de la santé des personnes en situation de précarité ou d'exclusion.

L'objectif est de développer sur l'ensemble du territoire et en priorité sur les territoires les plus sensibles (notamment territoires politique de la ville) une offre de prévention universelle adaptée aux besoins spécifiques de chaque public, accessible à tous et s'appuyant sur les données de la science :

- en coordonnant l'action des différents intervenants qui portent sur les territoires des missions de prévention financées par l'ARS et en assurant la qualité de leurs interventions,

- en accompagnant les professionnels de santé, les établissements de santé et médico-social pour le développement d'actions de prévention en direction de leur patientèle mais également de la population de leur territoire,
- en mobilisant les acteurs institutionnels pour soutenir le développement d'environnements favorables et promouvoir la prévention auprès de leurs publics,



Objectif général n°1 : structurer au niveau régional une offre en matière de prévention universelle pour en faciliter la mise en œuvre par les acteurs locaux en réponse aux besoins spécifiques des publics

Cet objectif se décline en 4 objectifs opérationnels :

- Définir l'offre en fonction des priorités régionales en matière de santé
- Organiser la participation des acteurs régionaux et territoriaux de la prévention pour construire cette offre
- Adapter cette offre aux besoins spécifiques de certains groupes de population en développant notamment la littératie en santé
- Faire connaître cette offre aux différents acteurs ayant une mission en matière de prévention universelle

Résultats attendus :

- Création d'un réseau régional d'appui en prévention et promotion de la santé



Objectif général n°2 : réorienter les services de santé vers la prévention

Cet objectif se décline en 3 objectifs opérationnels :

- Renforcer l'implication des maisons de santé / centres de santé dans la prévention universelle
- Structurer une offre de prévention accessible au sein des GHT en mutualisant leurs ressources à destination de leur patientèle mais également comme recours pour les médecins libéraux

- Développer l'articulation entre les acteurs du soin de premier recours et les structures organisées participant à la prévention et au repérage des situations à risques (CSAPA, MDA, ...)

Résultats attendus :

- 80 % des maisons et centre de santé proposant des actions de prévention universelle
- 100 % des GHT ayant inscrit un volet prévention dans leur PMP



Objectif général n°3 : promouvoir dans les partenariats institutionnels les actions ayant fait la preuve de leur efficacité

Cet objectif se décline en 4 objectifs opérationnels :

- Mettre en œuvre les conventions signées en développant les actions de promotion et d'éducation pour la santé ayant fait la preuve de leur efficacité
- Promouvoir et accompagner les programmes de développement des compétences psychosociales à l'école
- Mettre en place des démarches de type « intervention auprès des collégiens sur l'activité physique et sportive (ICAPS) » dans des lieux d'apprentissage (éducation nationale, enseignement agricole)
- Développer les partenariats avec les conseils départementaux pour implanter des interventions fondées sur des données probantes visant à favoriser le bon développement des nourrissons et des enfants notamment les plus défavorisés

Résultats attendus :

- Augmentation des écoles (éducation nationale et enseignement agricole) ayant développé un programme probant de développement des compétences psychosociales
- Augmentation du nombre des collèges ayant mis en œuvre une action de type ICAPS
- 80 % des départements ayant contractualisé sur le volet petite enfance



Objectif général n°4 : promouvoir les environnements favorables à la santé

- Faire connaître les initiatives qui promeuvent des environnements de vie favorables à la santé et accompagner les acteurs volontaires : villes PNNS, villes amies des aînés, écoles promotrices en santé, hôpitaux promoteurs de santé, etc ...
- Susciter, en cohérence avec le plan santé au travail, les initiatives des entreprises dans le domaine de la prévention du tabagisme et de la nutrition

Résultats attendus :

- Augmentation du nombre de collectivités, d'écoles et d'hôpitaux ayant demandé le label correspondant
- Augmentation de la mobilisation des entreprises sur le « mois sans tabac » et pour l'obtention du label « entreprise active du PNNS »

1.1.3 Indicateurs

- Création du RRAPPS
- Part des MSP ayant au moins une action de prévention/promotion financée par le FIR et/ou l'ACI
- Part des départements ayant contractualisé pour renforcer la prévention précoce dès l'enfance
- Nombre d'écoles et de collèges ayant mis en œuvre une action de type ICAPS

1.1.4 Articulation

- Collectivités locales : commune, département, région, ...
- Administrations : Education Nationale, Ministère de l'agriculture, Ministère de l'environnement...
- Association, réseaux et structures pouvant intervenir dans ce cadre
- Acteurs de l'économie sociale et solidaire
- Santé Publique France et Universités
- Organismes d'Assurance Maladie et de Retraite, mutuelles
- Plan régional santé environnement (PRSE)
- Programme national nutrition santé (PNNS)

1.1.5 Transversalité

- Partie 1 : Prévenir et éduquer au plus tôt, dynamiser la promotion de la santé
- **Activité transversale à plusieurs parcours :**
 - Partie 2 : Accompagner les personnes fragiles dans leur autonomie et le respect de leurs droits
 - Partie 3 : Se mobiliser fortement sur la santé mentale
 - Partie 4 : Fluidifier les parcours de santé pour mieux accompagner les usagers
- Fiche 7.1 : Territorialisation
- Fiche 7.3 : Coopération et contractualisation

1.2 Actions de prévention de proximité

1.2.1 Contexte et problématique

Le titre 1 de la loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016 prévoit de renforcer la prévention et la promotion de la santé. C'est aussi l'une des priorités des ARS qui ont développé depuis leur création en 2010, une approche ciblée pour répondre au plus près des besoins de la population et répondre ainsi à la problématique des inégalités territoriales de santé.

Pour cela, elles mettent en œuvre des programmes adaptés aux spécificités territoriales en s'appuyant sur des opérateurs compétents en particulier les associations de prévention et les professionnels de santé et dans des cadres réglementaires tels que les Contrats locaux de santé (CLS) et les Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).

Nous traiterons ici principalement des actions de prévention de proximité déclinés via les CLS et/ou les CPOM par les différents opérateurs institutionnels, associatifs ou professionnels de santé qui travaillent dans ces différents cadres. Nous avons exclu les actions au sein des lieux de vie (santé au travail, établissements médico-sociaux, éducation à la santé,...) car elles sont abordées dans d'autres fiches (fiche 1.1 : Prévention universelle, fiche 2.4 : Evolution de l'offre médico-sociale...).

La région Bourgogne-Franche-Comté est découpée en 35 territoires de proximité sur lesquels sont construits les CLS (cf. fiche 7.1 : Territorialisation). Tous les CLS ont des actions de prévention et les 5 thématiques les plus fréquentes sont : la nutrition et l'activité physique, l'éducation à la santé des adolescents, les personnes âgées en perte d'autonomie, la prévention des addictions et le relais des campagnes de prévention nationales (semaine européenne de la vaccination SEV, dépistage cancers).

Au 1^{er} mai 2017, 90 maisons de santé pluri professionnelles (MSP) sont en activité, et 57 % d'entre elles ont au moins une action de prévention financée par le Fond d'intervention régional (FIR) ou le règlement arbitral (RA) ; 46 autres sont en projet et il existe une forte volonté politique pour les multiplier.

Il existe enfin une douzaine de grands opérateurs régionaux capables de déployer des actions sur des territoires isolés.

1.2.2 Objectifs

Il s'agit de développer les actions de prévention de proximité et 3 leviers paraissent essentiels : le CLS et ses acteurs, les MSP en forte expansion et les associations de prévention, notamment de dimension régionale. Ces 2 derniers opérateurs pouvant travailler dans le cadre de leur CPOM et/ou dans le cadre du CLS, il faudra veiller à éviter les doubles financements et autres redondances.



Objectif général n°1 : développer la prévention de proximité pour répondre au plus près du terrain à l'objectif de réduction des inégalités territoriales de santé

Cet objectif se décline en 4 objectifs opérationnels :

- S'inscrire pour toutes ces actions, en particulier pour les CLS, dans une démarche de promotion de la santé en conformité avec la charte d'Ottawa

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Action de type communautaire, création d'environnements favorables, acquisition d'aptitudes individuelles (éducation à la santé), réorientation des services de santé, actions sur les déterminants de la santé (en particulier comportementaux : activité physique, nutrition, alcool, tabac, vie sexuelle)

Résultats attendus :

- La majorité des CLS ont une approche globale de la santé et intègrent plusieurs dimensions de la promotion de la santé

- Mettre en place avec les différents acteurs concernés un volet actions de prévention en proximité dans chaque CLS

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Définition de thématiques et actions régionales prioritaires de prévention en cohérence avec les parcours et les priorités des MSP
- Prise en compte de priorités spécifiques et pertinentes issues du diagnostic territorial partagé
- Appel à projet pour certains territoires si manque d'opérateurs compétents pour mettre en œuvre des actions importantes

Résultats attendus :

- Tous les CLS ont un volet prévention

- Favoriser l'engagement des MSP, des autres structures pluri professionnelles de 1^{er} recours, des libéraux et des hôpitaux de proximité dans des actions de prévention en cohérence avec les priorités des CLS

Il s'agit aussi d'amener ces nouvelles organisations en pleine croissance vers les principes de la promotion de la santé et de la charte d'Ottawa : réorientation vers plus de prévention, actions de type collectives.

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Financement par le FIR et /ou le RA des actions de types collectives et pluri professionnelles en complément des actions de prévention individuelles médicalisées
- Mise en cohérence des fiches thématiques prévention spécifiques aux structures de santé de 1er recours avec la politique de l'ARS en matière de prévention et en particulier avec les priorités des parcours
- Consolidation du rôle de la fédération régionale pour accompagner les structures et pour développer des actions propres sur plusieurs MSP
- Extension sur la Bourgogne de la fonction de chargé de mission de santé publique dans le cadre de la fédération régionale des MSP

Résultats attendus :

- Les MSP contribuent à la mise en œuvre des priorités en matière de prévention définies pour le territoire du CLS dans lequel elles sont implantées

- S'appuyer sur les grandes associations régionales de prévention via leur CPOM pour prioriser l'action sur certains territoires déshérités

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Intégration lors du dialogue de gestion des priorités territoriales identifiées dans le CPOM en lien avec les délégations départementales

Résultats attendus :

- Tous les CPOM des associations régionales majeures ont une dimension territoriale (territoire de proximité) précisant les actions prioritaires attendues par l'ARS pour lutter contre les inégalités territoriales de santé

**Objectif général n°2 : améliorer la qualité des programmes, projets et actions**

Cet objectif se décline en 4 objectifs opérationnels :

- S'appuyer sur le Réseau Régional d'Appui à la Prévention et à la Promotion de la Santé (RRAPSS) :

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Accompagnement méthodologique des projets
- Formation des opérateurs de terrain
- Elaboration de stratégies d'intervention et diffusion de bonnes pratiques d'intervention

- Promouvoir les actions probantes (fondées sur les preuves)

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Action en lien avec le futur Institut régional de santé publique et avec le pôle régional ressource documentaire de l'Ireps

- Mettre en œuvre l'instruction, le suivi et l'évaluation des projets de prévention des structures de soins primaires au niveau des délégations départementales

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Suivi des projets prévention financés par l'accord cadre interprofessionnel (ACI) de l'AM et/ou le FIR
- Suivi des CPOM de dimension départementale et infra départementale

- Renforcer l'évaluation des projets au terme du CPOM ou du CLS

Résultats attendus :

- Tous les CLS et les CPOM sont évalués avec diffusion des résultats aux partenaires concernés



Objectif général n°3 : communiquer, partager les pratiques

Cet objectif se décline en 2 objectifs opérationnels :

- Communiquer sur les territoires et faire connaître aux partenaires locaux les priorités en matière de prévention
- Organiser tous les 2 ans une journée régionale d'information et d'échanges de pratiques

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Une journée prévention sera organisée en 2018 avec tous les acteurs concernés

Résultats attendus :

- Une journée régionale de prévention/promotion de la santé est organisée tous les 2 ans



Objectif général n°4 : renforcer la coopération et la coordination entre les différents financeurs

Cet objectif se décline en 4 objectifs opérationnels :

- Dans le cadre de la commission de coordination des politiques publiques de prévention (2C3P)

- Dans le cadre de la gestion du risque avec l'Assurance maladie
- Dans le cadre de la conférence des financeurs pour les personnes âgées avec les conseils départementaux
- Dans le cadre de la commission spécialisée prévention de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA)

Résultats attendus :

- Les financeurs des actions de prévention sont informés régulièrement des actions et projets conduits en région quel qu'en soit le cadre réglementaire, contractuel ou le mode de financement

1.2.3 Indicateurs

- Part de CLS avec une ou plusieurs actions sur les déterminants environnementaux de la santé
- Part des MSP contribuant à la mise en œuvre des priorités en matière de prévention définies dans le cadre du CLS

1.2.4 Articulation

- Associations de prévention
- Assurance maladie
- Maisons de santé pluriprofessionnelles et autres structures organisées de soins primaires
- Autres acteurs des CLS : collectivités territoriales, Etat
- Acteurs de l'économie sociale et solidaire
- L'Ireps, l'Asept
- En interne ARS : animation territoriale et délégations départementales

1.2.5 Transversalité

- Partie 1: Prévenir et éduquer au plus tôt, dynamiser la promotion de la santé
- Les parcours développent des actions de prévention :
 - Partie2 : Accompagner les personnes fragiles dans leur autonomie et le respect de leurs droits
 - Partie 3 : Se mobiliser fortement sur la santé mentale
 - Partie 4 : Fluidifier les parcours de santé pour mieux accompagner les usagers
- Fiche 7.1 : Territorialisation
- Fiche 7.3 : Coopération et contractualisation

1.3 Prévention thématique

1.3.1 Vaccination

1.3.1.1 Contexte et problématique

La vaccination est considérée comme l'un des plus importants progrès de l'histoire de la médecine, elle a permis de réduire de façon très importante la mortalité infantile due aux maladies infectieuses ainsi que la morbidité et les séquelles s'y attachant. Elle constitue avec l'hygiène et les antibiotiques les 3 piliers de l'infectiologie.

Malgré tous ces succès, des interrogations voire une certaine défiance se sont fait jour dans la population française au cours de ces dernières années, même si la grande majorité de la population reste favorable à la vaccination. La France n'est pas la seule victime de cette relative désaffection, mais elle est particulièrement touchée.

Selon le dernier baromètre santé 2014 réalisé par l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (Inpes), 80 % des 18-75ans se déclaraient favorables à la vaccination. Cependant, certains vaccins suscitent des réserves et c'est le cas pour ceux contre la grippe saisonnière, l'hépatite B et le papillomavirus qui recueillent respectivement 19 %, 13 % et 8 % d'opinion défavorables. Une enquête menée la même année auprès de médecins généralistes en activité montre que 97 % d'entre eux sont d'accord pour dire que leur rôle est d'inciter les patients à la vaccination, même s'il existe des réticences pour ¼ d'entre eux pour certains vaccins. Ces résultats sont encourageants et montrent une nette évolution de l'adhésion par rapport à celle observée dans le baromètre 2010.

Au niveau national, il existe une vraie volonté de faire évoluer la politique vaccinale avec le rapport de la députée Sandrine HUREL qui a formulé des propositions reprises par la Ministre de la Santé dans son plan d'action pour une réorientation de la politique vaccinale. Il s'agit de restaurer la confiance des français dans la vaccination en apportant des réponses claires à leurs inquiétudes et 2016 a donc été l'année de la grande concertation citoyenne avec la mise en place d'un comité d'orientation qui vient de présenter ses conclusions. Certaines sont déclinables en région et pourront donc être intégrées au programme régional.

Les principales recommandations de ce comité d'orientation s'articulent autour de 6 axes :

- *L'exigence citoyenne de transparence*

Déclaration d'intérêt pour les experts et transparence des informations scientifiques sur la vaccination

➤ *L'engagement des pouvoirs publics dans un effort d'information et de communication*

Mise en place par les pouvoirs publics d'un site unique référent, doté d'un espace participatif. Intégration de la vaccination dans le parcours éducatif de santé, et recours de nouveau à l'école comme lieu de vaccination pour les enfants âgés de 6 et 11 ans.

Profiter de la journée défense et citoyenneté pour évaluer le statut vaccinal et informer.

➤ *La simplification du parcours vaccinal*

Faciliter le parcours vaccinal en élargissant les personnels et structures habilités à pratiquer cet acte : pharmaciens, infirmiers, sages-femmes, extension des centres de vaccination, vaccination en Ehpad, prison, médecine du travail, écoles.

Valoriser l'acte dans la pratique médicale : rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP)

Mise en place du carnet de vaccination électronique (CVE) : inclus dans un système global de gestion de l'information, partagé entre soignés et professionnels de santé (PS), intégré dans le logiciel métier des PS et dans le dossier médical partagé (DMP). Les expérimentations régionales en cours serviront de base pour une généralisation.

Mise en œuvre de stratégies pour réduire les risques de ruptures de stock avec la constitution de stocks de sécurité.

➤ *Le soutien des professionnels de santé grâce à une meilleure formation*

Formation initiale : renforcer le temps d'enseignement des étudiants en médecine, en pharmacie, en soins infirmiers et des étudiants sages-femmes.

Formation continue : inscrire la vaccination comme thème prioritaire pour tous les PS impliqués dans la décision et la pratique de l'acte vaccinal (cf ci-dessus) à travers le développement professionnel continu (DPC).

➤ *La recherche*

Mise au point de nouveaux vaccins, nouvelles molécules adjuvantes pour optimiser la réponse immunitaire, nouvelles voies d'administration (patch), vaccin adaptés (plus puissants) pour les personnes âgées ou immunodéprimées.

➤ *L'élargissement du caractère obligatoire de la vaccination des enfants*

Le comité recommande l'élargissement temporaire de l'obligation vaccinale pour les enfants avec clause d'exemption et sous conditions : prise en charge à 100 %, vaccins disponibles, régime d'indemnisation des effets indésirables. Sont concernés les vaccins contre 11 maladies : diphtérie, tétanos, poliomyélite,

coqueluche, haemophilus influenzae B, hépatite B, pneumocoque, méningocoque C, rougeole, oreillons, rubéole.

Par ailleurs, obligation vaccinale des PS contre l'hépatite B, la rougeole pour les personnels non immunisés, et recommandation forte de vaccination contre la grippe, la coqueluche et la varicelle.

Promotion de la vaccination HPV (papillomavirus) à l'école et dispense d'avance des frais.

Couverture vaccinale en Bourgogne Franche-Comté (données Santé publique France) :

La couverture vaccinale 2015 est bonne chez les nourrissons pour les vaccinations suivantes :

- 97 % des enfants ont reçu les 3 doses de vaccin DTP ;
- 97 % ont reçu les 3 doses de vaccin contre la coqueluche et l'Haemophilus b ;
- 91 % ont reçu les 3 doses de vaccin contre le pneumocoque ;
- 87 % ont reçu les 3 doses contre l'hépatite B (en forte progression).

La couverture contre les infections à méningocoques C continue de s'améliorer et est proche de 70 % à l'âge de 2 ans.

La couverture vaccinale contre la rougeole reste insuffisante : elle est à 91 % pour la première dose et à 77,5 % pour la seconde dose et reste inférieure à l'objectif de 95 % nécessaire pour prévenir les épidémies.

Certaines couvertures restent très insuffisantes chez l'enfant, l'adolescent, l'adulte et chez les personnes âgées ou vulnérables :

- la couverture contre le méningocoque C diminue fortement avec l'âge : 36,6 % pour les 10-14 ans et 28,5 % pour les 15-19 ans ;
- la couverture vaccinale contre le papillomavirus continue de diminuer avec 20,9 % (pour 2 doses) en 2015 contre 28 % en 2010 ;
- seulement la moitié des personnes de 65 ans et plus et 37 % des patients en affection longue durée (ALD) étaient vaccinés contre la grippe. La vaccination des professionnels de santé reste aussi notoirement insuffisante ;
- les couvertures vaccinales à l'âge de 15 ans contre le DTP (diphtérie, tétanos, polio), coqueluche et hépatite B sont estimées (niveau national enquête élève 2008/2009) respectivement à 84 %, 70 % et 43 % ;
- seulement 1 adulte sur 2 (estimation nationale 2012) était à jour de son rappel DTP. La simplification du calendrier vaccinal de 2013 avec des rappels à âge fixe devrait contribuer à améliorer la situation.

A noter que couverture régionale et couverture nationale sont très proches (1 à 2 % d'écart maxi) avec les mêmes tendances.

1.3.1.2 Objectifs

Le rôle de l'Agence régionale de santé est de promouvoir la vaccination en développant une politique régionale qui mobilise pour sa mise en œuvre des opérateurs de terrain compétents. Dans ce cadre, le développement de partenariats avec les différents acteurs et institutions, en particulier avec l'Assurance maladie, acteur historique dans ce domaine est essentiel. Par ailleurs, un nouveau comité régional Bourgogne-Franche-Comté sera mis en place courant 1^{er} trimestre 2017.

La finalité du programme régional vaccination pour la période 2018-2022 est d'améliorer la couverture vaccinale sur la région Bourgogne-Franche-Comté pour l'ensemble des vaccinations du calendrier vaccinal (même si certaines vaccinations avec une couverture vaccinale très insuffisante comme celles contre le HPV, la méningite C et la grippe par exemple, seront à prioriser). Il s'appuiera sur les objectifs généraux et opérationnels ci-dessous. Les recommandations du comité d'orientation citoyenne de dimension régionale (possibilité d'action régionale) sont intégrées dans ces objectifs.



Objectif général n°1 : améliorer la pratique et favoriser la promotion de la vaccination sur les territoires

Cet objectif se décline en 3 objectifs opérationnels :

- Améliorer la pratique de la vaccination dans le cadre des soins de 1er recours

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Financement de projets dans le cadre du règlement arbitral et du FIR prévention. La vaccination est l'une des 10 priorités retenues dans le cadre régional concernant le développement de la promotion de la santé et de la prévention en maisons de santé pluriprofessionnelles, centres de santé et autres structures et organisations de 1er recours pluriprofessionnelles autour d'un territoire et d'un projet de santé. Les actions seront de type collectif pour promouvoir la vaccination et développer les relances à partir du dossier informatisé

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Suivi avec l'Assurance Maladie des objectifs et indicateurs concernant la vaccination et contractualisés dans le cadre de la convention médicale de 2016 entre médecins généralistes et Cnamts avec son avenant 1. Ce dispositif d'incitation appelé rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) est le 3ème étage de la rémunération des médecins avec le paiement à l'acte et au forfait. La promotion est assurée par les Délégués de l'Assurance Maladie (DAM) avec la réalisation de visites au cabinet du médecin. Trois vaccins sont concernés : la grippe, le ROR et le méningocoque C.
- Intégration de la vaccination dans une approche globale prévention en expérimentant chez l'adolescent une consultation spécifique prévention en lien avec le parcours concerné et incluant plusieurs thématiques (addictions, sexualité, obésité, apprentissages, vaccination ...)

Résultats attendus :

- Au moins 1 MSP sur 2 a un projet vaccination financé sur le FIR et/ou le RA

- Promouvoir la vaccination dans le cadre des contrats locaux de santé (CLS)

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Définition de la promotion de la vaccination comme l'une des priorités des CLS pour mettre en œuvre des actions de sensibilisation de la population en partenariat avec les acteurs du territoire, collectivités territoriales notamment

Résultats attendus :

- Au moins 1 CLS sur 2 avec un projet pour promouvoir la vaccination

- Délocaliser l'action des centres de vaccination pour une plus grande couverture territoriale

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Séances de vaccination délocalisées dans les territoires avec un faible taux de couverture vaccinale ou vers des populations en situation précaire (centre d'accueil des demandeurs d'asile (CADA), Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), centre d'accueil et d'orientation (CAO), foyers d'hébergement ...). Possibilité de s'appuyer sur l'offre des Centres d'examen de santé (CES) de l'Assurance Maladie

Résultats attendus :

- Tous les centres de santé ont mis en place des séances de vaccination délocalisées

**Objectif général n°2 : promouvoir et faciliter l'accès à la vaccination sur les lieux de vie**

Cet objectif se décline en 2 objectifs opérationnels :

- Faciliter l'accès à la vaccination de publics ciblés prioritaires

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Promotion de l'information sur les vaccinations et en particulier sur le vaccin anti HPV au cours des visites médicales et des bilans infirmiers réalisés en milieu scolaire.
- Formations communes médecins et infirmier (ères) de la santé scolaire sur le vaccin HPV

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Actions de sensibilisation à la vaccination et vacciner les étudiants de l'université de Bourgogne et de Franche-Comté avec l'Université
- Habilitation des structures volontaires pour développer leur activité vaccination
- Cette démarche d'habilitation s'effectue dans le cadre de la loi de janvier 2016. Sont concernées des structures comme les services de médecine universitaire, les centres d'examen de santé de la sécurité sociale
- Sensibilisation des professionnels des Ehpad, contractualisation (Cpom)

Résultats attendus :

- Une sensibilisation à la vaccination anti HPV est faite systématiquement lors du bilan réalisé en classe de 6ème

- Mise en œuvre de campagnes de vaccination spécifiques en cas d'urgence

**Objectif général n°3 : inciter à la vaccination**

Cet objectif se décline en 4 objectifs opérationnels :

- Communiquer auprès du grand public et aussi plus spécifiquement auprès des adolescents et jeunes adultes

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Diffusion et relais de la campagne sur la semaine européenne de la vaccination et mobiliser dans ce cadre tous les partenaires.
- Intervention lors des journées défense et citoyenneté (JDC) avec le centre du service national
- Communication auprès des adolescents et jeunes adultes par rapport à certaines vaccinations : HPV, rappel coqueluche de 25 ans, hépatite B, méningocoque C

Résultats attendus :

- Tous les partenaires du comité régional de vaccination sont mobilisés pour la semaine européenne de vaccination

- Renforcer l'implication des centres de vaccination dans la promotion de la vaccination contre la grippe saisonnière

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Promotion coordonnée avec l'Assurance maladie de la vaccination contre la grippe saisonnière

Résultats attendus :

- Au niveau de chaque département, les centres de vaccination s'associent aux actions conduites par caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) pour promouvoir la vaccination contre la grippe saisonnière, en vue d'une augmentation du taux de couverture vaccinale

➤ Promouvoir les systèmes de relance ciblée des invitations vaccinales

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Relances s'appuyant sur le système de relance automatique des invitations vaccinales de l'adulte mis en place par la CNAMTS à partir du système d'information de l'Assurance Maladie. La simplification du calendrier vaccinal entrée en vigueur en 2013 ouvre en effet de nouvelles possibilités avec la vaccination à âges fixes : 25, 45, 65 ans puis tous les 10 ans
- Développement en même temps de la relance vaccinale dans les maisons de santé pluriprofessionnelles et autres organisations de même nature.
- Expérimentations en cours en Franche-Comté par le biais de requêtes sur les logiciels métiers des PS puis d'invitations adressées aux personnes ciblées

Résultats attendus :

- Les MSP impliquées dans le projet vaccination financé par le FIR et piloté par la Femasac (Fédération des maisons de santé comtoises) ont mis en place un système de relance pour leurs patients

➤ Sensibiliser et améliorer la formation des professionnels de santé

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Sensibilisation annuelle de tous les professionnels de santé par l'envoi de courriers et documentation sur les vaccinations et les nouveautés du calendrier vaccinal
- Formations inscrites comme thème prioritaire de DPC
- Amélioration de la couverture vaccinale des professionnels de santé ambulatoire et en établissements de santé et médico-sociaux par des campagnes ciblées de communication et autres actions de sensibilisation

Résultats attendus :

- Les professionnels de santé réalisent régulièrement une évaluation du statut vaccinal de leurs patients

**Objectif général n°4 : améliorer l'évaluation et le suivi des couvertures vaccinales**

Cet objectif se décline en 2 objectifs opérationnels :

- Mise en place d'un carnet de vaccination électronique

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Expérimentation, dans le cadre du projet territoire de santé numérique eTICSS (e territoire innovant coordonné santé social) de l'utilisation du carnet de vaccination électronique avant sa généralisation à toute la région si le résultat est positif.

Résultats attendus :

- Un carnet de vaccination électronique intégré dans le logiciel métier des PS et dans le DMP est généralisé dans toute la région en 2022

- Améliorer l'évaluation des couvertures vaccinales au niveau des différents territoires

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Mise en place d'outils pour un suivi au niveau région, départements et territoires de proximité

Résultats attendus :

- Le taux de couverture vaccinale des différentes vaccinations du calendrier sont disponibles sur le site de l'ARS BFC et ce pour chacun des 3 niveaux de territoire retenus.

1.3.1.3 Indicateurs

- Couverture vaccinale contre le méningocoque de séro groupe C chez l'enfant de 2 ans
- Couverture vaccinale 2 doses contre la rougeole chez l'enfant de 2 ans
- Nombre de centres de vaccination impliqués dans la promotion de la vaccination antigrippale en lien avec la CPAM

1.3.1.4 Articulation

- Les opérateurs de terrain concernés dans le cadre du comité régional vaccination
- Cellule interrégionale d'épidémiologie (CIRE) pour le suivi des taux de couverture vaccinale
- En interne ARS :
 - Projet e-santé pour le CVE
 - Animation territoriale pour les CLS
 - Organisation des soins et en particulier soins ambulatoires

1.3.1.5 Transversalité

- Fiche 4.1 : Parcours Cancer (pour la promotion de la vaccination contre le papillomavirus)
- Fiche 4.8 : Parcours Adolescents et jeunes adultes (pass santé jeunes)

1.3.2 Education thérapeutique du patient

1.3.2.1 Contexte et problématique

L'augmentation constante du nombre de patients atteints de pathologies chroniques établit de nouveaux rapports entre soignants et patients. Dans ce contexte le rôle de l'éducation thérapeutique s'est progressivement renforcé et son utilité a été démontrée.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) s'adresse à des personnes malades et à leur entourage pour les aider à bien gérer leur maladie et leur traitement, prévenir les complications évitables et s'adapter à toute évolution de la maladie, afin qu'il soit autonome. Cette éducation contribue à améliorer leur qualité de vie.

Reconnue comme nécessaire par l'ensemble des professionnels de santé, elle est particulièrement destinée à améliorer la prise en charge des maladies chroniques et des polyopathologies en structurant la prise en charge pluridisciplinaire.

Les bénéfices attendus de l'éducation thérapeutique sont nombreux, tant sur le plan des résultats médicaux (meilleure observance des prises médicamenteuses et des recommandations hygiéno-diététiques), de la qualité de la prise en charge (réduction du nombre de complications, diminution du nombre d'hospitalisations) que sur le plan de la qualité de vie des patients.

L'éducation thérapeutique représente un axe important du plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques et est inscrite dans les recommandations de prise en charge éditée par l'HAS pour de nombreuses maladies chroniques.

Enfin l'éducation thérapeutique est une priorité inscrite dans la loi HPST et est ainsi aujourd'hui reconnue comme faisant partie intégrante de la prise en charge des malades chroniques.

L'éducation thérapeutique du patient constitue ainsi un axe stratégique fort des politiques de santé actuelles.

En 2017, l'agence suit près de 200 programmes autorisés dont plus de la moitié sont en direction de patients, soit diabétiques, soit atteints de maladies cardiovasculaires, soit atteints d'obésité. Ces trois pathologies sont plus particulièrement mises en avant compte tenu des liens épidémiologiques forts et des comorbidités associées.

1.3.2.2 Objectifs

L'ARS promeut le développement de l'éducation thérapeutique afin de mailler le territoire avec des professionnels de santé formés et de proximité afin de proposer une éducation thérapeutique au plus près des malades.

La finalité est de développer l'éducation thérapeutique de façon homogène sur la région Bourgogne-Franche-Comté et pour ce faire l'agence a défini les objectifs généraux et opérationnels suivants :



Objectif général n°1 : améliorer la formation des professionnels de santé

Cet objectif se décline en 2 objectifs opérationnels :

- Développer des formations de premier niveau (40h) sur les territoires

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- En formation initiale :
 - Inscription de formations (40h) dans les programmes proposés dans les IFSI
 - Développement de sensibilisation ou formation à pour les futurs professionnels de santé (pharmaciens, médecins, kiné, sages-femmes...)
- En formation continue :
 - Intégration de la formation (40h) dans les missions des unités thérapeutiques d'éducation du patient (UTEP) : action directe ou délégation à un organisme de formation

Résultats attendus :

- 1 IFSI par département a intégré un module ETP dans sa formation
- Mise à jour du cahier des charges des UTEPs
- Etat des lieux des formations existantes en formation initiale sur les territoires

- Développer une offre de formation de proximité en direction prioritairement des PS libéraux

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Travail avec la COMET (coordination multipartenariale pour l'éducation thérapeutique) pour réaliser un état des lieux et formuler des recommandations sur la Bourgogne

Résultats attendus :

- Application des recommandations sur le territoire



Objectif général n°2 : organiser l'offre sur la région pour améliorer l'accès à l'éducation du patient

Cet objectif se décline en 5 objectifs opérationnels :

- Proposer une offre d'accompagnement des acteurs locaux notamment en direction des libéraux sur la grande région en lien avec la COMET

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Mise en place en Bourgogne d'une structure sur le mode COMET en Franche-Comté après étude des besoins

- Développer la coordination et la coopération entre les différentes structures transversales d'ETP du territoire de santé (réseaux, UTEP, plateforme ambulatoire...)

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Organisation d'une réunion entre toutes les UTEP de la région BFC

- S'appuyer sur les structures de santé pluridisciplinaires de proximité (1^{er} recours) pour développer les programmes ETP

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Financement des programmes dans le cadre du FIR et des CPOM
- Financement d'actions hors programmes dans le cadre du RA

- Promouvoir le développement de l'éducation thérapeutique sur le périmètre des groupements hospitaliers de territoire (GHT)

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Extension du périmètre des UTEP hospitalières aux établissements du GHT sous condition qu'elles soient renforcées

- Mise en place d'une UTEP sur le GHT Nord Franche-Comté

Résultats attendus :

- Intégration dans les CPOM des structures de santé pluridisciplinaires de proximité (1^{er} recours) de programmes ETP ou d'actions



Objectif général n°3 : améliorer la qualité et l'accessibilité des programmes d'éducation thérapeutique

Cet objectif se décline en 2 objectifs opérationnels :

- S'assurer de la qualité des programmes d'ETP

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Suivi des rapports d'activité annuel
- Réalisation d'une autoévaluation annuelle
- Suivi des évaluations quadriennales

Résultats attendus :

- L'ensemble des programmes d'éducation bénéficient d'une autoévaluation annuelle

- Favoriser l'accessibilité des programmes d'ETP sur les territoires de proximité

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Communication sur l'outil OSCARS ETP (Cartographie des programmes)
- Ciblage des besoins prioritaires ou zones déficitaires
- Soutien du développement de projets innovants

Résultats attendus :

- Mise à jour annuelle des cartes représentant l'offre des programmes sur la région



Objectif général n°4 : favoriser le développement des programmes d'ETP et l'éducation intégrée aux soins pour les patients malades chroniques

Cet objectif se décline en 3 objectifs opérationnels :

- Développer des programmes dans la cadre des parcours de santé

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Appel à projet dans le cadre du plan des maladies neurodégénératives (PMND)
- Intégration dans les programmes de façon systématique d'une offre individuelle ou collective nutrition (activité physique et diététique)

- Mettre en œuvre des programmes d'ETP transversaux (multi-pathologies) de proximité

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Programme d'ETP s'adressant à des patients pouvant présenter des pathologies différentes ou multiples mais pour lesquels il est possible de développer des actions communes (concernant l'alimentation, l'activité physique, ...) permettant d'avoir des files actives suffisantes en proximité

- Mettre en œuvre des programmes dans le cadre des autres projets du PRS

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Extension du réseau néphrologie de Bourgogne sur la Franche-Comté (programmes spécifique IRC, dialyse et greffes)

Résultats attendus :

- Nouveaux programmes autorisés dans le cadre de l'appel à projet PMND



Objectif général n°5 : communiquer et échanger sur les pratiques

Cet objectif se décline en 1 objectif opérationnel :

- Poursuivre l'organisation d'une journée régionale d'échanges de pratique entre PS sur l'ETP tous les 2 ans

Résultats attendus :

- Réalisation de 3 journées d'ici 2022

1.2.3.3 Indicateurs

- Part de professionnels de santé en BFC ayant bénéficié d'une formation d'au moins 40h à l'ETP
- Part de structures pluriprofessionnelles de proximité ayant au moins un programme autorisé d'ETP
- Nombre de patients franc-comtois pris en charge dans les programmes du réseau néphrologie BFC

1.2.3.4 Articulation

En interne avec les services en charge de :

- l'animation territoriale et les délégations départementales pour la mise en œuvre des programmes d'éducation thérapeutique de proximité.
- des soins primaires et urgents dans le cadre de l'accord cadre interconventionnel (ACI)

En externe avec les unités transversales (UTEP, réseaux, plateforme)

1.2.3.5 Transversalité

- Fiche 4.1 : Parcours Cancer
 - Fiche 4.2 : Parcours Diabète
 - Fiche 4.3 : Parcours Maladies cardiovasculaires
 - Fiche 4.4 : Parcours Neurologie (développement de l'éducation thérapeutique au sein du Programme des Maladies Neuro-Dégénératives)
 - Fiche 4.5 : Parcours Nutrition-santé. L'activité physique et l'alimentation sont proposées de façon systématique dans les programmes d'éducation thérapeutique
- } plus de la moitié des programmes
d'éducation thérapeutique ciblent le
diabète et les risques cardio-vasculaires

1.4 Agir sur les déterminants de santé environnementale : plan régional santé environnement

1.4.1 Contexte et problématique

Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé – Conférence d'Helsinki – 1994, « La santé environnementale comprend les aspects de la santé humaine, y compris la qualité de la vie, qui sont déterminés par les facteurs physiques, chimiques, biologiques, sociaux, psychosociaux et esthétiques de notre environnement ».

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

La région Bourgogne-Franche-Comté est marquée par les indicateurs de santé environnement suivants :

- En 2016, 18,9 % des unités de distribution ont été alimentées par une eau non conforme ponctuellement ou de manière plus durable principalement pour des raisons de contamination microbiologique de l'eau ou par des pesticides.
- En matière d'habitat indigne, 5 % du parc privé de résidences principales est potentiellement indigne. De nombreuses pathologies sont provoquées ou accentuées par des désordres liés à l'habitat et la précarité énergétique : saturnisme, maladies respiratoires (asthmes, allergies), maladies infectieuses, accidents domestiques ; plus généralement l'impact des polluants de l'air intérieur (Benzène, formaldéhydes, monoxydes de carbone...) sur la santé des populations constitue une priorité de santé publique
- 5 départements de la région sont classés à risque radon, gaz radioactif naturel reconnu comme cancérogène pulmonaire depuis 1987 par l'OMS ; La fraction attribuable de cancer du poumon est estimée de 14 % à 27 % (secteur Franche-Comté – étude CIRE année 2005-2006) contre 5 à 12% au niveau national
- Prolifération de l'ambrosie, plante dont le pollen est fortement allergisant, avec des secteurs déjà fortement impactés (Jura et Nièvre notamment). Plus généralement, 15 à 20 % de la population française est allergique aux pollens, cause de problèmes d'absentéisme à l'école ou au travail et pouvant conduire à une pathologie asthmatique.

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

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

- de pollution de l'air : estimation de 2200 décès par an liés à la pollution de l'air en Bourgogne-Franche-Comté (Source Santé publique France, 2016) ;
- d'exposition aux substances nocives et aux nuisances sonores ;
- de précarité énergétique des ménages les plus fragiles.

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

Le Plan régional santé environnement 2017-2021 (PRSE 3), copiloté par la préfecture de région, le Conseil Régional et l'ARS a pour ambition de prendre en compte l'ensemble de ces enjeux et de définir des actions de prévention sur l'ensemble de ces déterminants de santé. Sa mise en œuvre va nécessiter une mobilisation de tous les acteurs : Région, services de l'État, ARS, collectivités, associations de santé et environnement....

1.4.2 Objectifs

Le PRSE3 comporte 5 axes prioritaires d'intervention qui ont été définies sur la base d'un diagnostic préparatoire réalisé en 2016 par l'observatoire régional de la santé (ORS) et Alterre Bourgogne, Agence pour l'environnement et le développement soutenable, permettant d'analyser, de synthétiser et de confronter les enjeux identifiés sur la région Bourgogne-Franche-Comté en matière de santé environnement.

Pour chaque axe, plusieurs objectifs spécifiques et des actions ont été proposés par des groupes de travail associant les acteurs de la région compétents.

**Axe 1 : améliorer, en quantité et en qualité, la ressource en eau depuis le milieu naturel jusqu'à la distribution au robinet du consommateur****Objectifs :**

- Sécuriser les captages vulnérables à la turbidité et à la pollution bactériologique
- Lutter contre les pollutions diffuses qui dégradent les ressources en eau, en lien avec le second plan ECOPHYTO
- Anticiper les changements climatiques à venir

Résultats attendus :

- Amélioration de la qualité de l'eau vis-à-vis des contaminations microbiologiques et celles liées aux pesticides
- Préservation des ressources stratégiques pour l'alimentation en eau potable actuelle et future

**Axe 2 : prendre en compte les enjeux de santé liés aux espaces clos (bruit, radon, air intérieur, confort thermique ...)****Objectifs :**

- Cibler et diffuser la politique de prévention en s'appuyant sur des dispositifs d'observation permettant de mieux appréhender les enjeux
- Intégrer la santé dans l'acte de construire
- Protéger les populations les plus sensibles et les plus vulnérables dans leur habitat, notamment par la réalisation d'audits de la qualité de l'air intérieur

Résultats attendus :

- Amélioration de la connaissance du public sur les gestes à adopter pour prévenir les risques sanitaires liés aux espaces clos
- Disposer de professionnels du bâtiment sensibilisés et formés à la qualité sanitaire de l'environnement intérieur
- Amélioration de la prise en charge du patient allergique ou asthmatique en lien avec des facteurs de l'habitat

**Axe 3 : limiter les expositions à la pollution atmosphérique et les allergies dues aux pollens****Objectifs :**

- Renforcer l'information sur les allergies polliniques et développer des plans de lutte contre l'ambrosie notamment au sein des collectivités et dans le monde agricole
- Faire en sorte que les enjeux liés à la pollution de l'air soient pris en compte dans les politiques locales en cohérence avec les objectifs fixés par la COP 21

Résultats attendus :

- Meilleure prise en compte du risque allergique lié aux pollens par le public et les aménageurs au sens large
- Réduire les pollutions de l'air à la source, dans les territoires
- Mieux caractériser les sources d'émissions pour mieux les réduire



Axe 4 : intégrer les enjeux de santé environnement dans les stratégies et les projets d'aménagement, d'urbanisme et de mobilité (déplacement, bruit, ...)

Objectifs :

- Favoriser une meilleure intégration des enjeux de santé dans les documents d'urbanisme et les opérations d'aménagement
- Favoriser les mobilités actives, enjeu majeur de santé publique
- Lutter contre les maladies vectorielles
- Lutter contre les «îlots de chaleur » urbain

Résultats attendus :

- Meilleure prise en compte des enjeux de santé dans les documents d'urbanisme
- Augmentation des mobilités actives
- Meilleure gestion des espaces publics limitant la propagation des maladies vectorielles et meilleure information du public



Axe 5 : développer des actions et dynamiques territoriales en faveur de la santé environnementale

Objectifs :

- Favoriser l'implication des citoyens
- Impliquer les relais, notamment les professionnels de santé
- Outiller les collectivités pour l'appropriation des enjeux de santé environnement
- Créer et animer des communautés d'acteurs locaux et régionaux qui agissent sur le terrain en santé environnement

Résultats attendus :

- Une meilleure prise en compte des déterminants de santé dans les politiques publiques

1.4.3 Indicateurs

- Axe 1 : évolution annuelle du nombre de non-conformités en ce qui concerne la bactériologie et la turbidité.
- Axe 2 : nombre de gestionnaires dans le domaine sanitaire ou médico-social ayant contractualisé avec l'ARS et l'ADEME.
- Axe 3 : arrêté préfectoral pris dans chaque département et nombre de référents nommés par les collectivités
- Axe 4 : nombre de personnes/structures formées à la démarche d'Évaluation d'impact sur la santé(EIS)
- Axe 5 : nombre d'appel à projet et nombre d'actions retenues et développées par type de public.

1.4.4 Articulation

- Conseil Régional, Conseils Départementaux, Collectivités
- Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DREAL), direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt (DRAAF), Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE), Direction départementale des territoires (DDT)
- Agences de l'eau, Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (ADEME)...
- Plan ECOPHYTO
- Plan d'Action pour les Mobilités Actives
- Associations (santé et environnement)
- Projets alimentaires territoriaux (PAT)

1.4.5 Transversalité

- Partie 1 : Prévenir et éduquer au plus tôt, dynamiser la promotion de la santé
 - Fiche 1.1 : Prévention universelle (plan santé au travail)
- Partie 4 : Fluidifier les parcours de santé pour mieux accompagner les usagers
 - Fiche 4.5 : Parcours Nutrition-santé (avec les plans et programmes PNNS, Santé Sport ou Alimentation)

2 - ACCOMPAGNER LES PERSONNES FRAGILES DANS LEUR AUTONOMIE ET LE RESPECT DE LEURS DROITS

2.1 Parcours personnes âgées

2.1.1 Contexte et problématique

D'après les études menées par l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), la Bourgogne-Franche-Comté dénombre 290 000 personnes âgées de 75 ans et plus en 2014. Elle est l'une des régions françaises les plus avancées en âge, puisque les personnes de plus de 75 ans représentant 10,5 % de la population régionale. L'estimation de l'indice de vieillissement tend à montrer une accentuation du phénomène dans les années à venir, puisqu'en 2014, la région recensait 82 personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans, alors que le ratio pourrait atteindre 128 personnes âgées pour 100 jeunes d'ici 2035 (109 au niveau national).

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

Les progrès de la médecine s'accompagnent en effet d'une augmentation du nombre de personnes qui vieillissent avec plusieurs pathologies chroniques et handicaps synchrones. Ces personnes sont vulnérabilisées et leur accompagnement comme la prise en charge médicale est complexe, nécessitant la mobilisation de compétences dans le champ éthique, médical, social et un travail coordonné en interdisciplinarité.

L'augmentation des hospitalisations et ré-hospitalisations, principalement dues à 4 facteurs de risques (les chutes, la dénutrition, la iatrogénie médicamenteuse et la dépression), doit être maîtrisée afin de limiter au maximum celles qui peuvent être évitées.

La population âgée potentiellement dépendante approcherait quant à elle les 85 000 habitants pour la région en 2020, en progression de 12 % par rapport à 2014.

Le soutien à domicile, en ce qu'il constitue une réponse aux souhaits d'une grande majorité de la population, accompagne en profondeur la prise en charge des aînés mais aussi de leurs aidants. L'évolution de la structure familiale impacte également les modalités de cette prise en charge.

Corollaire du soutien à domicile, l'accueil en établissement médico-social doit également être adapté à cette évolution de l'âge et de la dépendance, mais aussi à l'augmentation des troubles psycho-comportementaux.

Dans le même temps, l'évolution de la densité en médecins généralistes est préoccupante, principalement en Bourgogne où la diminution est de plus de 16 % en 8 ans, soit l'une des plus importantes en France.

La réponse proposée est 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.

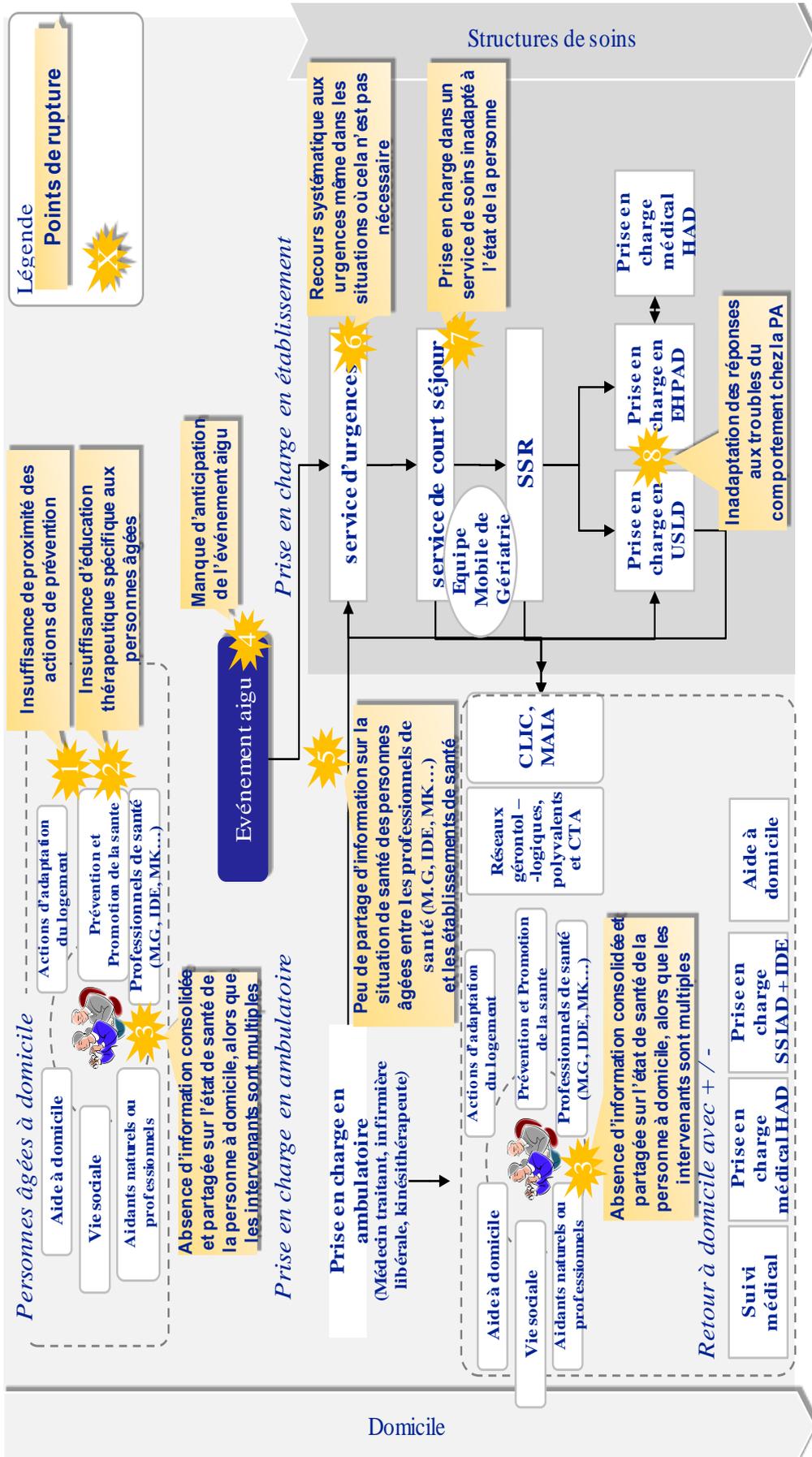
C'est dans cet objectif et dans le cadre d'une démarche structurante, que se déploie le programme Parcours Santé des Aînés (PAERPA-Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie) expérimenté dans la Nièvre et le Doubs jusqu'à fin 2018.

2.1.2 Identification des points de rupture

Liste des points de rupture :

1. insuffisance de proximité des actions de prévention ;
2. insuffisance d'éducation thérapeutique spécifique aux personnes âgées ;
3. absence d'information consolidée et partagée sur l'état de santé de la personne à domicile alors que les intervenants sont multiples ;
4. manque d'anticipation de l'évènement aigu ;
5. peu de partage d'information sur la situation de santé des personnes âgées entre les professionnels de santé et les établissements de santé ;
6. recours systématique aux urgences même dans les situations où cela n'est pas nécessaire ;
7. prise en charge dans un service de soins inadapté à l'état de la personne ;
8. inadaptation des réponses aux troubles du comportement chez la PA.

PARCOURS ET POINTS DE RUPTURES : PERSONNES ÂGÉES VIVANT À DOMICILE AYANT UN ÉVÉNEMENT AIGU



2.1.3 Objectifs généraux



Objectif général n°1 : favoriser les conditions d'un soutien à domicile de qualité

Cet objectif se décline en 4 objectifs opérationnels :

- Prévenir et repérer en amont les situations de fragilité à domicile, en mettant l'accent sur les principaux facteurs de risques (chutes, dénutrition, dépression, iatrogénie médicamenteuse)

En lien avec l'objectif 4 Lutter contre la poly-médication des personnes âgées (PA), et la fiche 4.5 : parcours Nutrition-santé

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Sensibilisation des PA sur les sujets Mémoire, Alimentation, Equilibre, Médicament, Sommeil, et élargissement des thématiques en fonction des besoins repérés en lien avec les conférences des financeurs
- Mobilisation des personnels des Services d'Aide à Domicile au repérage des risques de fragilité
- Rôle renforcé des réseaux et/ou des équipes mobiles d'orientation gériatriques

Résultats attendus :

- Répartition équitable de l'offre sur les territoires en lien avec les principaux facteurs de risque, et accès facilité pour le public ciblé aux offres de formation-sensibilisation
- Renforcement de la professionnalisation des acteurs du domicile au repérage de la fragilité

- Adapter l'offre en services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et en service polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) et en Hospitalisation à Domicile (HAD), en la restructurant, en lien avec les Conseils départementaux

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Restructuration de l'offre en SSIAD/ SPASAD tenant compte des résultats du diagnostic
- Déploiement des expérimentations SPASAD en déclinaison d'une politique régionale de l'aide et du soin construite avec les Conseils départementaux,
- Déploiement d'outils et dispositifs favorisant la coordination et la liaison entre les acteurs (ex : tablettes, classeurs spécifiques de liaison...) en lien avec le déploiement d'eTICSS (Cf. fiche 5.5 : développer la e-santé)
- Développement de partenariats entre offre sanitaire/sociale/ambulatoire

Résultats attendus :

- Couverture territoriale équilibrée de l'offre en adéquation avec les besoins de prise en charge des personnes
- Développement de l'offre intégrée aide et soins
- Partenariat efficace avec l'offre sanitaire (hospitalisation à domicile HAD), ambulatoire (infirmiers libéraux et centres de soins infirmiers) et médico-social
- Augmentation du nombre de personnes prises en charge

- Renforcer le soutien aux aidants (offres de répit, groupe de paroles...)

En lien avec la fiche 4.4 : parcours Neurologie - volet plan maladies neurodégénératives (PMND)

- Pérenniser les dispositifs existants et faire émerger de nouvelles offres répondant aux besoins, en concertation avec les Conseils Départementaux et l'ensemble des partenaires impliqués

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Cartographie de l'offre existante dans les territoires, généralisation des actions repérées comme remarquables, et promotion des expérimentations autour de dispositifs novateurs
- Création et/ou renforcement des plateformes de répit pour une égalité de traitement des usagers, en levant les freins à l'utilisation de cette offre

Résultats attendus :

- Connaissance plus fine de l'offre pour élaborer un schéma de déploiement et/ou de création de nouvelles offres (accueil de jour itinérant, offres à destination des malades jeunes et de leurs aidants, baluchonnage, etc.)
- 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

- Rendre lisible cette offre et la faire connaître des professionnels, ~~et~~ des usagers et leur entourage

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Réalisation de supports de communication (Flyers, affiches, etc.) et identifier les vecteurs
- Organisation d'une (de) journée(s) régionale(s) d'information

Résultats attendus :

- Meilleure connaissance de l'offre par les utilisateurs potentiels
- Augmentation du recours à cette offre (dont augmentation du nombre de personnes ayant recours aux plateformes de répit)

- Renforcer la formation des proches aidants

Exemples d'actions (liste non exhaustive):

- Mise en œuvre d'une offre de formation, d'information/sensibilisation et d'actions collectives de soutien et d'accompagnement
- Mise en place de solutions visant à lever les freins, notamment par une prise en charge de l'aidé durant la formation

Résultats attendus :

- Renforcement de l'offre et des coordinations existantes
- Participation des aidants aux actions de formation

- Promouvoir l'éducation thérapeutique du patient
Cf. fiche 1.3.2 : éducation thérapeutique du patient



Objectif général n°2 : adapter l'offre de prise en charge en établissement médico-social à l'augmentation de l'âge et de la dépendance à l'entrée, consécutive au renforcement du soutien à domicile

Cet objectif se décline en 4 objectifs opérationnels :

- Diminuer les facteurs de risques en institution (chutes, dénutrition, dépression, iatrogénie médicamenteuse) pour prévenir les situations de fragilité

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Mise en place de modules de prévention, élargis notamment à l'activité physique
- Promotion des pratiques de bien-être

Résultats attendus :

- Mise en place dans chaque EHPAD d'au moins une action de prévention auprès des résidents sur les thèmes définis

- Renforcer la professionnalisation des personnels aux pathologies relevant des syndromes démentiels et des troubles psycho-comportementaux

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Intégration de modules de formation à ces pathologies dans les plans de formation
- Développement des Ressources d'Assistants en Soins en Gériatrie (ASG)
- Soutien au développement des alternatives permettant un moindre recours à la prescription médicamenteuse dans le respect de la personne

Résultats attendus :

- Evolution positive du taux Assistants en Soins en Gérontologie/Aides-Soignants
- Diminution des hospitalisations inadéquates

- Accompagner la fin de vie par une prise en charge de qualité et respectueuse de la personne

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Formation du personnel à l'accompagnement à la fin de vie et à la réflexion éthique
- Aide à la rédaction de directives anticipées et collégialité de la décision
- Mise en place d'une articulation opérationnelle avec l'HAD et les équipes mobiles de soins palliatif (EMSP) en cas de besoin d'accompagnement technique

Résultats attendus :

- Respect des choix de la personne
- Diminution des hospitalisations inadéquates

- Favoriser la mise en œuvre de l'HAD en EHPAD
Cf. fiche 6.1.4 : HAD

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Communication auprès du personnel soignant de l'EHPAD et des médecins libéraux intervenants
- Définition des situations les plus propices dans le contexte local, notamment à l'occasion des rencontres professionnelles

Résultats attendus :

- Augmentation du nombre de résidents pris en charge en HAD



Objectif général n°3 : structurer les filières gériatriques sur le territoire régional pour réduire les hospitalisations inadéquates et les passages évitables aux urgences

Cet objectif se décline en 5 objectifs opérationnels :

- Organiser la complémentarité entre le centre expert et les hôpitaux de proximité

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Définir les centres experts
- Intégrer les hôpitaux de proximité dans la construction de la filière gériatrique territoriale

➤ Adapter la réponse aux besoins d'expertise gériatrique

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Articulation de la filière gériatrique avec la filière psychiatrique dans le cadre du groupement hospitalier de territoire (GHT)
- Mise en place de la télémédecine entre services de gériatrie et EHPAD

Résultats attendus :

- Une filière qui travaillera avec les structures de prise en charge des personnes âgées de son territoire, intervenant à domicile
- Une expertise et des consultations gériatriques, pouvant être mobilisées facilement par les médecins traitants (notamment via une hotline)
- Des hospitalisations directes dans les services de court séjour gériatrique pour éviter le passage aux urgences
- Des entrées directes en SSR afin de pouvoir réaliser des évaluations gériatriques et mettre en place des programmes de réadaptation
- Des sorties d'hospitalisation préparées avec les structures d'appui (activation des dispositifs existants dont PAERPA et PRADO (programme d'accompagnement du retour à domicile))
- Une répartition harmonieuse des places d'USLD au niveau régional, dans un but d'équité d'accès aux soins
- Un recours organisé à l'avis d'un psychiatre de la personne âgée

➤ Encourager le recours à l'hébergement temporaire pour éviter les hospitalisations inadéquates en secteur sanitaire

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Communication sur cette offre auprès des professionnels de santé
- Contractualisation avec les structures d'hébergement temporaire HT autour des missions attendues (offre de répit, de transition ou d'urgence)

Résultats attendus :

- Augmentation du taux d'occupation des places d'hébergement temporaire ciblé entre 50 et 90 %

➤ Limiter le passage aux urgences aux situations non évitables

- Prévenir le passage aux urgences généré par la situation médico-sociale

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Déploiement des ressources au sein des plateformes territoriales d'appui (PTA) permettant aux médecins traitants de trouver des réponses appropriées aux situations rencontrées à domicile
- Préparation des sorties d'hospitalisation en lien étroit avec les professionnels de santé de proximité, en 1er lieu le médecin traitant
- Mise en place de réunions de concertations pluridisciplinaires en EHPAD
- Mise en œuvre de la télémédecine entre services de gériatrie et EHPAD

Résultats attendus :

- Augmentation du nombre de situations complexes accompagnées par les structures d'appui

- Renforcer la coordination entre établissements de santé (ES) et EHPAD

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Instauration d'une communication médicale directe entre EHPAD et établissements de santé (ES) (ligne directe, messagerie sécurisée de santé (MSS))
- Inscription dans les CPOM des ES et des EHPAD et dans le projet médical partagé (PMP) des groupements hospitaliers de territoire (GHT) d'un plan d'actions conjoint notamment sur l'admission directe dans les services
- Elaboration de protocoles de soins écrits et accessibles au personnel soignant de l'EHPAD

Résultats attendus :

- Mise à disposition d'une boîte à outils (convention, protocole, formation...)
- Congruence des projets de vie (EHPAD) et des projets de soins (CH)

- Déployer des dispositifs de télémédecine en maisons de santé pluriprofessionnelle (MSP) et en EHPAD

Cf. fiche 5.5 : Développer la e-santé



Objectif général n°4 : lutter contre la poly-médication inappropriée des personnes âgées

Cf. fiche 5.4.2 : Politique régionale du médicament



Objectif général n°5 : faciliter la coordination et la coopération des acteurs notamment dans le lien ville-hôpital, partager l'information et le travail en réseau

Cet objectif se décline en 3 objectifs opérationnels :

- Structurer et outiller les plateformes territoriales d'appui aux parcours de santé complexes

Cf. fiche 5.1.2 : assurer la répartition des professionnels de santé sur le territoire

- Développer les protocoles de coopération ou de délégations de tâches

Cf. fiche 5.1.2 : assurer la répartition des professionnels de santé sur le territoire

- Développer des systèmes d'information et de coordination partagés entre les acteurs des 3 secteurs, interopérables avec les outils métiers

Cf. fiche 5.5 : développer la e-santé



Objectif général n°6 : reconnaître la personne âgée comme actrice et partenaire de sa prise en charge

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Identification et utilisation des moyens et outils favorisant chez la personne âgée l'expression individuelle et collective
- Mise en place d'outils rendant l'offre lisible et facilement accessible

Résultats attendus :

- Les besoins de la personne âgée sont exprimés et entendus quel que soit son lieu de vie

2.1.4 Indicateurs

- Age moyen d'entrée en EHPAD
- Taux de réhospitalisation à 30 jours pour personnes âgées de plus de 75 ans
- Taux d'évolution du nombre de PA de plus 75 ans suivies dans le cadre d'un PPS

2.1.5 Articulation

- Schémas gérontologiques des conseils départementaux
- Programme d'actions des conférences de financeurs
- Plan national triennal pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie 2015-2018

2.1.6 Transversalité

- Partie 1 : Prévenir et éduquer au plus tôt, dynamiser la promotion de la santé (Education thérapeutique du patient et renforcement de actions préventives au sein des établissements de santé et médico-sociaux)
- Partie 2 : Accompagner les personnes fragiles dans leur autonomie et le respect de leurs droits
- Partie 3 : Se mobiliser fortement sur la santé mentale
- Fiche 4.4.2 : Parcours Neurologie – volet plan maladies neurodégénératives (PMND)
- Fiche 4.5 : Parcours Nutrition-santé
- Partie 5 : Faire évoluer l'offre de santé pour mieux répondre aux besoins
- Fiche 6.1.2 : Soins palliatifs
- Fiche 6.1.4 : Hospitalisation à domicile
- Fiche 6.1.16 : Soins de suite et de réadaptation
- Fiche 6.1.17 : Soins de longue durée

2.2 Parcours handicap : une réponse accompagnée pour tous

2.2.1 Contexte et problématique

La loi du 11 février 2005 donne une définition 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. »

Le parcours handicap repose sur les constats des différents rapports publiés ces dernières années portant sur le champ du handicap (rapport « Zéro sans solution » de Denis PIVETEAU, rapport mondial sur le handicap, rapport de Pascal JACOB, Rapport de Vaincre l'Autisme et le rapport de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES)).

Les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), les conseils départementaux et l'ARS sont sollicités régulièrement par des familles concernant la situation d'un proche en attente d'un accompagnement médico-social, en risque ou en rupture de parcours de vie.

Ainsi, les commissions dites « situations critiques » ont été mises en œuvre dans les départements dans les suites du rapport « Zéro sans solution » réalisé par Denis PIVETEAU.

L'ambition conduite, au niveau national, par Marie-Sophie DESAULLE, missionnée en 2014 pour préciser les étapes et les modalités de la mise en œuvre du rapport PIVETEAU, est de pouvoir faire adhérer l'ensemble des départements à la démarche « Une réponse accompagnée pour tous » qui repose sur 4 axes complémentaires :

- axe 1 : la mise en place du dispositif d'orientation permanent par les MDPH ;
- axe 2 : le déploiement territorialisé d'une réponse accompagnée pour tous ;
- axe 3 : la création d'une dynamique d'accompagnement et de soutien par les pairs ;
- axe 4 : l'accompagnement au changement des pratiques.

L'objectif est que tous les acteurs (maisons départementales des personnes handicapées, agences régionales de santé, Education nationale, conseils départementaux, gestionnaires d'établissements ou de services du secteur social, médico-social et sanitaire) s'organisent et se coordonnent pour construire avec les personnes ou leurs familles des réponses à leurs besoins, quelle que soit la complexité ou la gravité de leur situation.

Sur la région Bourgogne-Franche-Comté, les 8 départements s'engagent dans cette démarche, soutenus par l'Agence Régionale de Santé (ARS).

Le rapport mondial sur le handicap indiquait, en 2011, que « de nombreuses personnes en situation de handicap n'ont pas accès sur un pied d'égalité aux soins de santé, à l'éducation et à l'emploi, ne bénéficient pas des services spécifiques au handicap dont elles ont besoin et se sentent exclues des activités de la vie quotidienne ».

La Haute autorité en santé (HAS) soulignait, en 2008, que si la société française avait progressé sur l'essentiel des soins spécifiques au handicap, les obstacles à l'accès aux soins courants ainsi qu'aux soins préventifs étaient encore multiples et complexes. Cette question de l'accès aux soins des personnes en situation de handicap demeure d'actualité aujourd'hui, ainsi que le rappellent le rapport de l'IRDES (2015) sur « l'accès aux soins courants et préventifs des personnes en situation de handicap en France » et le rapport Jacob (2013). Ce dernier s'appuie sur quatre constats :

- le manque de connaissance du handicap dans le système de santé ;
- la nécessité de la prise en compte des aidants familiaux comme partenaires du soin ;
- le besoin de valorisation du travail des professionnels du soin auprès des personnes en situation de handicap ;
- le nécessaire travail en partenariat entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social.

Suite à un diagnostic régional, réalisé en 2015, sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap, les constats régionaux rejoignent les constats nationaux :

- un accès difficile aux soins de 1er recours ;
- une coordination non optimale des acteurs du suivi (médico-social/sanitaire/ acteurs du domicile) ;
- un environnement des urgences peu adaptés ;
- un manque de sensibilisation et de formation des professionnels de santé ;
- un manque d'innovation dans l'accès aux soins ;
- un manque de partage des initiatives existantes.

La prise en charge des personnes présentant de l'autisme ou autres troubles du spectre autistique (TSA) figure depuis de nombreuses années au rang des priorités gouvernementales. En 2012, La Haute Autorité de Santé (HAS) a estimé, sur la base des études internationales, qu'1 nouveau-né sur 150 serait concerné par l'autisme. L'autisme est encore mal et trop tardivement diagnostiqué et les interventions demeurent quantitativement et qualitativement peu adaptées.

La détermination des pouvoirs publics à poursuivre l'effort en direction de ce public se poursuit avec l'adoption du 3^{ème} plan national autisme 2013-2017 et les travaux à venir sur l'élaboration du 4^{ème} plan. Ce plan, élaboré en concertation avec l'ensemble des parties prenantes, porte l'ambition d'améliorer le dépistage, d'assurer le diagnostic (enfants et adultes) et la prise en charge précoce et d'organiser l'accompagnement tout au long de la vie par une prise en charge adaptée, tant pour les enfants/adolescents, que pour les adultes et les personnes vieillissantes présentant de l'autisme ou autres troubles envahissants du développement (TED) et enfin de former l'ensemble des acteurs.

L'ambition du parcours est surtout de mettre en œuvre, avec tous les acteurs de notre région, les recommandations de ces rapports et les axes des différents plans nationaux : la démarche nationale « réponse accompagnée pour tous » et ses 4 axes, le 3^{ème} plan autisme et le futur 4^{ème} plan, le second schéma national sur le handicap rare et la stratégie quinquennale sur l'évolution de l'offre médico-sociale.

2.2.2 Objectifs généraux



Objectif général n°1 : favoriser le repérage, le dépistage, le diagnostic et l'accompagnement le plus précocement possible et améliorer l'annonce

Quatre objectifs opérationnels sont communs avec la fiche parcours développement de l'enfant :

- Restructurer et rendre lisibles les compétences des acteurs en niveau 1 (dépistage et diagnostic), 2 (diagnostic pluridisciplinaire) et 3 (situations complexes en hospitalier) à l'échelle BFC
- Permettre aux familles d'identifier le bon interlocuteur au bon moment en cas de suspicion de trouble : connaissance de la filière, des acteurs impliqués et des bilans à conduire
- Mettre en place des modalités de coordination des professionnels de santé, de l'éducation et de la petite enfance autour du dépistage et diagnostic
- Harmoniser les pratiques professionnelles et optimiser la chaîne de transmission des bilans et données entre les acteurs du dépistage et les professionnels engagés dans le diagnostic, dans le respect des pratiques de chaque profession

Trois objectifs opérationnels sont spécifiques à la fiche du parcours handicap :

- Améliorer l'annonce de la déficience et assurer un accompagnement médico-social précoce

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Formation des professionnels à l'annonce d'une déficience et accompagnement des parents, de la famille par une psychologue
- Conventions entre les services anténataux/périnataux et les centres d'action médico-social précoce (CAMSP) et celles entre les CAMSP, les hôpitaux de jour et les structures médico-sociales
- Développement de pôles de compétences et de prestations externalisées

Résultats attendus :

- Des professionnels mieux formés à l'annonce et des parents mieux accompagnés dans le début de leur relation avec leur enfant
- Des interventions plus précoces et coordonnées pour réduire le risque de « surhandicap » et améliorer l'autonomie des personnes

- Mettre en place l'organisation intégrée concernant le handicap rare pour assurer un parcours coordonné et pluridisciplinaire

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Création d'un réseau de professionnels ressources à partir de l'équipe relais et formalisation des collaborations notamment le recours à l'expertise sanitaire
- Accès à la formation « Mieux connaître pour mieux accompagner » le handicap rare des professionnels

Résultats attendus :

- Un parcours coordonné et pluridisciplinaire de la personne avec un handicap rare (du diagnostic à l'accompagnement)

- Concernant le dépistage de la surdité, assurer un parcours coordonné et pluridisciplinaire du nouveau-né en lien avec les parents

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Recrutement d'une infirmière dans les structures retenues pour réaliser la coordination du programme de dépistage de la surdité permanente néonatale afin d'assurer l'information et l'accompagnement des parents, l'orientation de l'enfant vers des explorations complémentaires de l'audition et l'organisation de cette consultation

Résultats attendus :

- Un parcours diagnostic de la surdité coordonné et pluridisciplinaire du nouveau-né et de ses parents
- Un diagnostic précoce de la surdité chez l'enfant

Indicateur de résultat de l'objectif :

- Nombre de nouveau-nés suivis par les structures de coordination sur le nombre de nouveau-nés ayant eu un dépistage en maternité positif



Objectif général n°2 : assurer un accompagnement individuel, adapté et coordonné de la personne en situation de handicap (PH) (démarche "Réponse accompagnée pour tous")

Cet objectif se décline en 6 objectifs opérationnels.

➤ Améliorer la coordination des politiques publiques

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Déclinaison départementale de la convention cadre Education Nationale et ARS en lien avec les académies
- Travail étroit et collaboration avec la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) dans la mise en œuvre du plan régional pour l'insertion des travailleurs handicapés (PRITH) et de la directive sur l'emploi accompagné
- Travail étroit et collaboration avec les conseils départementaux dans la conduite de la contractualisation avec les établissements et services médico-sociaux et de l'évolution et de la transformation de l'offre médico-sociale

Résultats attendus :

- Plus de cohérence et d'articulation entre les politiques publiques : des moyens coordonnés pour mieux répondre aux besoins du territoire et des projets co-portés

➤ Faire évoluer l'offre pour apporter plus de souplesse et de nouvelles modalités d'accompagnement

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Développement des pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE) et des équipes mobiles d'appui
- Généralisation du fonctionnement en dispositif à l'ensemble des instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP) et services trouble du comportement (SESSAD TC) de la région et poursuite des expérimentations de fonctionnement en dispositif pour les autres établissements et services
- Réalisation d'un diagnostic régional partagé sur le polyhandicap

Résultats attendus :

- Une offre diversifiée sur chaque territoire permettant des réponses modulaires
- Un diagnostic régional partagé sur le polyhandicap

➤ Organiser le partage et l'échange d'informations et la connaissance de l'offre

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Déploiement du logiciel d'orientation Viatrajectoire médico-social sur chaque département
- Déploiement du Répertoire opérationnel des ressources (ROR) médico-social
- Elaboration, mise à jour et utilisation d'un tableau de bord partagé Education Nationale/ARS permettant d'identifier les modalités de scolarisation et d'accompagnement des élèves en situation de handicap

Résultats attendus :

- Meilleure connaissance de l'offre par les acteurs

- Mobiliser tous les acteurs dans la recherche de solutions collectives à certaines situations individuelles « critiques » ou complexes

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Mise en place du dispositif d'orientation permanent par chaque MDPH
- Mise en place d'une commission 16-25 ans dans les MDPH

Résultats attendus :

- Une réponse accompagnée pour chaque personne en situation de handicap

- Assurer une coordination territoriale des acteurs autour de la personne

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Déploiement des plates-formes territoriales d'appui (PTA)
- Elaboration avec les acteurs d'actions sur le champ du handicap dans les contrats locaux de santé (CLS)

Résultats attendus :

- Un parcours individuel et coordonné de la personne assuré pour les situations les plus complexes
- Des actions dans le champ du handicap menées dans chaque contrat local de santé

- Créer une dynamique d'accompagnement et de soutien par les pairs

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Intervention des personnes en situation de handicap dans les formations initiales ou continues de professionnels (Valorisation de l'expertise d'usage)
- Association des pairs dans l'élaboration de documents administratifs des MDPH pour les rendre plus compréhensibles par les personnes
- Mise en place d'un comité restreint pour recevoir la personne avant une commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH)
- Formation des représentants des usagers dans les conseils de vie sociale

Résultats attendus :

- Des personnes handicapées présentes dans les instances de décision et dans les formations initiales et continues des professionnels et plus associées dans les réflexions et les projets menés

**Objectif général n°3 : rendre effectif le droit à l'autodétermination des personnes**

Cet objectif se décline en 2 objectifs opérationnels.

- Promouvoir la communication et l'expression de la personne

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Déploiement d'outils d'aide à la communication et d'accès facilité aux numériques dans les établissements et les services et formation des professionnels à leur utilisation

Résultats attendus :

- Réduction des comportements problèmes liés aux difficultés de communication
- Un recueil des envies et des besoins de la personne facilité

- Favoriser l'accès à la vie affective et sexuelle des personnes en situation de handicap et les accompagner dans leur parentalité

*Exemples d'actions (liste non exhaustive) :**Sur l'accès à la vie affective et sexuelle*

- Formation des professionnels du médico-social et des professionnels de santé
- Organisation de débats et de groupes de paroles avec les personnes en situation de handicap, les familles et les proches
- Mise en place de modalités permettant aux personnes de s'exprimer et de recueillir leurs attentes

Sur l'accompagnement à la parentalité

- Réalisation d'une étude pour évaluer les besoins des personnes concernées et identifier les actions déjà existantes et capitalisation en lien avec les différents partenaires concernés (Protection maternelle infantile (PMI), Caisse d'allocations familiales (CAF), Conseils départementaux)

Résultats attendus :

- Une liberté d'accès à la vie affective et sexuelle des personnes effective
- Inscription dans le projet d'établissement
- Moins de placement d'enfants de parents en situation de handicap

**Objectif général n°4 : renforcer l'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de handicap**

Cet objectif se décline en 7 objectifs opérationnels.

➤ Mener une politique de prévention en santé bucco-dentaire sur chaque territoire

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Formation des professionnels et des personnes en situation de handicap accompagnées par les établissements et services médico-sociaux (ESMS) à l'hygiène bucco-dentaire
- Réalisation de dépistages dans les structures d'accueil

Résultats attendus :

- Des professionnels et des personnes en situation de handicap formées
- Des dépistages assurés dans les structures d'accueil

➤ Promouvoir l'éducation nutritionnelle (équilibre alimentaire et pratique d'activités physiques)

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Capitalisation de l'étude action développée par l'observatoire régional de la santé (ORS) et l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) sur Handicap et Nutrition sur 14 établissements médico-sociaux de la Nièvre
- Construction d'un environnement favorable dans l'établissement pour favoriser une éducation nutritionnelle (bons repères) et une activité physique adaptée

Résultats attendus :

- Inscription dans le projet d'établissement
- Des professionnels sensibilisés et formés

➤ Prévention des conduites addictives auprès des personnes en situation de handicap

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Formalisation des partenariats entre les structures médico-sociales et celles d'addictions

Résultats attendus :

- Des professionnels des ESMS mieux appuyés pour prendre en charge les conduites addictives

- Développer les initiatives en faveur d'une meilleure accessibilité aux soins de 1^{er} recours

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Diffusion des protocoles de coopération existants auprès des professionnels paramédicaux
- Actualisation et diffusion du petit guide pratique à destination des professionnels de santé
- Diffusion du guide national sur « l'accueil et la prise en charge des personnes en situation de handicap en établissements de santé »
- Intégration de cet objectif dans les CPOM des établissements sanitaires, des maisons de santé pluridisciplinaire et dans les projets médicaux des Groupements Hospitaliers de Territoire
- Déploiement d'une offre complémentaire et spécifique pour certaines situations complexes : dispositif de consultations dédiées de type Handiconsult et dispositif Handident
- Déploiement du réseau Santé Sourds sur la Franche-Comté

Résultats attendus :

- Une offre de soins de 1^{er} recours plus accessible et plus adaptée aux personnes en situation de handicap avec des lieux de prise en charge plus spécifiques pour les situations complexes de handicap

- Améliorer l'accueil, la prise en charge aux urgences et la sortie

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Formation des professionnels des urgences à la prise en charge des personnes en situation de handicap
- Recensement et diffusion des outils existants permettant la coordination entre les établissements et services médico-sociaux et le service des urgences : fiche de liaison, dossier liaison urgences, protocole d'accueil, convention

Résultats attendus :

- Des professionnels des urgences mieux formés à la prise en charge du handicap
- Des accueils aux urgences préparés et facilités
- L'accompagnant ou l'aidant familial reconnu comme partenaire du soin

- Améliorer la coordination entre les acteurs du suivi de la personne en situation de handicap (acteurs en établissements ou à domicile du médico-social / établissements de santé)

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Evaluation du potentiel des technologies digitales dans l'optimisation de la coordination entre les acteurs
- Rédaction de conventions entre les partenaires

Résultats attendus :

- Un accompagnement et une prise en charge coordonnés avec le rôle de l'aidant de la personne en situation de handicap reconnu comme partenaire de la prise en charge
- Un échange et un partage d'informations sécurisés autour de la personne

- Favoriser l'innovation dans l'accès aux soins des personnes en situation de handicap (e-santé, robotique)
Cf. fiche 5.5.1 : e-santé

**Objectif général n°5 : rendre la société plus accueillante et plus inclusive**

Cet objectif se décline en 4 objectifs opérationnels.

- Rendre le système éducatif plus inclusif

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Externalisation des unités d'enseignement et évaluation de celles-ci
- Développement des scolarisations partagées entre les structures médico-sociales et le milieu ordinaire
- Mise en place au sein des structures médico-sociales d'attestations de compétences délivrées par l'Education Nationale à l'intention des jeunes bénéficiant de formations professionnelles

Résultats attendus :

- Un accès aux apprentissages facilité
- Des enfants et des jeunes en situation de handicap plus nombreux dans le système éducatif ordinaire
- Plus de jeunes en situation de handicap en formation professionnelle
- Plus d'unités d'enseignements externalisées
- Augmentation du niveau de compétences et d'études des personnes en situation de handicap

- Favoriser la scolarisation et les apprentissages des personnes polyhandicapées

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Intégration de l'accompagnement aux apprentissages cognitifs, notamment préscolaires, dans tous les projets des structures accueillant des personnes polyhandicapées en tenant compte des besoins et des possibilités de chaque jeune (mise en œuvre de stratégies éducatives et rééducatives, de processus associés aux apprentissages scolaires : l'attention, la désignation, la mémoire, la représentation dans le temps et l'espace, le raisonnement, l'anticipation, la planification des actions et le langage)
- Formation des professionnels aux techniques

Résultats attendus :

- Une inscription dans le projet d'établissement et une mise en œuvre adaptée, au regard de l'évaluation des besoins et des capacités identifiées pour chaque jeune
- Des éléments mentionnés dans les projets d'accompagnement individuel des personnes
- Des professionnels formés à ces techniques

- Favoriser l'accès, le maintien et le retour dans l'emploi

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Publication d'un appel à candidature sur l'emploi accompagné
- Elaboration et mise en œuvre d'une politique concertée prenant en compte les recommandations de l'étude du centre régional d'étude, d'actions et d'information en faveur des personnes en situations de vulnérabilité (CREAI) sur l'insertion professionnelle des jeunes en sortie d'institut médico-éducatif (IME)
- Favoriser l'accès au dispositif d'accès à la Validation des Acquis et de l'Expérience (VAE) pour les travailleurs handicapés d'ESAT et d'Entreprise Adaptée existant en Bourgogne-Franche-Comté

Résultats attendus :

- Une insertion professionnelle en milieu ordinaire facilitée pour les jeunes en situation de handicap

- Soutenir la citoyenneté par une meilleure inclusion sociale

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Développement de groupes d'entraide mutuelle (GEM)
- Développement d'initiatives sur l'habitat inclusif

Résultats attendus :

- Un accès facilité aux droits ordinaires pour les personnes en situation de handicap



Objectif général n°6 : accompagner le vieillissement des personnes en situation de handicap et la fin de vie

Cet objectif se décline en 3 objectifs opérationnels.

- Anticiper les risques liés au vieillissement et repérer les signes et les effets du vieillissement

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Création d'un environnement permettant d'assurer une activité physique, cognitive et un lien social et familial
- Mise en place dans chaque établissement et service médico-social (ESMS) d'un système d'alerte et d'une observation des signes du vieillissement à partir d'outils d'évaluation

Résultats attendus :

- Réduction des risques liés au vieillissement
- Amélioration du recours aux outils d'évaluation

- Assurer l'accompagnement par des réponses graduées aux besoins de la personne

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Animation d'un groupe de travail régional avec les acteurs pour définir des référentiels d'accompagnement par réponses identifiées
- Rédaction de conventions entre les structures médico-sociales et les équipes mobiles de gériatrie
- Formalisation de rapprochements/échanges entre le secteur de la personne âgée et du handicap

Résultats attendus :

- Partenariats formalisés : conventions signées

- Assurer l'accompagnement des personnes en fin de vie

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Rédaction de conventions entre les structures médico-sociales et les réseaux/équipes mobiles de soins palliatifs
- Formation des professionnels des structures médico-sociales

Résultats attendus :

- Partenariats formalisés : conventions signées
- Des professionnels formés sur cet accompagnement



Objectif général n°7 : soutenir et accompagner les familles et les proches aidants

Cet objectif se décline en 3 objectifs opérationnels.

- Repérer, informer et conseiller les aidants

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Réalisation d'un état des lieux par département des dispositifs et des ressources existantes
- Conduite d'une réflexion sur l'adaptation ou la transposition du dispositif des plateformes d'accompagnement et de répit des aidants de personnes âgées pour les aidants des personnes en situation de handicap

Résultats attendus :

- Des aidants mieux accompagnés avec un service d'accueil aux aidants

- Diversifier, restructurer, optimiser une offre de répit sur chaque département

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Réalisation d'un diagnostic de l'offre
- Développement et réorganisation de l'offre d'accueil de jour et d'hébergement temporaire
- Mise en œuvre des projets de Village répit famille (VRF) sur la Saône-et-Loire et la Nièvre

Résultats attendus :

- Moins d'épuisement des aidants
- Une offre présente sur chaque département

- Soutenir et former les aidants

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Animation d'une réflexion régionale sur la pair-aidance
- Développement de la guidance parentale

Résultats attendus :

- Des aidants mieux accompagnés et mieux soutenus

**Objectif général n°8 : former et accompagner au changement les professionnels**

Cet objectif se décline en 3 objectifs opérationnels.

- Former les professionnels de santé à la prise en charge des personnes handicapées

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Développement de stages d'immersion des professionnels de santé dans le secteur médico-social
- Augmentation du nombre d'heures consacrées au handicap dans les formations initiales et continues

Résultats attendus :

- Des professionnels de santé mieux formés au handicap

- Favoriser l'interconnaissance entre les acteurs des différents champs (sanitaire /médico-social, enseignants/médico-social (croisement des pratiques))

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Organisation de temps d'échange de pratiques (journée, formations croisées)
- Mise en place d'un accès des personnels de l'Education Nationale aux formations organisées par les établissements et services médico-sociaux, et réciproquement

Résultats attendus :

- Une connaissance mutuelle améliorée

- Promouvoir les bonnes pratiques professionnelles

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Diffusion des recommandations de bonnes pratiques
- Mise en place des conditions favorisant la bientraitance
- Développement de l'analyse de la pratique et de la supervision dans les établissements et services médico-sociaux

Résultats attendus :

- Des professionnels mieux formés et montant en compétences
- Une réduction des « comportements-problèmes »

2.2.3 Indicateurs

- Dépistage précoce : cf. indicateurs parcours développement de l'enfant
- Nombre de personnes en situation de handicap en attente d'une admission effective en établissements ou services médico-sociaux suite à la notification d'orientation de la CDAPH, par type de structures
- Part des services proposant un accompagnement en milieu ordinaire dans l'offre globale médico-sociale du secteur Personnes Handicapées
- Part des situations d'inclusion scolaire des enfants en situation de handicap, par type de déficience
- Part des personnes en situation de handicap en situation d'emploi en milieu ordinaire

2.2.4 Articulation

- Conseils départementaux et schémas départementaux de l'autonomie
- Maisons départementales de personnes handicapées (MDPH)
- Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) : Plan régional pour l'insertion des travailleurs handicapés (PRITH)
- Education Nationale pour la scolarisation des enfants et jeunes adultes handicapés
- Direction régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRDJSCS)
- Assurance maladie

2.2.5 Transversalité

- Partie 3 : Se mobiliser fortement sur la santé mentale (pour le volet handicap psychique et l'articulation entre le secteur médico-social et le secteur de la psychiatrie)
- Fiche 4.7 : Parcours Développement de l'enfant (sur le repérage, le dépistage, le diagnostic et l'annonce)
- Fiche 4.4 : Parcours Neurologie
- Fiche 4.5 : Parcours Nutrition-santé

2.3 Parcours précarité vulnérabilité

2.3.1 Contexte et problématique

La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé instaure une planification renouvelée. Ce projet régional de santé de seconde génération intègre le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) qui est le seul programme maintenu dans ce PRS2.

Le PRAPS se traduit par un plan d'actions qui permet de pallier les points de rupture identifiés comme majeurs dans les travaux du parcours précarité-vulnérabilité. En conséquence, il conviendra de se reporter au PRAPS pour connaître plus en détail la gestion de ce parcours.

La région Bourgogne Franche-Comté compte 352 000 personnes vivant sous le seuil de pauvreté en 2013, soit 13 % de la population, contre 14,5 % en moyenne métropolitaine. Toutefois deux départements dépassent cette moyenne : la Nièvre (15,5 %) et le Territoire de Belfort (15,1 %).

En 2013, plus de 140 000 habitants résident dans les 58 quartiers relevant de la politique de la ville (QPV) de la région. Ils connaissent un taux de pauvreté moyen de 44 %, supérieur à la moyenne nationale, qui s'élève à 41,7 %, et dépassent les 44 % dans les QPV de Nevers et du département de la Haute-Saône. Suite à la nouvelle politique de la ville d'Avril 2014, le Territoire de Belfort est le seul département de la nouvelle région qui enregistre des QPV supplémentaires. La situation sociodémographique est plus dégradée dans ces QPV de la région Bourgogne-Franche-Comté que sur la moyenne des QPV au niveau national.

La précarité augmente également en milieu rural mais elle est plus diffuse.

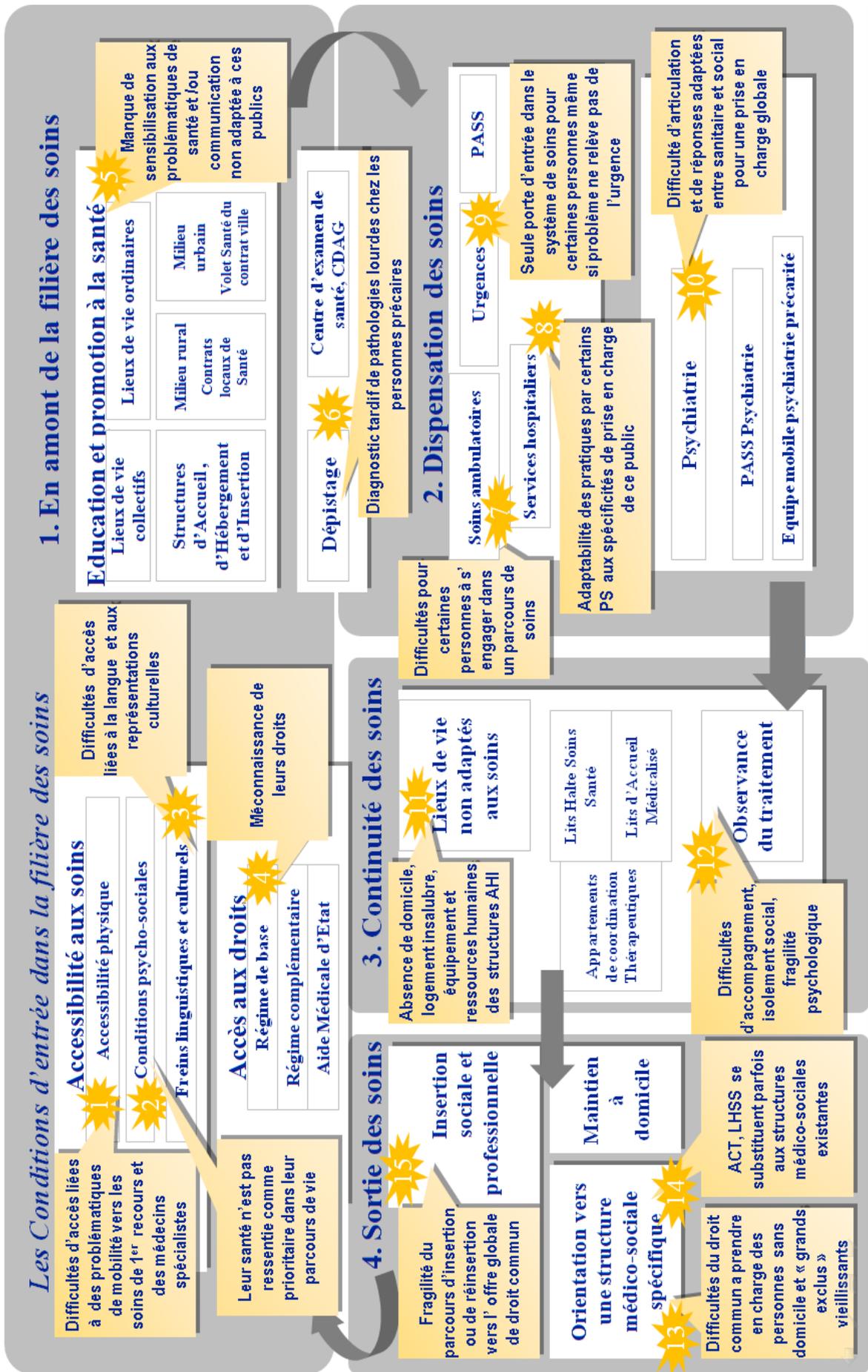
Par ailleurs, la précarité s'accompagne d'un risque accru de morbidité, particulièrement en ce qui concerne la santé mentale, les maladies transmissibles et les dépendances aux différents toxiques (alcool, drogues psychotropes) et de faible recours aux soins.

En ce qui concerne la mortalité prématurée (décès avant 65 ans pour 100 000 habitants) sur la période 2011-2013 (*source Statiss 2016*), on constate que les départements de notre région où les taux sont les plus préoccupants au regard de la moyenne nationale sont, chez les hommes (moyenne nationale de 257,7), la Nièvre (340,7), l'Yonne (307) et la Saône-et-Loire (266,9), et chez les femmes (moyenne nationale de 119,9), la Nièvre (155,7), l'Yonne (146,7) et le Territoire de Belfort (130,8).

Sur le territoire régional, la part des personnes bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) dans la population totale, est, dans tous les départements de la région (hormis le Territoire de Belfort : 8,5 %) inférieure à la moyenne nationale qui est de 6,9 %.

2.3.2 Identification des points de rupture

Parcours de santé des personnes en situation de précarité- vulnérabilité



Points de rupture :

- Accessibilité aux soins
Problématiques de mobilité vers les soins de 1^{er} recours et les médecins spécialistes.
Santé non ressentie comme prioritaire dans le parcours de vie qui envisage la personne dans son environnement : famille et entourage, scolarisation, prévention de la désinsertion professionnelle, réinsertion, logement...
Difficultés liées à la langue, aux représentations culturelles.
- Accès aux droits
Méconnaissance des droits.
- Education et promotion de la santé
Manque de sensibilisation aux problématiques de santé et/ou communication non adaptée à ces publics.
- Dépistage
Diagnostic tardif des pathologies lourdes.
- Prise en charge
Difficultés de la personne à s'engager dans un parcours de soins.
Pratiques de certains professionnels de santé non adaptées aux spécificités de la prise en charge de ces publics.
Utilisation des urgences en tant que porte d'entrée dans le système de soins
Difficultés d'articulation et manque de réponses adaptées entre sanitaire et social pour une prise en charge globale.
Lieux de vie non adaptés aux soins : absence de domicile, logement insalubre, équipement et ressources humaines des structures d'hébergement et d'insertion.
Difficultés dans l'observance du traitement : difficultés d'accompagnement, isolement social, fragilité psychologique.
- Insertion et/ou réinsertion dans l'offre de droit commun
Structures médico-sociales pour populations spécifiques (ACT – LHSS) se substituent parfois aux structures médico-sociales existantes dans l'offre de droit commun.
Difficultés du droit commun à prendre en charge des personnes sans domicile et « grands exclus » vieillissants.
Fragilité du parcours d'insertion ou de réinsertion vers l'offre globale de droit commun.

Dans ce contexte et au vu des points de rupture, le parcours précarité-vulnérabilité contribuera à réduire les inégalités sociales en santé sur le territoire régional, à prévenir les ruptures du parcours de soins pour les populations fragiles et participera à l'équité territoriale d'accès au système de santé. La logique de parcours de vie qui intègre les parcours de soins et de santé s'impose pour répondre aux enjeux suivants :

- préserver et développer le capital santé de ces publics
- prendre en compte, tout au long de la chaîne des soins, les facteurs psycho-sociaux
- rechercher et faciliter l'insertion et/ou la réinsertion de ces publics dans l'offre de droit commun.

2.3.3 Objectifs

A l'issue d'une concertation et de travaux partenariaux, six objectifs généraux, déclinés chacun en objectifs opérationnels, ont été fixés. Un objectif transversal à l'ensemble de ce programme a été déterminé afin que l'utilisateur soit l'acteur central à privilégier tout au long de sa mise en œuvre.

Les projets qui seront mis en œuvre soit à l'échelon régional, soit à l'échelon territorial, dans le cadre des fiches action annexées au Praps contribueront à l'atteinte de ces objectifs. Ce programme intègre également des indicateurs de suivi annuel des objectifs qui contribueront à évaluer et mesurer la mise en œuvre opérationnelle du Praps.



Objectif Transversal : impliquer, à chaque étape et à chaque échelon, les publics concernés dans la construction et la déclinaison du programme

Cet objectif se décline en 2 objectifs opérationnels :

- Associer les représentants des personnes en situation de précarité à l'élaboration, à la mise en œuvre et au suivi du parcours précarité/Praps
- Prendre en compte les attentes, les besoins et la parole des personnes en situation de précarité en les associant à l'élaboration et à l'évaluation des projets qui leur sont destinés



Objectif général n°1 : favoriser une communication et une diffusion de l'information adaptées aux publics du PRAPS

Cet objectif se décline en 2 objectifs opérationnels :

- Développer des outils de communication et d'information sur les dispositifs et structures sanitaires, sociaux et médico-sociaux présents localement dans le champ de la santé en associant les publics à la démarche
- Accompagner les publics ne maîtrisant pas, ou peu, le numérique



Objectif général n°2 : renforcer l'interconnaissance entre acteurs pour une approche globale de la santé des publics en situation de précarité et une meilleure transition vers l'offre de droit commun

Cet objectif se décline en 3 objectifs opérationnels :

- Mobiliser et renforcer les compétences des acteurs en matière de prise en charge globale de ces publics afin d'assurer la continuité du parcours de vie/parcours de santé
- Favoriser les temps et les outils de coordination sur les territoires de proximité pour améliorer l'interconnaissance entre professionnels du sanitaire, du social, du médico-social, et élus
- Rendre visible et articuler ce programme pour une meilleure complémentarité avec les autres politiques publiques, les parcours et projets prioritaires de l'Agence et pour une déclinaison efficiente sur les territoires tenant compte des caractéristiques locales



Objectif général n°3 : faciliter et optimiser les démarches administratives

Cet objectif se décline en 2 objectifs opérationnels :

- Faciliter les démarches d'ouverture des droits et conforter leur continuité
- Conforter les dispositifs PLANIR (Plan local d'accompagnement du non-recours, des incompréhensions et des ruptures) et PFIDASS (Plate-forme d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé) proposés par l'Assurance Maladie grâce aux partenariats développés via le PRAPS



Objectif général n°4 : adapter les réponses d'accès à l'offre de prévention et aux soins permettant de prévenir le risque de sortie du droit commun ou conduisant vers celui-ci

Cet objectif se décline en 4 objectifs opérationnels :

- Mettre en place une articulation cohérente dans le champ de la prévention entre l'approche par le collectif et l'individuel
- Inscrire le dépistage des pathologies chroniques dans un accompagnement pluri-professionnel et pluridisciplinaire du repérage au diagnostic, jusqu'à l'accès aux soins
- Aller vers les personnes socialement les plus éloignées du système de santé et de son offre de droit commun pour leur permettre de l'intégrer ou de le réintégrer
- Favoriser, via les partenariats, l'information et l'accès à l'offre de service des centres d'examen de santé de l'assurance maladie, proposée aux personnes en situation de précarité
- Organiser territorialement le parcours santé des publics identifiés dans le plan migrants.



Objectif général n°5 : déployer les conditions d'une offre médico-sociale, sanitaire et sociale permettant une prise en charge globale et de qualité

Cet objectif se décline en 6 objectifs opérationnels :

- Diversifier et conforter l'offre médico-sociale pour populations spécifiques
- Prévenir le risque discriminatoire dans l'accessibilité aux structures et dispositifs médico-sociaux de « droit commun » relevant du champ de l'autonomie (personnes âgées/personnes handicapées) en favorisant le lien entre ce dernier et celui du social
- Développer et conforter les missions des permanences d'accès aux soins de santé
- Structurer une interface de proximité entre secteur psychiatrique et structures sociales (articulation avec le parcours psychiatrie santé mentale (Projets territoriaux en santé mentale, conseils locaux en santé mentale)
- Prévenir les ruptures des soins engagés liées à un défaut d'articulation entre secteur hospitalier et secteur social.
- Optimiser le parcours de santé des personnes sous main de justice et des sortants de prison.



Objectif général n°6 : s'inscrire, sur le territoire régional, dans une démarche permanente d'analyse des facteurs de moindre accès et recours aux soins des publics précaires afin de mieux prévenir les risques de rupture de leur parcours de santé

Cet objectif se décline en 2 objectifs opérationnels :

- Disposer d'indicateurs pertinents sur la précarité et les risques de précarisation (logique quantitative)
- Identifier les points de défaillance dans l'accès et le recours aux soins (logique d'enquête qualitative).

2.3.4 Articulation

Le parcours précarité-vulnérabilité nécessite des articulations fortes entre l'ARS et les différents acteurs institutionnels de l'Etat :

- Préfecture, Politique de la ville/Contrats de ruralité
- Plan de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, plan migrants (DRDJSCS)
- Plan National de l'Alimentation (Direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt (DRAAF).

mais aussi avec l'Assurance Maladie (régime général, mutualité sociale agricole MSA) et les collectivités locales : conseils départementaux CD schémas départementaux d'accessibilité aux services, communes (centre communal d'action social -CCAS)

2.3.5 Transversalité

- **Les articulations avec les autres parcours :**

- Fiche 2.1 : Parcours Personnes âgées. Une articulation doit exister sur le ciblage des personnes âgées isolées en milieu rural
- Fiche 3.1 : Parcours Santé mentale et psychiatrie. La prise en compte de ces publics dans les futurs Plans territoriaux de santé mentale (PTSM) et conseils territoriaux de santé mentale (CTSM) sera mise en œuvre
- Fiche 4.1 : Parcours Cancer. Une articulation est à poursuivre notamment sur la thématique des dépistages (sein, colorectal, col de l'utérus)
- Fiche 4.5 : Parcours Nutrition-santé. L'offre sur les territoires d'actions spécifiques sera poursuivie
- Fiche 4.7 : Parcours Développement de l'enfant. Articulation avec ce parcours, compte tenu de l'importance de l'environnement socio-économique
- Fiche 4.8 : Parcours Adolescents et jeunes adultes. Une articulation sera faite du fait de la priorisation des publics jeunes marginaux dans le PRAPS. Il s'agit d'une population cible pour actions territorialisées
- Fiche 4.9 : Parcours Addictions. L'articulation se réalise sur la base des travaux du groupe de travail spécifique addictions/précarité

- **Une articulation avec trois thématiques prioritaires :**

- Fiche 5.1 : Renforcer l'offre de soins dans les territoires au service des patients : une présence médicale et soignante accrue. Le Projet de santé des MSP est un outil pour la prise en compte du parcours santé des populations précaires
- Fiche 5.3.2 : Coopérations hospitalières – GHT. Via les projets médicaux partagés (PMP) doit permettre un renforcement du fonctionnement des permanences d'accès aux soins (PASS)
- Fiche 7.4 : Développer la participation citoyenne pour renforcer la démocratie sanitaire. Le Conseil consultatif régional des personnes accueillies et accompagnées (CCRPA) est un des vecteurs pour recueillir la parole de l'utilisateur.

2.4 Evolution de l'offre médico-sociale : objectifs quantitatifs et qualitatifs

2.4.1 Personnes âgées et personnes en situation de handicap

2.4.1.1 Contexte et problématisation

- Une évolution sociétale à l'écoute des publics vulnérables et qui nécessitent la mobilisation de compétences médicales, médico-sociales et sociales ;
- de nouveaux besoins qui émergent avec la progression de l'espérance de vie, le vieillissement de la population ou l'augmentation des maladies chroniques et des polyopathologies ;
- un objectif de ne laisser aucune personne sans solution ...

autant de raisons qui nécessitent d'adapter et de recomposer l'offre en établissements et en services médico-sociaux.

Dans un contexte de financements fortement contraints et d'obligations réglementaires en forte évolution, la gestion des moyens disponibles, par ailleurs essentielle, ne doit pourtant pas primer sur la définition des orientations politiques. Il importe de préserver le sens de l'action sociale et médico-sociale et l'esprit des lois ayant créé le droit à compensation et l'accès à des soins de qualité. Le réflexe du « dépenser moins » est à remplacer par la mobilisation collective pour « investir autrement ». Cela induit de travailler collectivement, dans la concertation et la co-construction, à l'évolution des pratiques, au maillage des réponses, à l'adaptation de l'offre avec toujours en fil rouge l'intérêt de la personne fragilisée par la perte d'autonomie, qu'elle soit âgée ou en situation de handicap.

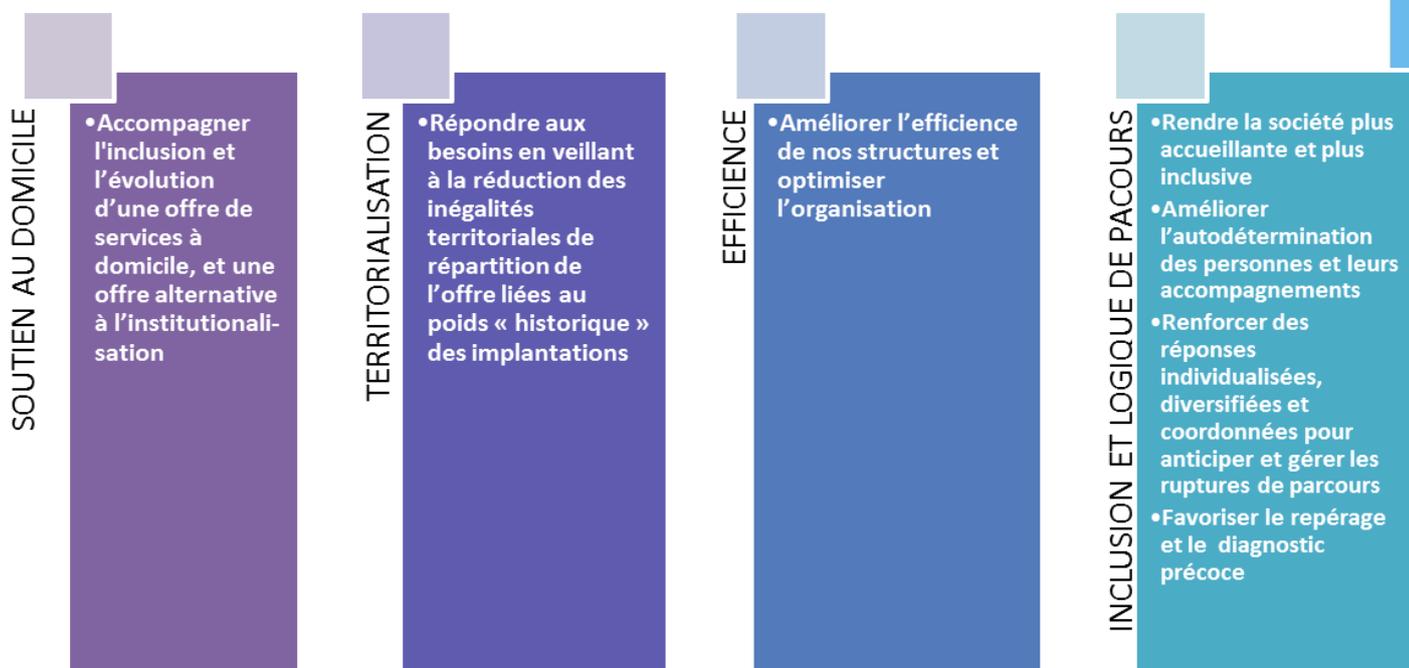
Les attentes d'accompagnement de proximité prenant en compte la situation de chaque personne dans sa globalité, selon une logique de parcours fluide, supposent de conduire dans la durée un rééquilibrage progressif et une recomposition de l'offre, de mobiliser autrement les ressources présentes sur les territoires. La mission « Une réponse accompagnée pour tous », la stratégie quinquennale d'évolution de l'offre médico-sociale (2017-2021), la loi adaptation de la société au vieillissement (ASV) sous-tendent cette dynamique.

La balkanisation du secteur, la pénurie prévisible voire visible de certains professionnels, le contexte réglementaire et technique de plus en plus complexe, la lourdeur de l'accompagnement et de la prise en charge des publics (Alzheimer, maladies neurodégénératives, troubles du spectre autistique, mineurs au profil d'accompagnement complexe, handicaps rares, etc.) nécessitent sans conteste une évolution de la gouvernance du secteur.

La transformation de l'offre doit être guidée par l'objectif d'une réponse de proximité, inclusive et adaptée aux besoins et attentes des publics visés. Elle s'inscrit nécessairement dans la durée et implique la mobilisation de tous les acteurs autour d'une stratégie partagée qui vise à assurer un traitement équitable de l'ensemble de nos concitoyens sur la région Bourgogne-Franche-Comté.

Cette fiche doit donc donner de la visibilité aux organisations gestionnaires et aux partenaires afin de mieux anticiper les évolutions à 5 ans et les accompagner aux changements à venir.

2.4.1.2 Principes généraux d'organisation : nos ambitions à 5 ans



Ambition n°1 : accompagner l'inclusion et l'évolution d'une offre de services à domicile (SSIAD, SPASAD, SESSAD, SAMSAH, SAAD, SAVS, ESA, MAIA ...) dans un objectif de renforcement du soutien à domicile et une offre alternative à l'institutionnalisation

Les projections INSEE des personnes âgées de plus de 75 ans d'ici à 2030 nous engagent à devoir préparer l'avenir en restructurant notamment l'offre à domicile à l'échelle régionale.

En effet, les structures en faveur du maintien à domicile doivent faire face à de nouvelles problématiques, s'adapter à une demande croissante et des caractéristiques de prise en charge des patients en constante évolution (profils polymorphes de patients).

Fin 2015, la loi d'adaptation de la société au vieillissement par son article 49 donne une impulsion nouvelle aux SSIAD et SPASAD autorisés puisqu'il promeut le développement des expérimentations de SPASAD « intégrés ».

Tout l'enjeu est de :

- favoriser l'inclusion de tous les citoyens
- réorganiser l'offre de services permettant une meilleure prise en compte des besoins et une meilleure couverture territoriale, coordonnée avec l'ensemble des acteurs locaux
- développer des outils de pilotage et suivi en faveur de la qualité et de l'efficacité des prises en charge dans les structures en faveur du soutien à domicile
- promouvoir la professionnalisation, mutualisation et inscription des services dans une logique d'accompagnement global des personnes dans le cadre de leur parcours y compris sous l'angle de la prévention,
- développer les SPASAD et soutenir les MAIA pour améliorer l'intégration des organisations et proposer des prestations décloisonnant aide et soin.



Ambition n°2 : répondre aux besoins en veillant à la réduction des inégalités territoriales de répartition de l'offre liées au poids « historique » des implantations

Les politiques de l'autonomie se sont déployées dans un contexte de diversité des dynamiques territoriales et de disparités des réponses sur les territoires :

- diversité des caractéristiques géographiques, démographiques et socio-économiques ;
- disparité de l'offre, marquée par l'histoire des politiques sociales ;
- diversité des politiques locales, sur fond de décentralisation de l'action sociale ;
- émiettement ou concentration de l'offre institutionnelle en fonction d'enjeux politiques de territoire.

Le rééquilibrage territorial doit alors obéir aux principes suivants :

- réduction des inégalités dans le cadre d'une restructuration de l'offre qui mobilise tous les types de structures dans une logique de « paniers de services » et d'articulation des ressources territoriales entre elles ;
- optimisation des temps de transports, une donnée importante dans le champ médico-social pour limiter les déplacements des usagers et des professionnels notamment lorsque la prise en charge s'exerce au domicile.

La généralisation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) (et la possibilité d'en conclure au niveau régional) constituera un levier majeur pour accompagner la recomposition et une adaptation fine de l'offre sur les territoires, dans un objectif de réduction des inégalités et de renforcement de la qualité de l'accompagnement.



Ambition n°3 : se saisir de la réforme du secteur médico-social, améliorer l'efficacité des structures et optimiser l'organisation

La réforme du secteur médico-social en cours (généralisation des CPOM, financement à la ressource) entraînera une restructuration inéluctable du secteur, liée au risque financier que cette réforme induit pour certains établissements ou services. Tout l'enjeu est d'accompagner ces changements tout en veillant à maintenir une offre diversifiée, dynamique, adaptée économiquement aux personnes concernées dans un pilotage stable et efficace.

La régulation du secteur réside également dans l'encouragement donné et l'accompagnement à la restructuration des établissements et services médico-sociaux (ESMS), par la constitution d'entités gestionnaires à la gouvernance solide et aux ESMS dont les tailles favoriseront la performance de leur organisation en termes de :

- sécurité et qualité de l'accompagnement grâce à l'attractivité et la fidélisation de professionnels compétents, dont la permanence pourra être assurée ;
- optimisation des ressources à travers la mutualisation de professionnels, de fonctions, de locaux, de ressources financières, de partenariats ...,
- amélioration du bâti, favorisant la modernisation du secteur et son adaptation aux besoins des usagers de demain, avec l'assurance d'un accompagnement organisationnel par les autorités compétentes en cas de nécessaire délocalisation ;
- suivi qualitatif des ESMS (activité, inspection, Evénements Indésirables Graves (EIG), réclamations d'usagers, climat social,...) grâce à un pilotage renforcé par les structures ;
- capacité à assurer une veille réglementaire et à répondre aux évolutions impactant directement et indirectement le secteur en matière de santé, d'action sociale et médico-sociale, d'éducation, de droit du travail, de fiscalité, d'environnement...



Ambition n°4 : rendre la société plus accueillante et plus inclusive, améliorer l'autodétermination des personnes et leurs accompagnements et renforcer des réponses individualisées, diversifiées et coordonnées pour anticiper et gérer les ruptures de parcours

L'évolution des attentes des personnes âgées, des personnes en situation de handicap implique aussi de penser dès aujourd'hui et pour demain, d'autres types de réponses, qui articulent ressources du milieu ordinaire et réponses médico-sociales, offre collective et compensation individuelle, dans des approches personnalisées et individualisées.

Il convient d'accompagner les professionnels dans l'évolution de leur pratique professionnelle à travers les formations, la diffusion, l'appropriation et la mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques. Le développement de la supervision et de l'analyse des pratiques au sein des structures doit être soutenu.

Il s'agit également de favoriser l'autodétermination des personnes : on ne se concentre pas sur leurs limites et leurs incapacités, mais sur leur potentiel et leurs aptitudes. Elle vise à favoriser la participation et l'exercice de la citoyenneté de la personne par l'utilisation d'outils de communication. L'autodétermination est un facteur de participation sociale et de qualité de vie.

C'est sur le territoire que se développent et se maillent des réponses plus globales aux personnes âgées ou handicapées et à leurs proches : en termes de logement adapté, de mobilité, de lutte contre l'isolement, de scolarisation et d'accès aux activités périscolaires, d'insertion professionnelle, d'accès aux loisirs et à la culture, etc.

Tout l'enjeu de demain est donc le déploiement d'une réponse territorialisée pour :

- faire évoluer l'organisation territoriale de l'offre pour favoriser des dispositifs souples et modulaires pour mieux répondre aux besoins des personnes dans une démarche inclusive :
 - o Habitat inclusif / alternatif
 - o Organiser l'accès aux soins
 - o De la scolarisation à l'emploi en milieu ordinaire
 - o La citoyenneté

- promouvoir une conception de l'offre favorisant la complémentarité des réponses sur le territoire et la participation de tous les acteurs (notamment des secteurs sanitaire et médico-social) à la qualité du parcours de vie des personnes en situation de dépendance, s'appuyant sur une démarche « intégrative » impliquant : concertation, co-construction, co-responsabilité... telle celle portée par les MAIA.

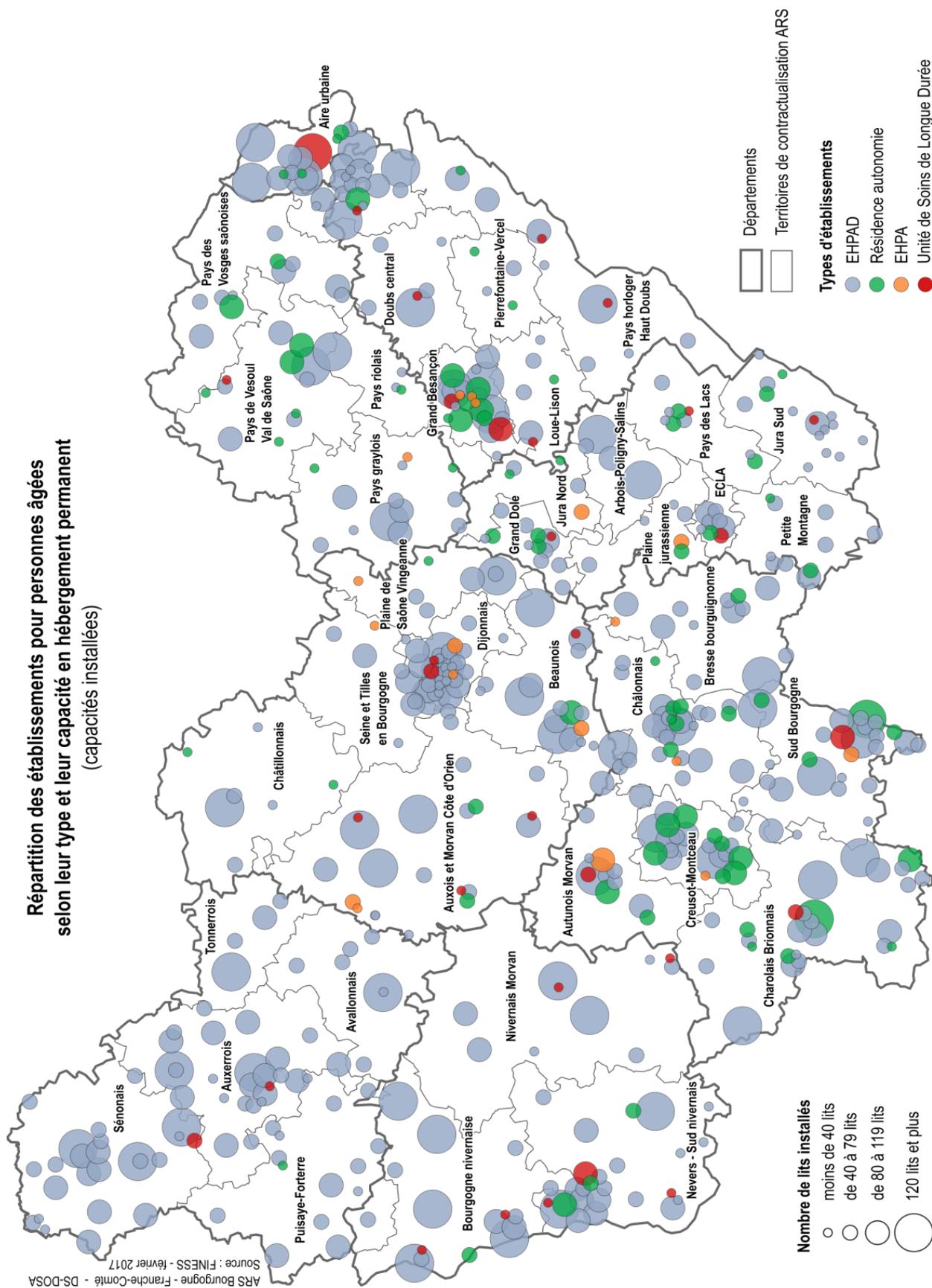
Orientations secteur personnes âgées

Bilan de l'existant

DPT	Population + 75 ans	Taux d'équipement EHPAD / USLD pour 1000 personnes de + 75 ans	Taux d'équipement en HT pour 1000 personnes de + 75 ans	Taux d'équipement en AJ pour 1000 personnes de + 75 ans	Taux d'équipement en SSIAD pour 1000 personnes de + 75 ans
21	50 555	124,87	2,848	2,848	19,01
25	46 575	78,09	2,491	3,178	20,35
39	28 273	104,34	2,830	4,067	23,41
58	29 905	123,96	1,304	2,441	21,37
70	23 748	90,96	0,463	1,937	23,88
71	67 744	113,75	2,214	1,963	18,07
89	38 471	146,89	3,145	2,781	18,82
90	12 606	101,30	1,825	6,584	21,02
BFC	297 877	112,13	2,283	2,850	20,09
France	5 959 103	97,5	1,8	2,3	20,50

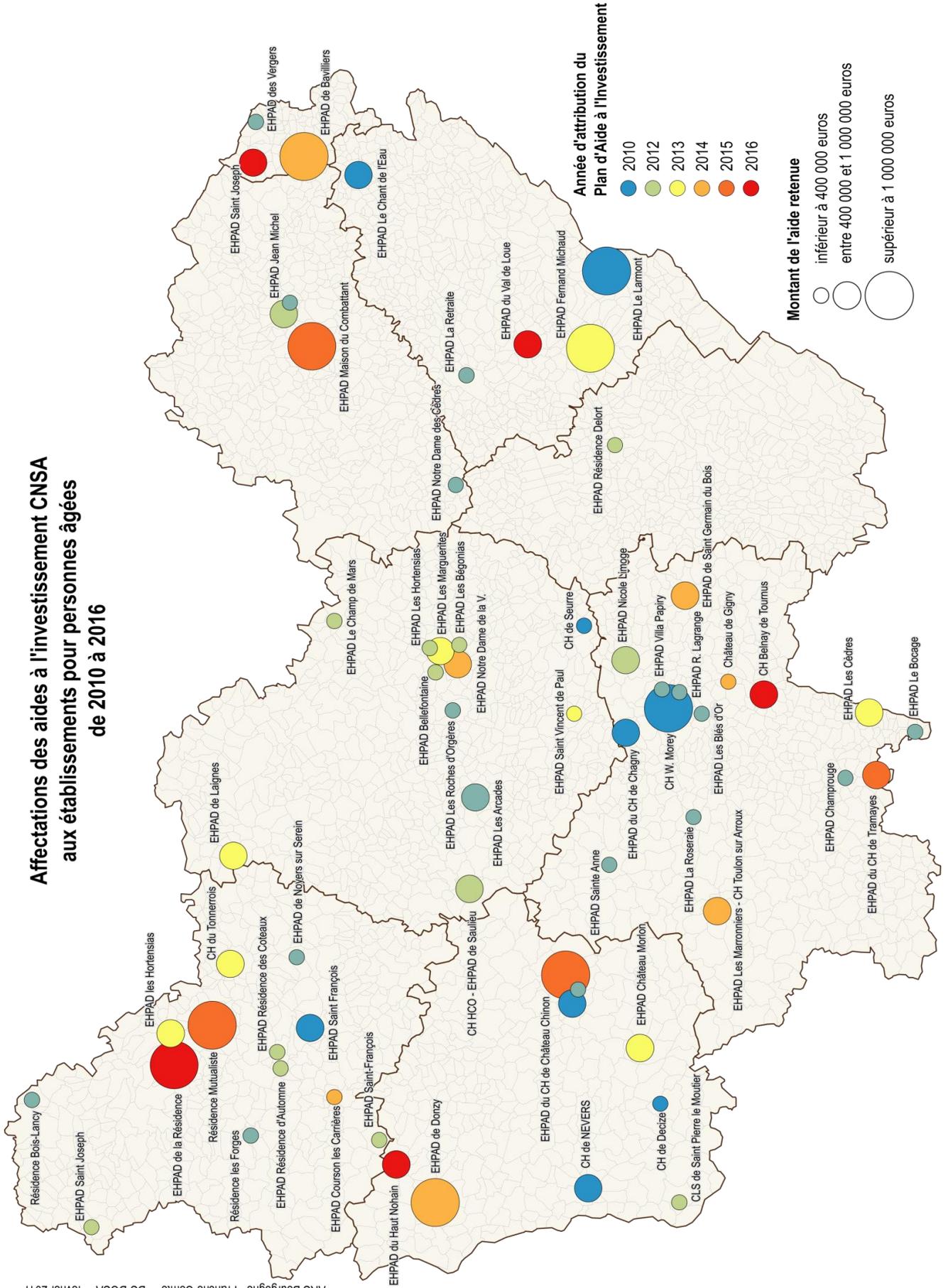
Sources : FINESS au 1/01/2017 pour le médico-social, SAE pour l'USLD, Statiss 2016

Répartition des établissements pour personnes âgées selon leur type et leur capacité en hébergement permanent (capacités installées)

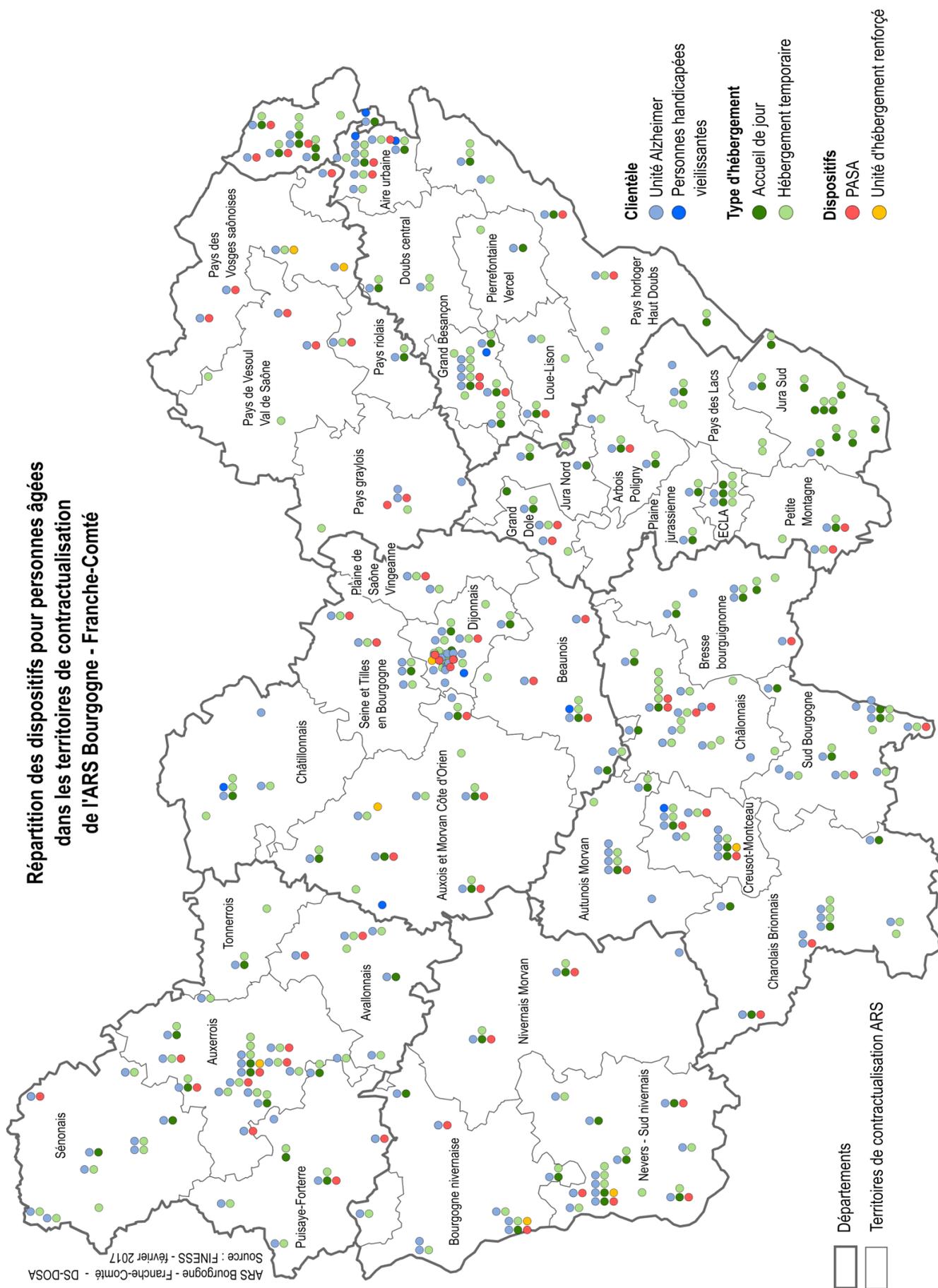


Affectations des aides à l'investissement CNSA aux établissements pour personnes âgées de 2010 à 2016

ARS Bourgogne - Franche-Comté - DS-DOSA - février 2017

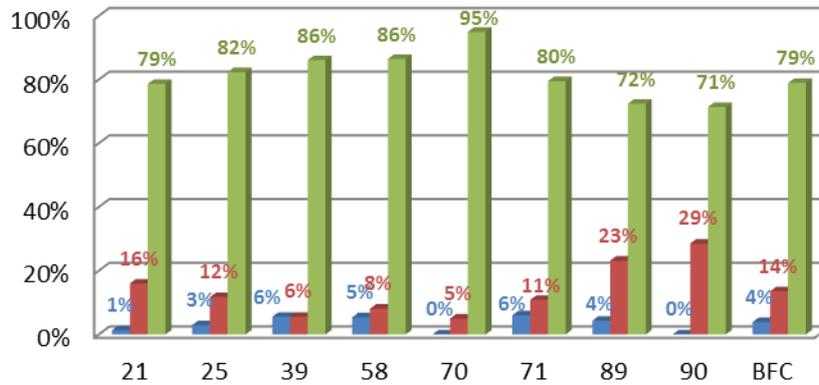


Répartition des dispositifs pour personnes âgées dans les territoires de contractualisation de l'ARS Bourgogne - Franche-Comté

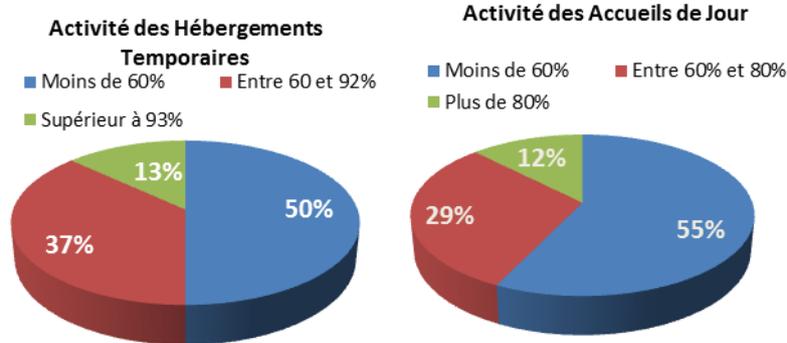


Activité

% d'EHPAd dont l'activité est inférieure à 85% (bleu), comprise entre 86% et 94% (rouge) ou plus de 95% (vert)



Source : Comptes administratifs des EHPAD - 2016



Source : Enquête ARS Bourgogne-Franche-Comté 2017 sur l'activité 2016

Taux d'équipement en places SSIAD-PA/SPASAD-PA pour 1000 habitants de 75 ans et plus :



Source : FINESS au 1/01/2017, Statiss exploitation DA/ARS

Principaux constats

- Une offre institutionnalisée disponible sur l'ensemble des 35 territoires de santé ;
- Une offre de soutien à domicile indisponible sur certains des 35-territoires de santé ;
- 62% des sites d'EHPAD présente une capacité inférieure à 80 places ;
- Des taux d'équipement en EHPAD, Hébergements Temporaires (HT), Accueils de Jour (AJ), SSIAD variables selon les départements, une offre régionale supérieure à l'offre nationale en taux d'équipement moyen régional sauf en SSIAD ;
- Des besoins en places de SSIAD importants pour relever les défis démographiques à venir et le défi du virage ambulatoire dans le cadre d'une politique de soutien à domicile ;
- Une activité soutenue en Hébergement Permanent, mais inférieure à 60% dans plus de la moitié des AJ et HT ; plus de 13% des Hébergements Temporaires dont l'activité supérieure à 93% s'apparente à de l'hébergement complet ;
- Des aides à l'investissement inégalement réparties dans le temps et dans l'espace ;
- Des territoires sur lesquels les modalités d'accueil (dispositifs, types d'hébergement, typologie d'usagers) sont variables ;
- Des ruptures de parcours de soins, une multiplicité d'acteurs, de structures, de modalités d'intervention... pouvant conduire à des absences, redondances et inadéquations des interventions, voire des hospitalisations inadaptées.

Evolutions (créations, transformation, coopérations)

Ambition n°1 – Soutien à domicile

Objectifs qualitatifs :

- Mise en place d'une politique d'admission pour les SSIAD/SPASAD et ESA notamment à partir d'une liste d'attente actualisée comprenant les éléments d'évaluation des besoins (grille AGGIR, ...) de manière à anticiper l'adéquation entre besoins et offre disponible
- Renforcement de la coopération entre SSIAD/SPASAD et Conseils Départementaux, notamment dans la transmission des éléments d'évaluation des besoins (GIR...)
- Accompagnement du développement des SPASAD intégrés et capitalisation sur les retours d'expérience pour intégration le cas échéant, d'objectifs spécifiques dans la procédure de contractualisation des SSIAD/SPASAD autorisés

Objectifs quantitatifs	Cible à atteindre
Identification dans chaque SSIAD des places spécifiques à l'accompagnement d'urgence	10 % de la capacité autorisée si pas de places actuellement et jusqu'à 20 % pour les sites ayant expérimentés le dispositif

Ambition n°2 – Territorialisation

Objectifs qualitatifs :

- Créations/redéploiements de places prioritairement affectées sur les départements (le territoire de Belfort est considéré sur le territoire « Aire urbaine ») dont les taux d'équipement sont les plus faibles, corrélés à d'autres indicateurs tels que : taux d'occupation, listes d'attente, taux de couverture des communes et demandes d'évolutions territoriales pour les SSIAD,
- Rééquilibrage de l'offre en SSIAD/SPASAD (places PA) entre secteurs géographiques d'un même gestionnaire ou entre gestionnaires d'un même département afin d'atteindre le taux d'équipement régional ;
- Développement de l'outil Viatrajectoire dans tous les EHPAD ;
- Accompagnement des dispositifs MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie) dans leur mission d'intégration sur l'ensemble du territoire notamment au travers de la concertation et du fonctionnement en « guichet intégré » permettant de mobiliser rapidement les compétences de chaque territoire et de travailler en réponse individualisée avec des outils partagés et harmonisés (cartographie, référentiel, procédures, outils...) dans le cadre des plateformes territoriales d'appui (PTA).

Ambition n°3 – Efficience

Objectifs qualitatifs :

- Fin des créations d'EHPAD dont la capacité serait inférieure à 80 lits ;
- Mise en place de coopérations voire mutualisation pour tous les ESMS (professionnels, fonctions, locaux, finances, partenariats, ...), en premier lieu pour les EHPAD de moins de 40 places ;
- Politique d'investissement favorable ;
- aux structures favorisant les rapprochements / mutualisations,
- dont la plus-value pour les personnes âgées est démontrée ;
- en lien avec les taux d'équipement locaux ;
- avec une vigilance particulière portée aux ESMS de départements faiblement accompagnés les années antérieures ;
- Limitation de toute politique d'investissement dès lors que l'EPRD/ ERRD montre une structure financière fragilisée (fond de roulement négatif, CAF < remboursement des emprunts, endettement important) ;
- Engagement annuel des ESMS dans la campagne et l'utilisation des tableaux de bord de la performance dans le cadre de leur pilotage interne ;
- Dans l'attente de la nouvelle tarification des SSIAD/SPASAD (enveloppe soin), renforcement de la coopération avec l'Assurance Maladie notamment dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018.

Objectifs quantitatifs	Cible à atteindre
<p>Mesure et suivi de l'activité des ESMS avec accompagnement sur 3 ans avant reprise des crédits au prorata de l'activité réalisée</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hébergement permanent - Hébergement temporaire - Accueil de jour - SSIAD et SPASAD - - PASA, UHR et plateformes de répit - MAIA 	<ul style="list-style-type: none"> - 95 % sur 365 jours - 60 % (mais < 90%) sur 365 jours avec file active supérieure à 3 usagers/place - 60 % sur 260 jours - 95 % sur 365 jours (90 % pour les places d'urgence) - suivi de la file active, sans ciblage - file active par ETP de gestionnaire de cas comprise entre 30 à 40 situations suivies en gestion de cas « active »
<ul style="list-style-type: none"> - Limitation des binômes soignant au sein des SSIAD/SPASAD au profit de binômes aide/soin notamment pour des patients présentant de forts besoins de dépendance et/ou de médicalisation 	<ul style="list-style-type: none"> - taux de binômes soignants < 3 %
<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place de projets personnalisés à l'entrée en SSIAD/SPASAD et en réévaluation annuelle 	<ul style="list-style-type: none"> - 100 % des bénéficiaires de SSIAD/SPASAD
<ul style="list-style-type: none"> - Priorisation des admissions en SSIAD/SPASAD de manière à présenter un GMP moyen annuel cible, permettant une prise en charge quotidienne pour au moins 50% des bénéficiaires 	<ul style="list-style-type: none"> - GMP moyen annuel cible compris entre 700 et 750
<ul style="list-style-type: none"> - Mesure et suivi du besoin en soins techniques en SSIAD/SPASAD dans l'attente de la nouvelle tarification des SSIAD 	<ul style="list-style-type: none"> - coût moyen annuel en SSIAD/SPASAD par patient > ou égal à 2000 €

Ambition n°4 – Inclusion et logique de parcours

Objectifs qualitatifs :

- Adéquation des qualifications des professionnels aux profils de bénéficiaires accompagnés (ex : ASG parmi les équipes soignantes auprès des EHPAD accueillant des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer)
- Développement de pôles type PASA dans chaque EHPAD si la file active et l'architecture le permettent

Objectifs quantitatifs	Cible à atteindre
Développement des coopérations par conventionnement avec les SSR disposant d'une UCC	100 % des EHPAD conventionnés avec l'UCC de leur territoire
Développement des coopérations par conventionnement avec les établissements d'HAD, les équipes de soins palliatifs et de psychiatrie, et les infirmiers libéraux et/ou centres de soins infirmiers	100 % des EHPAD et SSIAD/SPASAD conventionnés avec les établissements HAD, équipes et professionnels de leur territoire
Garantie d'effectifs qualifiés en EHPAD, adaptés aux besoins des résidents hébergés <ul style="list-style-type: none"> - (PMP x capacité / nb d'ETP AS-AMP-ASG = « points PMP ») - (GMP x capacité / nb d'ETP AS-AMP-ASG = « points GMP ») 	<ul style="list-style-type: none"> - Indicateur d'encadrement compris entre 2500 et 3500 points PMP / IDE - Indicateur d'encadrement compris entre 3000 à 3500 points GMP / AS-AMP-ASG
Mise en œuvre d'une politique de prévention, contrôle et surveillance du risque infectieux en EHPAD	100 % des EHPAD intègrent le dispositif d'équipe mobile d'hygiène de territoire ou disposent de compétence en hygiène

Objectifs quantifiés de l'offre

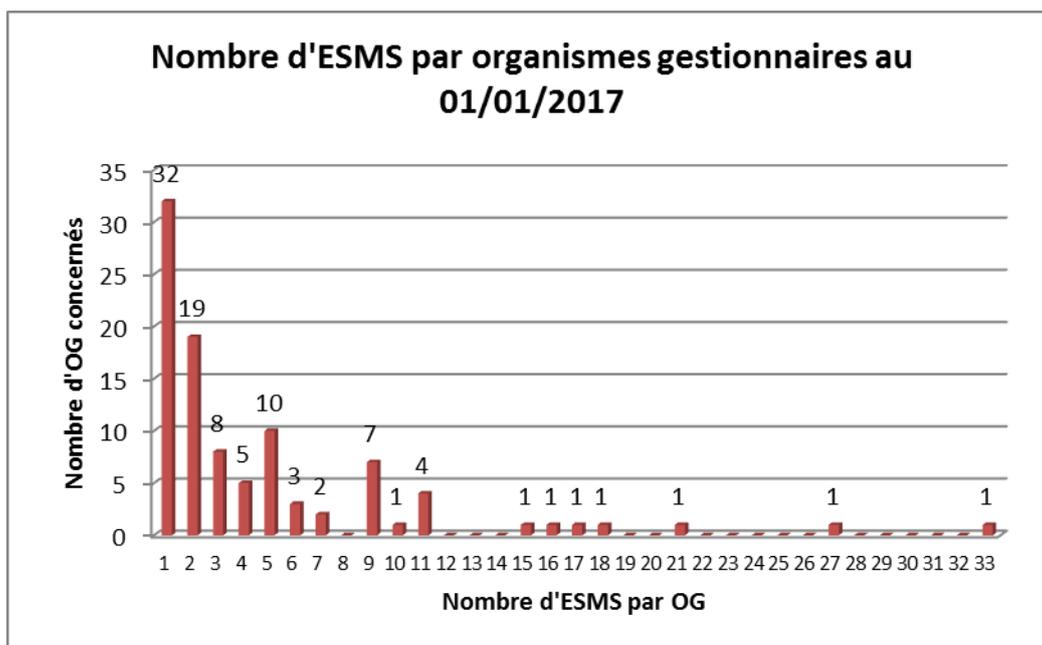
Cf PRIAC

Orientations secteur personnes en situation de handicap

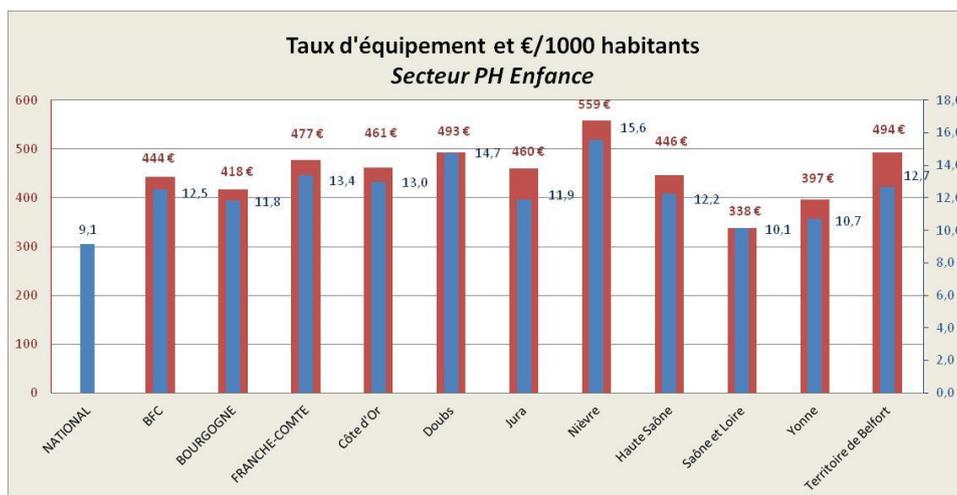
Bilan de l'existant

	Nb d'ESMS	Nb d'OG	Nb d'ESMS principaux
Côte d'Or	77	15	49
Doubs	87	20	72
Jura	49	13	42
Nièvre	49	11	31
Haute Saône	38	12	35
Saône et Loire	80	24	63
Yonne	59	23	53
Terr. Belfort	21	7	16
BFC	460	125	361

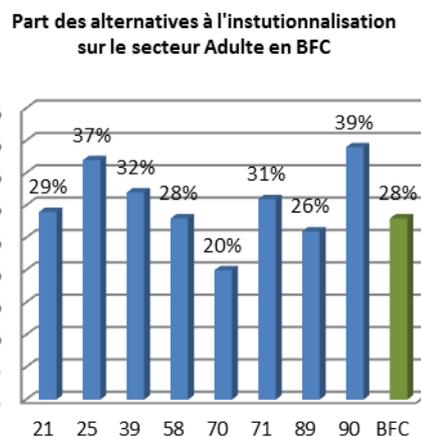
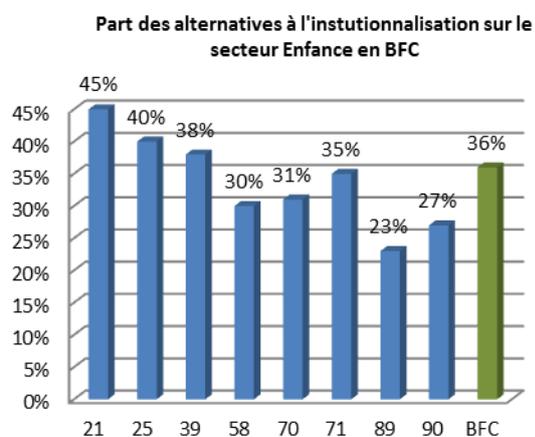
Source : FINESS au 1/01/2017



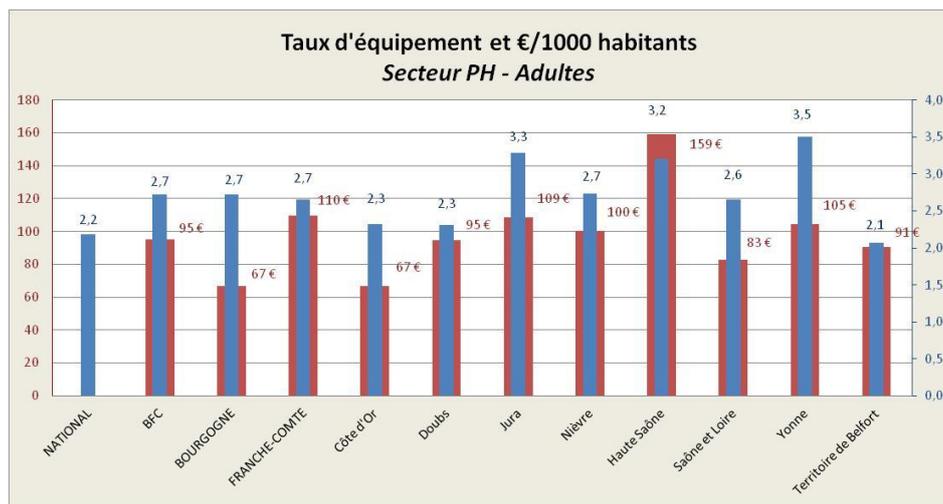
Source : FINESS au 1/01/2017 et Statiss 2016



Source : FINESS au 1/01/2017 et Dotations régionales limitatives (DRL) en € au 10/07/2017



Source : FINESS au 1/01/2017



Source : FINESS au 1/01/2017 et Dotations régionales limitatives (DRL) en € au 10/07/2017

Taux d'équipement par type de déficiences (hors CAMSP et CMPP)

Secteurs	BOURGOGNE	Côte-d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne	FRANCHE-COMTÉ	Doubs	Jura	Haute-Saône	T. de Belfort	Aire Urbaine Belfort-Montbéliard-Héricourt	BFC
Personnes âgées	19,28	19,46	21,55	18,35	18,90	23,09	22,45	24,42	23,78	21,17	14,91	20,71
Personnes âgées dépendantes	116,18	115,96	106,04	104,81	144,19	78,24	60,55	97,25	87,14	84,94	65,19	101,95
Personnes Alzheimer ou troubles apparentés	11,31	11,94	15,06	11,30	7,62	12,03	15,51	10,42	5,41	15,26	13,41	11,58
Personnes handicapées vieillissantes	0,33	0,68	-	0,42	-	0,85	1,69	-	-	1,28	3,19	0,53
PA Ensemble	147,11	148,04	142,65	134,87	170,72	114,22	100,20	132,09	116,33	122,65	96,71	134,76
Tous types de déficiences	0,00	-	-	-	-	0,29	0,62	-	-	0,06	0,36	0,13
Déficiences intellectuelles	6,82	7,20	8,94	5,41	7,27	5,96	4,34	7,45	7,47	7,06	5,81	6,45
Troubles du comportement	1,58	1,64	1,41	1,68	1,45	1,56	1,66	1,94	1,21	1,08	0,94	1,57
Déficiences motrices	0,53	0,65	0,33	0,61	0,33	0,96	0,45	0,73	0,89	3,34	3,05	0,72
Polyhandicap	0,53	0,53	0,84	0,43	0,53	0,85	0,88	0,68	1,01	0,74	0,76	0,67
Déficiences auditives	0,52	0,81	0,59	0,33	0,31	0,43	0,83	-	0,27	-	-	0,48
Déficiences Visuelles	0,15	0,24	0,28	0,11	-	0,36	0,78	-	-	-	-	0,24
Autisme	0,96	0,77	1,48	1,04	0,86	0,96	1,08	0,84	0,93	0,74	1,07	0,96
Sous total Enfance	11,09	11,82	13,87	9,60	10,74	11,37	10,63	11,65	11,78	13,02	11,99	11,21
Tous types de déficiences	0,62	0,07	0,70	0,80	1,18	2,18	2,51	3,81	0,89	0,27	0,13	1,28
Déficiences intellectuelles	3,83	3,79	3,92	3,75	3,99	2,94	2,60	1,34	3,95	5,30	5,29	3,45
Troubles du comportement	0,75	0,60	0,41	0,70	1,26	0,62	0,24	0,71	1,42	0,60	0,74	0,69
Déficiences motrices	0,53	0,41	0,41	0,50	0,85	0,27	0,27	0,67	-	-	-	0,42
Polyhandicap	0,56	0,53	0,56	0,61	0,53	0,17	-	0,27	0,55	-	-	0,39
Déficiences auditives	0,02	-	0,19	-	-	-	-	-	-	-	-	0,01
Déficiences Visuelles	0,02	0,06	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,01
Autisme	0,18	0,17	0,20	0,23	0,12	0,21	0,29	0,25	0,07	0,11	0,42	0,19
Sous total Adulte	6,51	5,62	6,40	6,59	7,93	6,39	5,91	7,05	6,87	6,28	6,58	6,46
PH Ensemble	7,96	7,57	8,67	7,55	8,86	8,01	7,45	8,56	8,46	8,48	8,35	7,99

Source : base FINESS, extraction au 01/01/2017, populations du STATISS 2016 (effectifs par classe au 1^{er} janvier 2015)

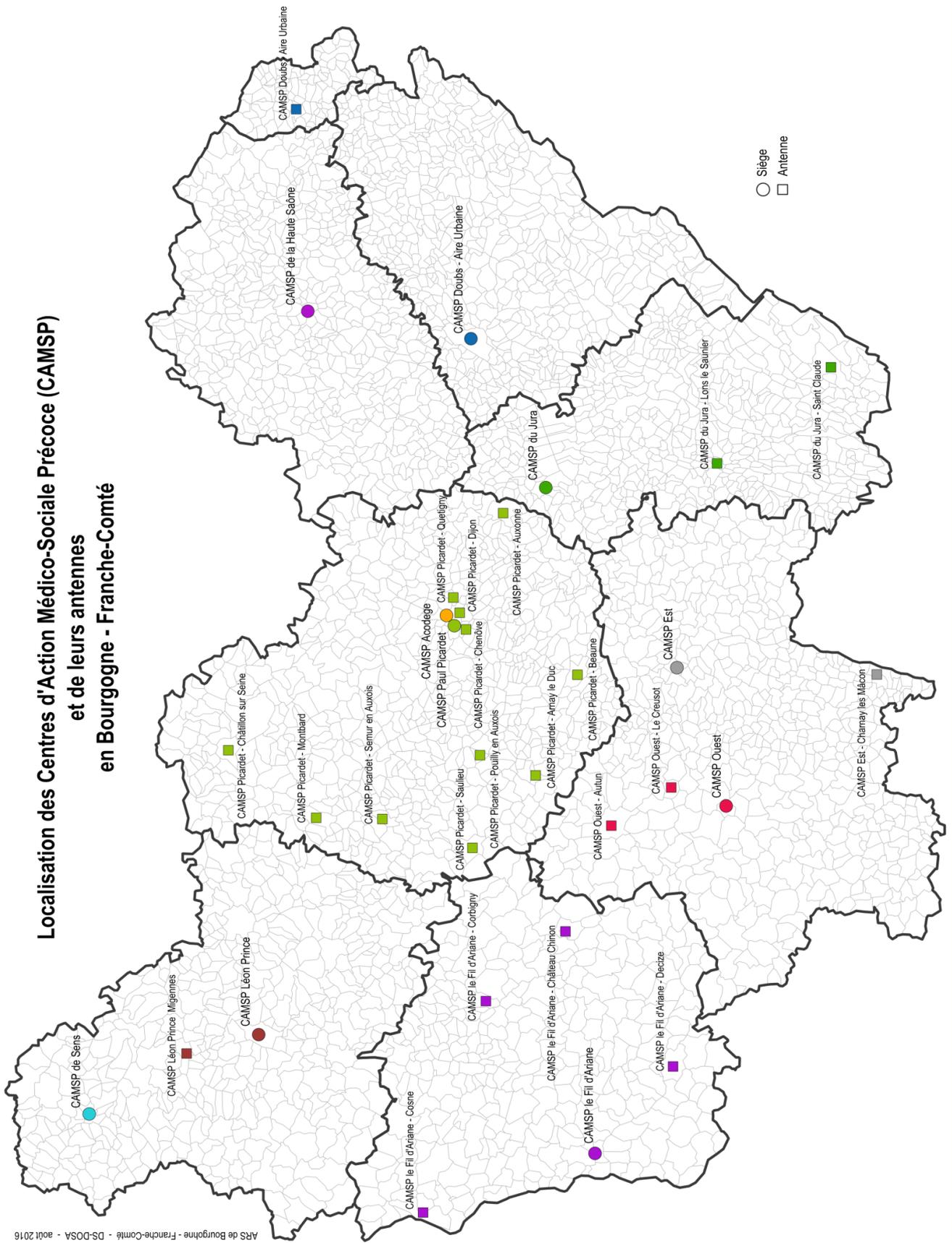
Taux d'équipement pour 1000 habitants :

0-20 ans pour le secteur « Enfance »

20-60 ans pour le secteur « Adulte »

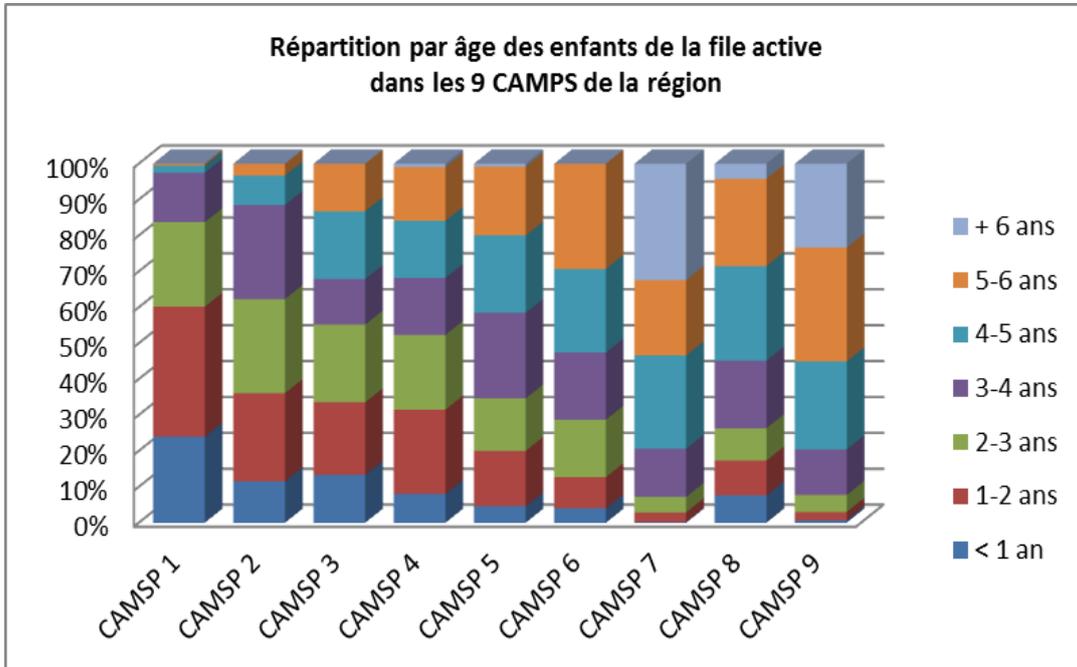
> 60 ans pour secteur « Personnes Agées »

Localisation des Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) et de leurs antennes en Bourgogne - Franche-Comté

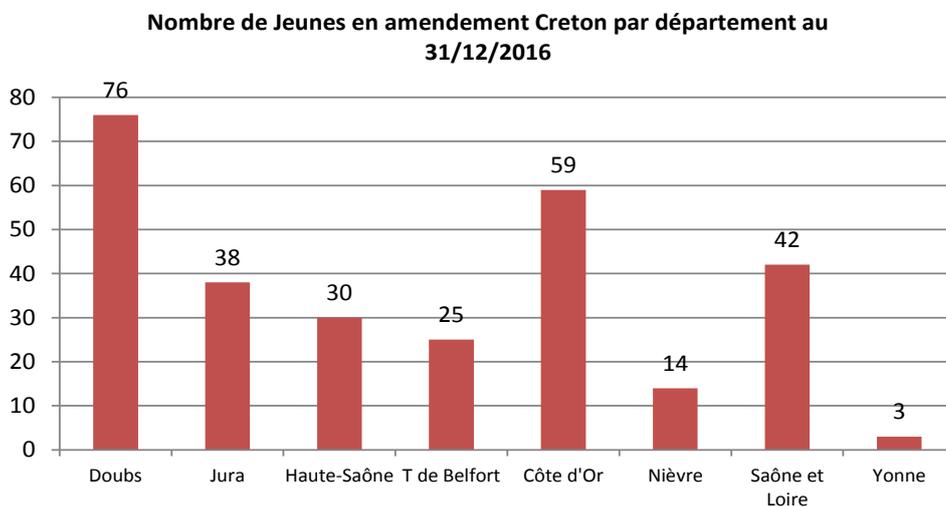


Au vu des données d'activité, il apparait clairement trois types de CAMSP :

- ceux dont l'activité est surtout consacrée aux bilans-diagnostic
- ceux qui réalisent surtout des soins
- ceux dont l'activité est équilibrée entre ces deux types d'intervention (bilans / soins).

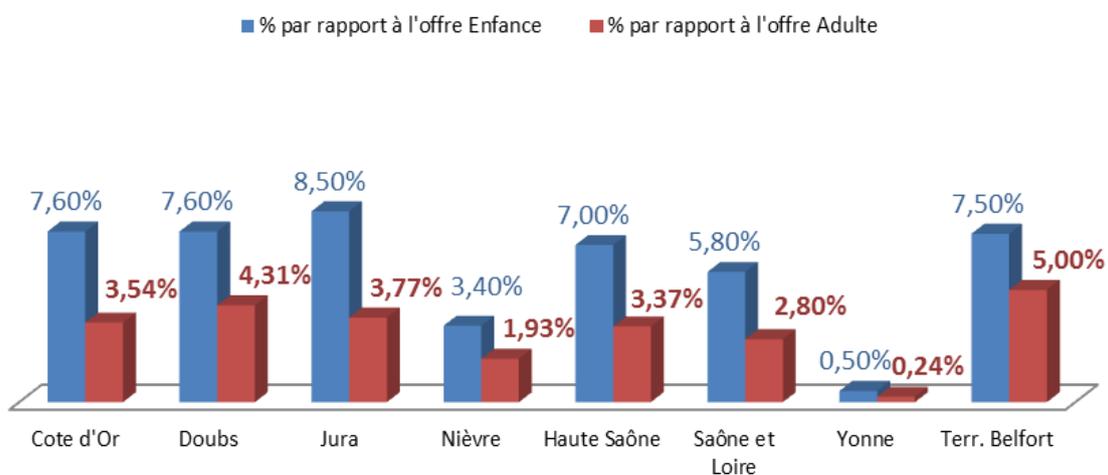


Source : rapports d'activité 2016 des CAMSP



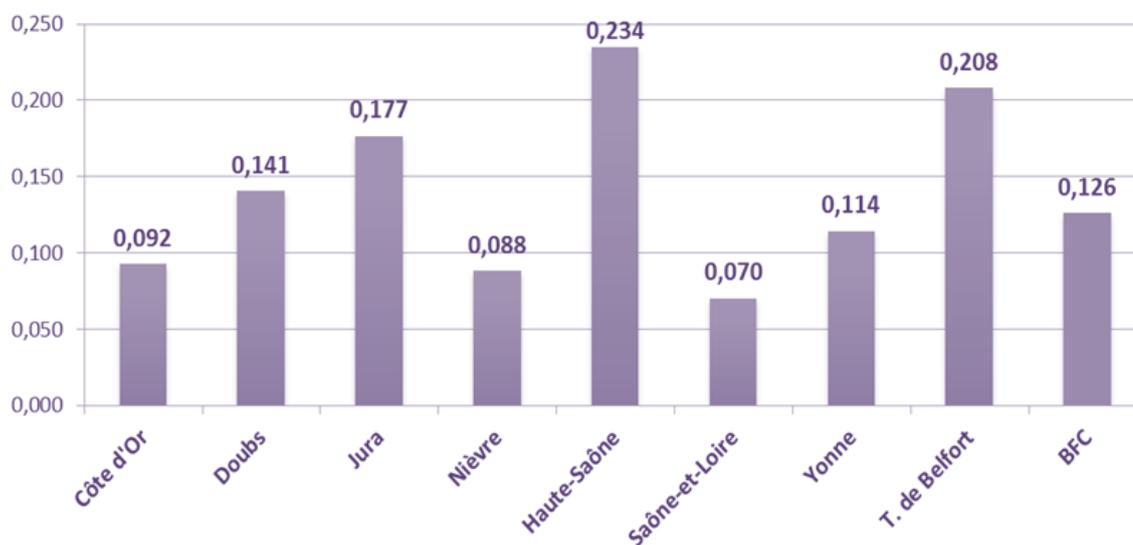
Source : Enquête DA/ARS auprès des ESMS/secteur enfance menée au 1^{er} trimestre 2017

Effectif de jeunes maintenus en Amendement Creton, par département, et rapporté au nb de places des secteurs Enfance et Adulte



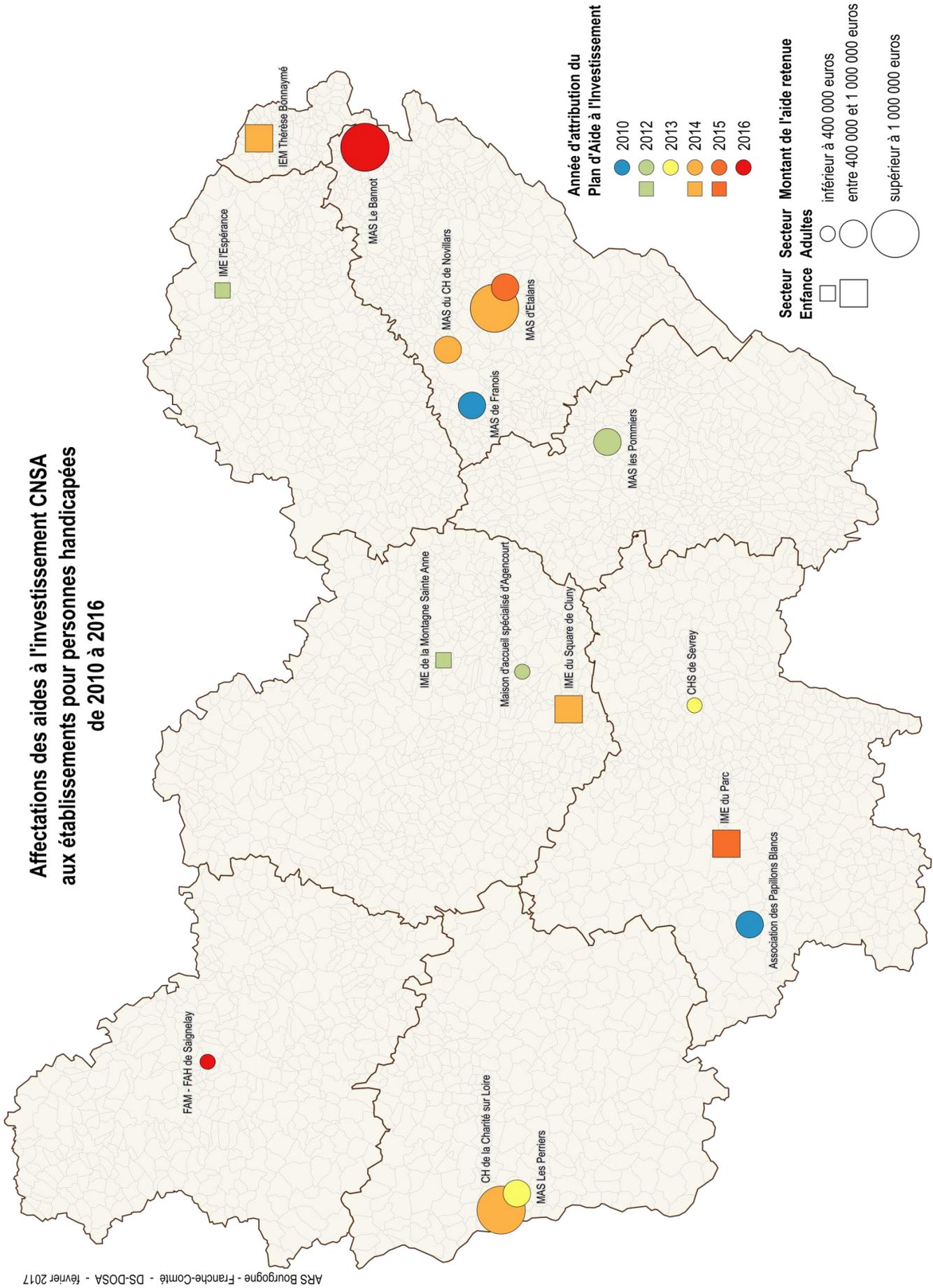
Source : FINESS au 1/01/2017

Taux d'équipement en places SSIAD-PH/SPASAD-PH pour 1000 habitants



Source : FINESS au 1/01/2017, Statiss exploitation DA/ARS

Affectations des aides à l'investissement CNSA aux établissements pour personnes handicapées de 2010 à 2016



ARS Bourgogne - Franche-Comté - DS-DOSA - février 2017

Principaux constats

- En fonction des départements, le nombre de gestionnaires varie de 7 à 24. Près de 20% de gestionnaires « mono-établissements », et plus de la moitié gèrent trois établissements ou moins ;
- Des taux d'équipement variables selon les départements et selon le secteur enfant /adulte, une offre régionale supérieure à l'offre nationale en taux d'équipement moyen régional ;
- Des CAMSP (Centre d'action médico-sociale précoce) qui accueillent des enfants de plus de 6 ans et une hétérogénéité dans la répartition de leur activité entre diagnostic et soins ;
- Des aides à l'investissement inégalement réparties dans le temps et dans l'espace ;
- Des différences en valeur absolue fortes sur le nombre de jeunes maintenus en aménagement Creton dans les départements. Deux d'entre eux représentent à eux seuls 47 % des effectifs régionaux de jeunes maintenus en secteur Enfance grâce à l'Amendement Creton ;
- Des disparités en fonction des territoires sur les modalités d'accueil proposées avec des proportions de places d'AJ, HT, SESSAD, SAMSAH, SSIAD PH très variables.

Evolutions (créations, transformation, coopérations)

Ambition n°1 – Soutien à domicile

Objectifs qualitatifs

- Couverture de l'ensemble du territoire par des GEM « Handicap psychique »
- Systématisation de la guidance parentale assurée par les ESMS s'appuyant sur le rôle d'expertise des familles et des proches afin de leur permettre de devenir pleinement co-acteurs de l'accompagnement délivré
- Pour les SSIAD/SPASAD : se référer aux objectifs dans le secteur PA. A noter que les éléments d'évaluation pour les personnes handicapées devront s'appuyer sur les outils de type SERAFIN-PH et que le renforcement des coopérations concerne également les MDPH

Objectifs quantitatifs	Cible à atteindre
<i>Pour les SSIAD/SPASAD : se référer aux objectifs dans le secteur PA</i>	

Ambition n°2 – Territorialisation

Objectifs qualitatifs

- Créations/redéploiements de places affectées prioritairement sur les départements (le territoire de Belfort est considéré sur le territoire « Aire urbaine »)
 - o dont les taux d'équipement sont les plus faibles, corrélés à d'autres indicateurs tels que : taux d'occupation, listes d'attente, taux de couverture des communes et demandes d'évolution territoriales pour les SSIAD,
 - o en dissociant secteur Enfance, secteur Adulte et secteur Travail
- Configuration d'une offre de service médico-sociale de proximité sur tous les territoires s'appuyant sur les collaborations avec :
 - o le secteur sanitaire institutionnel et libéral en termes d'accès aux soins
 - o les dispositifs Education Nationale en termes de scolarisation
 - o le Conseil régional
- Développement de la prise en charge des personnes handicapées à domicile par création de place de SSIAD et ou SAMSAH, au profit d'un rééquilibrage de l'offre sur l'ensemble du territoire en priorisant :
 - o Les départements de la Côte d'Or, de la Saône et Loire et de la Nièvre
 - o Les territoires où les foyers de vie ne disposent pas d'un plateau technique de FAM à proximité
- Développement de l'outil Viatrajectoire dans tous les ESMS PH
- Dynamisation, soutien et promotion de toutes les initiatives en faveur de l'inclusion au sein de la cité (habitat inclusif, consultations dédiées, coordinations de soins, aide aux aidants, réseaux formalisés de professionnels et référent unique pour les familles autour des troubles du neurodéveloppement de l'enfant, ...)
- Suite à l'identification des acteurs jouant un rôle de fonction ressource sur leur territoire, diffusion et mise à disposition des expertises ciblées dans un objectif de transfert de compétence et étayages des situations complexes (cible : annuaire des fonctions ressources)
- Pour les SSIAD/SPASAD : se référer aux objectifs dans le secteur PA. A noter le renforcement des coopérations concerne également les MDPH

Ambition n°3 – Efficience

Objectifs qualitatifs

- Politique d'investissement favorable :
 - o aux structures favorisant les rapprochements / mutualisations,
 - o dont la plus-value pour les personnes en situation de handicap est démontrée dans un objectifs d'inclusion dans la citée,
 - o avec une vigilance particulière portée aux ESMS de départements faiblement accompagnés les années antérieures ;
- Limitation de toute politique d'investissement dès lors que l'EPRD/ ERRD montre une structure financière fragilisée (fond de roulement négatif, CAF < remboursement des emprunts, endettement important) ;
- Engagement annuel des ESMS dans la campagne et l'utilisation des tableaux de bord de la performance dans le cadre de leur pilotage interne
- Mise en place d'une équipe de diagnostic précoce autiste conforme aux recommandations nationales de bonnes pratiques professionnelles dans chaque département, opérationnelle avec une collaboration sanitaire/médico-sociale formalisée ;
- Participation active de tous les ESMS-PH :
 - o à l'insertion sociale « hors les murs » des personnes en situation de handicap
 - o à l'accompagnement à l'insertion et la requalification professionnelle, conformément à aux Recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP)
- Optimisation de la chaine de transmission des informations entre l'Education nationale, les PMI, et les ESMS grâce aux outils e. sante pour les enfants atteints de troubles du neurodéveloppement

Objectifs quantitatifs	Cible à atteindre
<p>Mesure et suivi de l'activité des ESMS avec accompagnement sur 3 ans pour les ESMS PH avant reprise des crédits au prorata de l'activité réalisée</p> <ul style="list-style-type: none"> - IME, IEM, EEAP, ITEP, instituts pour déficients sensoriels - SESSAD (cible de 5 interventions par semaine pour enfants / ados souffrant de déficiences motrices / polyhandicap ou TED sinon 3) - Centres de ressource - Unité d'Enseignement Maternel Autisme - MAS, FAM - SSIAD - SAMSAH - ESAT 	<ul style="list-style-type: none"> - 90 % sur 210 jours - 90 % sur 210 jours - - 75 % sur 250 jours - File active de 7 enfants - 90 % sur 365 jours - 95 % sur 365 jours - 90 % sur 365 jours - cible en 2019
Remplissage de l'outil national d'appui à l'évolution de l'offre médico-sociale pour personnes présentant des troubles du spectre autistique (TSA)	- 100 % des ESMS avec un agrément TSA
Respect des recommandations nationales de bonnes pratiques professionnelles et méthodes comportementales et éducatives par tous les ESMS PH	- 100 % des ESMS-PH connaissent et respectent les RBPP
Centrage exclusivement de l'activité des CAMSP pour la population des 0-6 ans, axée sur la précocité, avec une part de leur activité équilibrée entre bilans et suivis.	<ul style="list-style-type: none"> - Age moyen d'entrée en CAMSP : 3 ans ; - Délai moyen entre orientation et admission : 30 jours ; - Ratio du nb de bilans par rapport au nb d'interventions totales > 60 %
Mise en place de coopérations voire mutualisations pour tous les ESMS (professionnels, fonctions, locaux, finances, partenariats, ...)	- 100% des ESMS-PH disposeront d'une mise en coopération voire mutualisation
Mise en œuvre d'une politique de prévention, contrôle et surveillance du risque infectieux en MAS, FAM, EPEAP, IEM	- >90 % des EPEAP, IEM, FAM et MAS intègrent le dispositif d'équipe mobile d'hygiène de territoire ou disposent de compétence en hygiène
<i>Pour les SSIAD/SPASAD : se référer aux objectifs dans le secteur PA</i>	

Ambition n°4 – Inclusion et logique de parcours

Objectifs qualitatifs

- Développement d'une offre inclusive en favorisant des dispositifs d'expertise, souples et modulaires : accueils séquentiels, foyer d'accueil médicalisé (FAM) et/ou Etablissements spécialisés d'aide par le travail (ESAT) et/ou maison d'accueil spécialisée (MAS) « hors les murs », accueil temporaire, accueil de jour, équipes mobiles, pôles de compétence et de prestations externalisées (PCPE), pôles ressources ...
 - o à moyens constants par redéploiement ou transformation
 - o par mesures nouvelles
- Les transformations de l'offre « institutionnelle » vers l'offre « de service » seront réalisées en s'assurant que les relais utiles et nécessaires peuvent être faits et ne provoquent ni rupture de parcours, ni déficit de l'offre institutionnelle
- Afin d'éviter les situations de jeunes adultes maintenus en secteur enfant faute de place en secteur adulte, anticipation des parcours et projets de vie, de tous les jeunes dès l'âge de 16 ans avec obligation de Plans d'Accompagnement Global (PAG) dès 21 ans le cas échéant
- Tous les ESMS utilisent des outils d'aide à la communication repris par l'environnement familial formé
- Renforcement de la coopération entre SSIAD/SPASAD et Conseils Départementaux, notamment dans le cadre de la coopération entre SSIAD – SAVS ;
- Dans le cadre d'une planification et programmation conjointes avec les services de l'Education Nationale :
 - o externalisation de toutes les unités d'enseignement
 - o étayage des scolarisations individuelles et collectives dans les lieux de scolarisation et dans l'ensemble de leurs lieux de vie.

Objectifs quantitatifs	Cible à atteindre
Mise en place d'un outil de repérage simplifié et de coordination du parcours diagnostique de l'enfant	100 % des enfants pour lesquels un trouble du neurodéveloppement est suspecté (<i>troubles du spectre autistique, déficience intellectuelle, troubles des apprentissages, troubles du déficit attentionnel avec ou sans hyperactivité</i>)
Participation systématique aux sollicitations de la MDPH à participer aux Groupes Opérationnel de Synthèse (GOS)	100% de réponse favorable aux sollicitations pour tous les ESMS concernés
Diminution du nombre d'adultes maintenus en ESMS pour enfants maintenus au titre de « l'Amendement Creton »	Réduction de 20 % par an du nombre d'adultes maintenus en ESMS pour enfants
Part des places de services dans l'offre médico-sociale proposant un accompagnement en milieu ordinaire	>50 % des places en service
Organisation « en dispositif des ESMS-PH dont les autorisations et la réglementation le permettent (ex : ITEP / SESSAD ; IME / SESSAD ; SAMSAH / SAVS, ...)	100 % des ESMS PH
Scolarisation à l'école, c'est-à-dire en dehors d'une unité d'enseignement implantée dans un établissement spécialisé, des enfants accompagnés dans ces structures	Taux de scolarisation en milieu ordinaire porté à 50 % d'ici 2020 et 80 % au terme du PRS
Externalisation des unités d'enseignement	100 % des IME concernés
Développement des coopérations par conventionnement avec les équipes HAD, soins palliatifs, psychiatrie	100 % des MAS et FAM
Développement de consultations dédiées aux PH dans les établissements de santé	1 dispositif dédié par département
<i>Pour les SSIAD/SPASAD : se référer aux objectifs dans le secteur PA</i>	
Développement des coopérations par conventionnement avec les équipes HAD, soins palliatifs, psychiatrie	100 % des MAS et FAM
Développement de consultations dédiées aux PH dans les établissements de santé	1 dispositif dédié par département
<i>Pour les SSIAD/SPASAD : se référer aux objectifs dans le secteur PA</i>	

Objectifs quantifiés de l'offre

Cf. PRIAC

2.4.2 Personnes en difficultés spécifiques

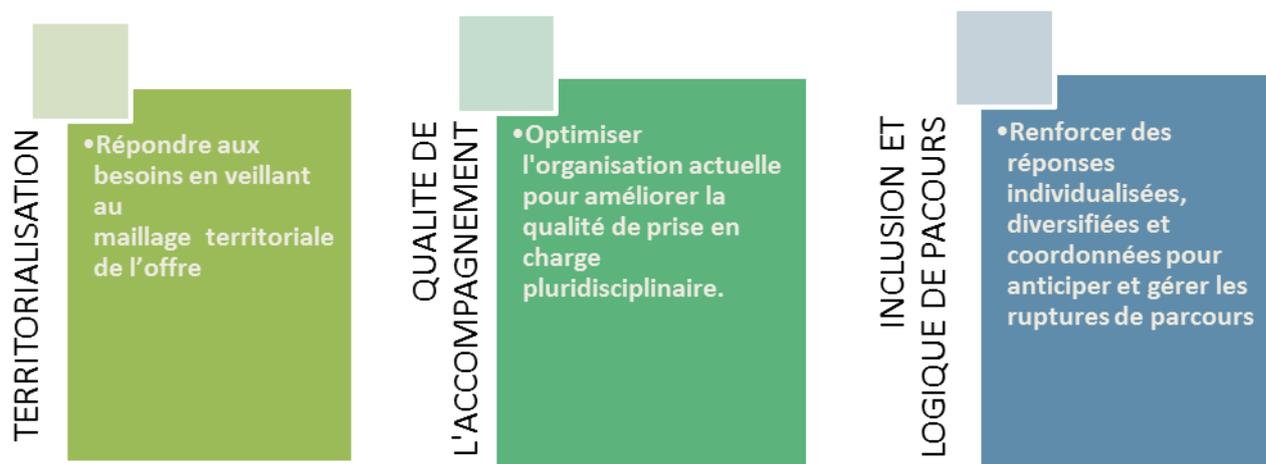
2.4.2.1 Contexte et problématisation

Les établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques (Appartements de coordination thérapeutique-ACT, Lits Haltes soins santé-LHSS, Lits accueil médicalisé-LAM, Centres de soins et d'accompagnement et de prévention en addictologie-CSAPA, Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues-CAARUD) sont financés via des crédits Ondam spécifiques, indépendamment des financements pour les établissements accueillant des personnes âgées ou personnes en situation de handicap.

Cette particularité permet de prendre en compte spécifiquement les besoins particuliers de prise en charge de ce public. En effet, chaque dispositif répond à des critères d'accompagnement et de prise en charge. Les LHSS, les LAM et les ACT permettent un accompagnement gradué dans la prise en charge de pathologies en lien avec la situation de précarisation de l'utilisateur, chaque dispositif disposant d'un nombre de place déterminé.

Les CSAPA et les CAARUD proposent un accompagnement gradué, en ambulatoire en majorité, afin d'accompagner les personnes souffrants d'addictions dans leur prise en charge globale (santé, psychologique, sociale et éducative). Ces structures ne fonctionnent pas à un nombre de place, mais les équipes mises en place accueillent et accompagnent les usagers demandeurs.

2.4.2.2 Principes généraux d'organisation : nos ambitions à 5 ans



Ces 3 ambitions combinées ont pour finalité, à terme de proposer une réponse de proximité, favorisant un accompagnement pluridisciplinaire, gradué tout en fluidifiant les parcours de prise en charge.

2.4.2.3 Les personnes en situation de précarité-vulnérabilité

Bilan de l'existant

Les structures médico-sociales pour les populations en situation de précarité en 2017

STRUCTURES	PLACES INSTALLEES	PLACES AUTORISEES*
LHSS	36	36
ACT	37	48
LAM	0	20

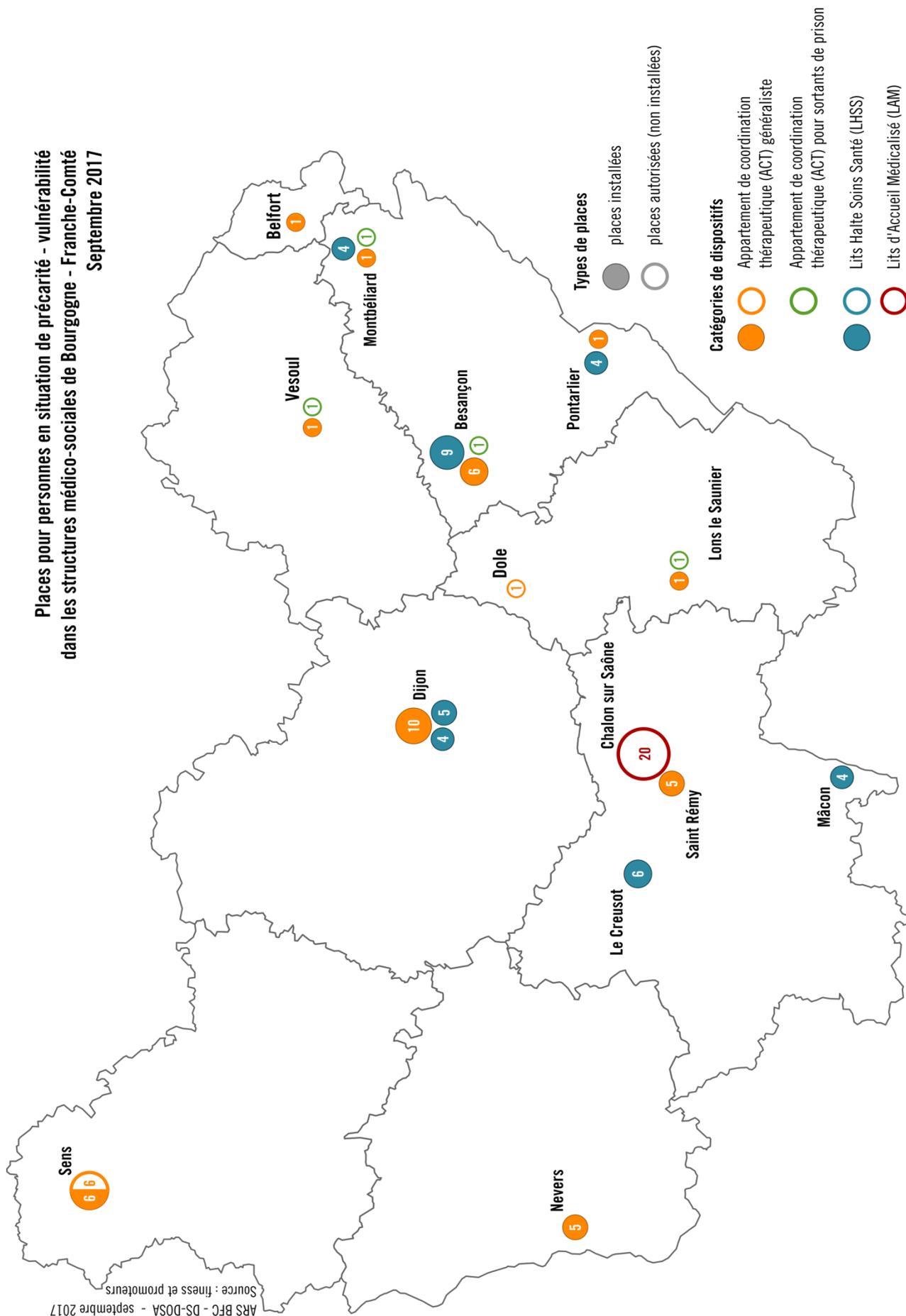
**Places autorisées fin 1^{er} semestre 2017, en cours d'installation*

Cf carte ci-après

Principaux constats

- Le manque de ressources locales (professionnels de santé, travailleurs sociaux, réseaux associatifs) sur certains territoires
- Une offre médico-sociale pour populations spécifiques à mieux répartir.
Ainsi, la concentration des LHSS sur trois départements de notre nouvelle Région Bourgogne-Franche-Comté qui en compte 8 ne permet pas de répondre à l'ensemble des besoins de cette dernière. En effet, la faible mobilité des personnes accueillies au sein des LHSS nécessite une implantation de proximité. Les publics des départements non pourvus sont, à ce titre, très éloignés de ces structures
- Les difficultés de mobilité liées aux zones rurales ou semi-rurales
- L'insuffisance de la transition vers l'offre de droit commun
- L'hétérogénéité des pratiques et du fonctionnement de dispositifs spécifiques (permanences d'accès aux soins de santé, lits halte soins santé, appartements de coordination thérapeutique).

Places pour personnes en situation de précarité - vulnérabilité
 dans les structures médico-sociales de Bourgogne - Franche-Comté
 Septembre 2017



ARS BFC - DS-DOSA - septembre 2017
 Source : Insee et promoteurs

Evolutions (créations, transformation, coopérations)

Le tableau ci-dessous fait état des évolutions à venir. Il acte l'évolution de l'offre notifiée par le niveau national à l'ARS BFC au titre de 2017. Concernant les places d'ACT et de LHSS les appels à projets seront publiés d'ici fin 2017.

Les dispositifs « un chez soi d'abord » et « appartement de coordination à domicile » seront mis en œuvre sur la base de cahier des charges national en cours d'officialisation.

STRUCTURES	PLACES
ACT	+10
LHSS	+ 10
« Un chez soi d'abord »*	+ 100
Appartement de coordination à domicile **	10

* Ce nouveau dispositif médico-social est co-financé DRDJSCS/ARS. Il permet, avec un accompagnement médico-social intensif, à des personnes sans-abri atteintes de problèmes mentaux sévères d'accéder à un logement et de s'y maintenir durablement.

**Ce nouveau dispositif propose à son domicile pour toute personne touchée par une pathologie chronique et invalidante et en situation de précarité et d'isolement : un accompagnement global, une coordination médico psycho sociale, une prestation d'aide à domicile.

Objectifs quantifiés de l'offre

Territoires	ACT			LHSS		LAM	
	PLACES INSTALLEES	PLACES AUTORISEES	Evolutions souhaitées	PLACES INSTALLEES	Evolutions souhaitées	PLACES AUTORISEES	Evolution souhaitée
Côte-d'Or	10	10	<i>(+ 10 notifié 2017)</i> <i>+10 afin d'équilibrer l'offre entre les départements de la région</i>	9	<i>+ 10 (notifié 2017)</i> <i>+ 13 places permettraient d'équiper en LHSS les départements non pourvus de la région</i>		<i>+18 places pour la région BFC permettraient de consolider l'offre en LAM</i>
Doubs (hormis Montbéliard)	7	8		17			
Jura	1	3					
Nièvre	5	5					
Haute-Saône	1	2					
Saône-et-Loire	5	5		10		20	
Aire Urbaine Belfort-Montbéliard-Héricourt	2	3					
Yonne	6	12					

2.4.2.4 Les personnes souffrant d'addictions

Le parcours Addictions est traité en partie 4 Fluidifier les parcours de santé pour mieux accompagner les usagers (Fiche 4.9 : parcours Addictions)

Les conduites addictives sont un problème majeur de santé publique justifiant une politique de prévention, de soin et de réduction des risques et des dommages

Près de 4000 Bourguignons-franc-comtois se trouvent en affection de longue durée du fait de troubles addictifs, soit 14 personnes pour 10 000 habitants (10,5 personnes en France hexagonale)¹.

Toutes les catégories de la population sont concernées mais certains publics sont plus vulnérables, notamment les adolescents. Du fait du caractère multifactoriel des addictions, la prise en charge nécessite une approche globale, avec des interventions diversifiées et coordonnées.

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 constitue un véritable changement de paradigme dans la prise en charge, tout en étant partie intégrante du processus de soin.

Cette prise en charge globale intègre également l'articulation avec les services sociaux, les structures d'accueil, d'hébergement et d'insertion dans une logique d'insertion / réinsertion sociale, et également ceux de la Justice et la protection judiciaire de la Jeunesse (PJJ) pour organiser la prévention, améliorer la prise en charge et s'assurer de la continuité des soins aux personnes sous-main de justice dont les détenus (intervention dans les centres de détention notamment).

Ainsi, la diversité des acteurs et des aides mobilisés, permet de proposer un accompagnement pluri disciplinaire, 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 adaptées à chaque situation. Le champ des addictions, dans cette logique de prise en charge globale, fait donc appel à l'ensemble des secteurs : de la prévention, des soins de ville, du sanitaire et du médico-social.

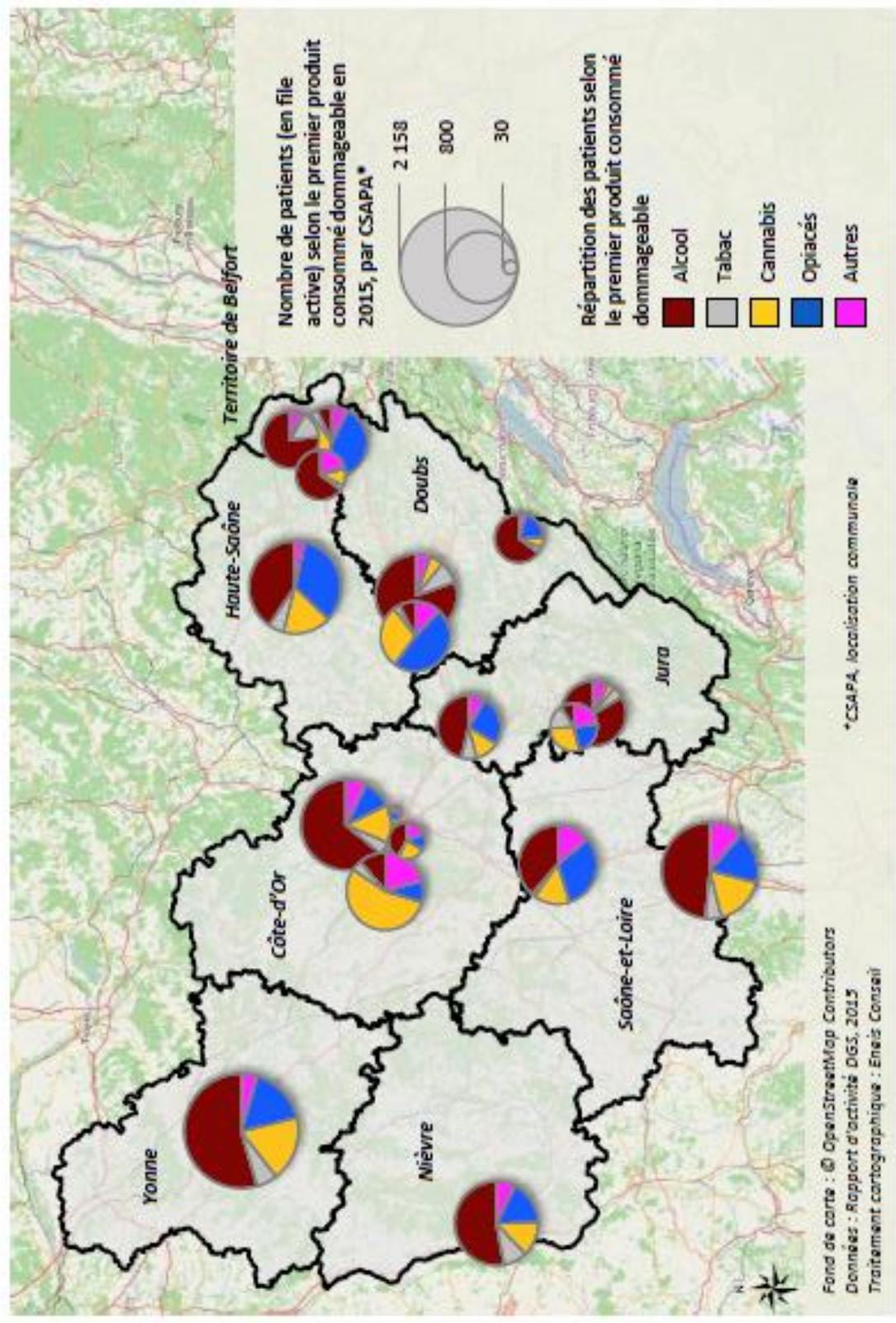
Ci-dessous, un focus sur les structures médico-sociales de prise en charge des personnes souffrant d'addictions et leurs évolutions souhaitées à 5 ans.

Bilan de l'existant

¹ Source CNAMTS, MSA, RSI, 2014 exploitations ORS BFC

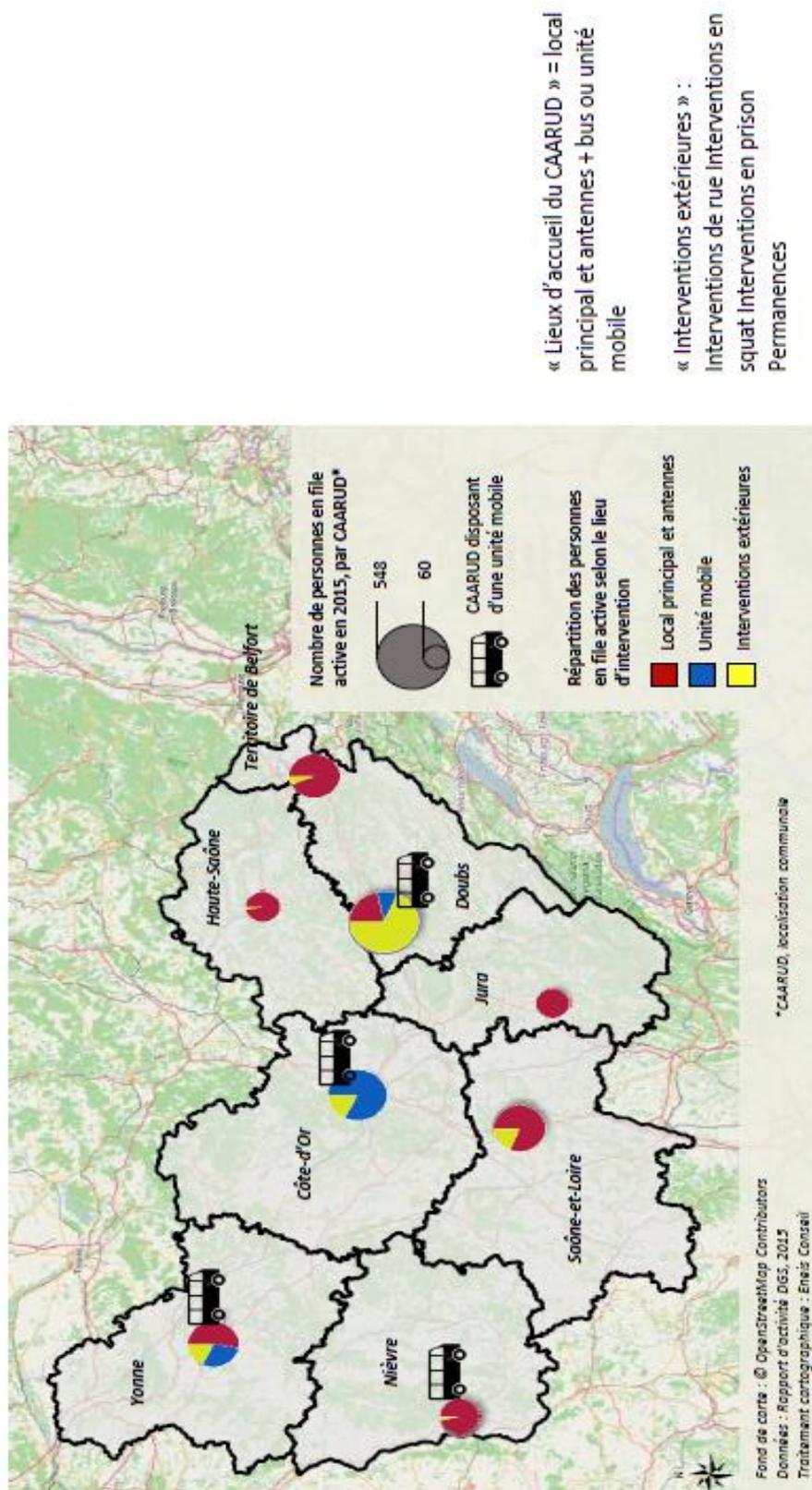
Les Centres de Soins et d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) :

Patients pris en charge par les CSAPA selon le premier produit consommé dommageable :



- Les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques des Usagers de drogues (CAARUD) :

- Répartition des personnes en file active selon le lieu d'intervention des CAARUD



Principaux constats

Les CSAPA :

- 18 CSAPA qui déploient chacun des antennes et/ou des consultations avancées
- Plus de 16 000 personnes reçues au moins une fois par les CSAPA en 2015
- La quasi-totalité des CSAPA prend en charge tous les types d'addictions, dans une proportion cependant très variable d'un CSAPA à l'autre
- 13 unités délivrant de la méthadone au sein des CSAPA
- 27 lieux de Consultations Jeunes Consommateurs en 2015
- 1 CSAPA référent pénitentiaire par département

Les CAARUD :

- 8 CAARUD avec une répartition départementale
- 5 CAARUD dit mobile
- 1100 usagers accompagnés en 2015

Globalement en Bourgogne-Franche-Comté :

- Des moyens humains parfois insuffisants pour assurer des prises en charge pluridisciplinaires et fluidifier les parcours de soin des usagers
- Une couverture de l'offre intéressante mais à renforcer
- Une multiplicité d'opérateurs et des coopérations parfois complexes sur certains territoires
- Un enjeu autour de la mise en œuvre de la mission prévention des CSAPA
- Des difficultés de déploiement des CJC

Evolutions (créations, transformation, coopérations)

- Développer les guichets uniques d'accueil et de prise en charge sur les territoires en garantissant les articulations entre les CSAPA
- Repenser l'organisation des antennes et consultations avancées, en adéquation avec le référentiel national
- Accompagner les porteurs de CJC dans la mise en œuvre de leurs missions en lien avec les recommandations nationales
- Asseoir le rôle des CSAPA référents pénitentiaires en lien avec les réflexions nationales
- Structurer le positionnement des CSAPA en matière de prévention

Objectifs quantifiés de l'offre

Territoires	CSAPA Structures mères		CAARUD			
	Structures mères implantées	Evolutions souhaitées	Fixes implantés	Mobiles implantés	Evolution souhaitée CARRUD Fixe	Evolution souhaitée CAARUD Mobile
Côte d'Or	4	<i>La configuration des structures</i>	0	1	+1	
Doubs	3	<i>CSAPA, antennes et consultations</i>	1	1		
Jura	3	<i>avancées, font actuellement</i>	1	0		+1
Nièvre	1	<i>l'objet d'une redéfinition.</i>	1	1		
Haute Saône	1	<i>L'objectif est la rationalisation</i>	1	0		+1
Saône et Loire	2	<i>de l'offre et l'amélioration de</i>	1	1*		
Aire Urbaine Belfort-Montbéliard-Héricourt	3	<i>la couverture du territoire pour permettre une prise en charge adaptée,</i>	1	0		+1
Yonne	1	<i>pluridisciplinaire au plus près de chaque usager.</i>	1	1		

*implantation de permanences décentralisées de CAARUD sans bus

2.4.3 Données communes aux personnes âgées, personnes en situation de handicap et personnes en difficultés spécifiques (souffrant d'addictions et en situation de précarité)

2.4.3.1 Articulation

- Conseils départementaux,
- Conseil Régional, pour l'accès aux dispositifs de scolarisation et préprofessionnalisation en lycée professionnel
- Education nationale,
- DRAAF – scolarisation Ministère de l'Agriculture
- Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE),
- Plan régional d'insertion des travailleurs handicapés (PRITH), ...
- Assurance Maladie
- Pour l'Habitat inclusif : Directions départementales de la cohésion sociale et de la protection des personnes - DDCSPP, bailleurs sociaux, Plan D'Accès au Logement des Personnes Défavorisées
- Pour le Sport, Loisirs, Culture : DDCSPP

2.4.3.2 Transversalité

- Fiche 2.1 : Parcours Personnes âgées
- Fiche 2.2 : Parcours Handicap : une réponse accompagnée pour tous
- Fiche 2.3 : Parcours Précarité-vulnérabilité
- Fiche 3.1 : parcours Santé mentale et psychiatrie
- Fiche 4.4 : Parcours Neurologie
- Fiche 4.7 : Parcours Développement de l'enfant
- Fiche 4.9 : Parcours Addictions

3 - SE MOBILISER FORTEMENT SUR LA SANTE MENTALE

3.1 Parcours santé mentale et psychiatrie

3.1.1 Contexte et problématique

Selon le Haut Conseil de la Santé Publique –HCSP- 2013, une personne sur cinq souffrira un jour d'une maladie psychique. Schizophrénie, troubles bipolaires, addictions, dépressions, TOC (troubles obsessionnels compulsifs) sont retenus, par l'Organisation mondiale de la santé -OMS, comme les maladies les plus préoccupantes.

Ces pathologies sont un facteur de handicap et d'exclusion à l'échelle nationale :

- détérioration de la qualité de vie (personne concernée, entourage) pour au moins ¼ de la population française ;
- exclusion de l'emploi : 40 % des personnes de 20 à 59 ans suivies pour affection psychiatrique ont une activité professionnelle / 74 % pour la population générale (enquête handicap, incapacité, dépendance - HID) ;
- exclusion du logement : 1/3 sans-abri souffrent de troubles psychiques lourds ;
- décrochage scolaire : 98 000 jeunes ont quitté, fin novembre 2016, le système de formation (source : ministère de l'éducation nationale).

Elles exercent d'autre part une forte pression sur les ressources publiques en raison de leur prévalence élevée et représentent 15 % des dépenses de santé.

Dans ce contexte, la loi de modernisation du système de santé LMSS du 26/01/2016 constitue une avancée pour la santé mentale en France en rappelant que le but poursuivi n'est pas seulement *la stabilisation des troubles mais la promotion des capacités des personnes, leur maintien ou leur réengagement dans une vie active et sociale choisie*. L'article 69 de cette loi donne la possibilité aux acteurs du territoire d'élaborer, à la suite d'un diagnostic territorial, un projet territorial de santé mentale en conservant les acquis de la politique de secteur en termes d'accessibilité et de continuité des soins et de passer d'une organisation fondée sur les structures à une organisation fondée sur les pratiques. Un véritable progrès en matière de décroisement des accompagnements en découle avec des modalités d'accompagnement d'insertion sociale et scolaire avec l'inscription dans la loi «*d'un programme relatif au maintien dans le logement et d'accès au logement et à l'hébergement accompagné (...), développé pour les personnes en souffrance psychique qui en ont besoin*». Enfin, le Conseil National de Santé Mentale, installé en octobre 2016, a fait de la santé mentale des enfants et des jeunes, un de ses 4 axes prioritaires.

En Bourgogne-Franche-Comté en 2015, près de 100 600 patients ont eu recours, au moins 1 fois, à un établissement psychiatrique (dont environ 75% d'entre eux uniquement en ambulatoire dans des structures rattachées à un établissement de santé). Il convient de considérer le nombre bien plus important des patients pris en charge en ambulatoire (public et surtout libéral) par les médecins généralistes, pédiatres (dont 1/3 des consultations relèvent de la santé mentale) et psychiatres libéraux ainsi que par les autres professionnels tels que psychologues, psychothérapeutes, psychanalystes En 2014, 60 000 Bourguignons et Francs-Comtois étaient en ALD pour affections psychiatriques de longue durée, soit un taux standardisé de 204,6 pour 10 000 habitants, proche du taux national de 2016.

Deux caractéristiques marquent la région, d'une part une surmortalité par suicide avec un taux pour la partie Bourgogne de 17,3 % et de 18,5 % pour la partie Franche-Comté pour un taux national de 15,1 %, d'autre part, une densité de psychiatres en région BFC inférieure à la moyenne nationale : moyenne régionale de 17 pour 100 000 habitants versus moyenne nationale de 23 pour 100 000 habitants.

Il s'agit donc sur un territoire régional hétérogène d'optimiser les ressources existantes et de capitaliser les dynamiques pour répondre à six enjeux majeurs :

- permettre à chaque personne présentant des troubles psychiques, quel que soit son âge, sa situation sociale et son lieu de vie, d'accéder aux soins, y compris sur le plan somatique et aux différents dispositifs de prise en charge et d'accompagnement requis par l'évolution de son état de santé ;
- organiser et optimiser les démarches et actions de prévention primaire, secondaire et tertiaire dans le domaine de la santé mentale ;
- mettre en place et assurer une prise en charge plus précoce des troubles psychiques ;
- poursuivre la réduction du recours à l'hospitalisation complète ;
- associer l'environnement familial de la personne en situation de handicap psychique à l'organisation des soins et soutenir les aidants familiaux par l'organisation d'ateliers « Profamille »,
- valoriser le soutien par les pairs usagers et par les associations d'entraide familiale.

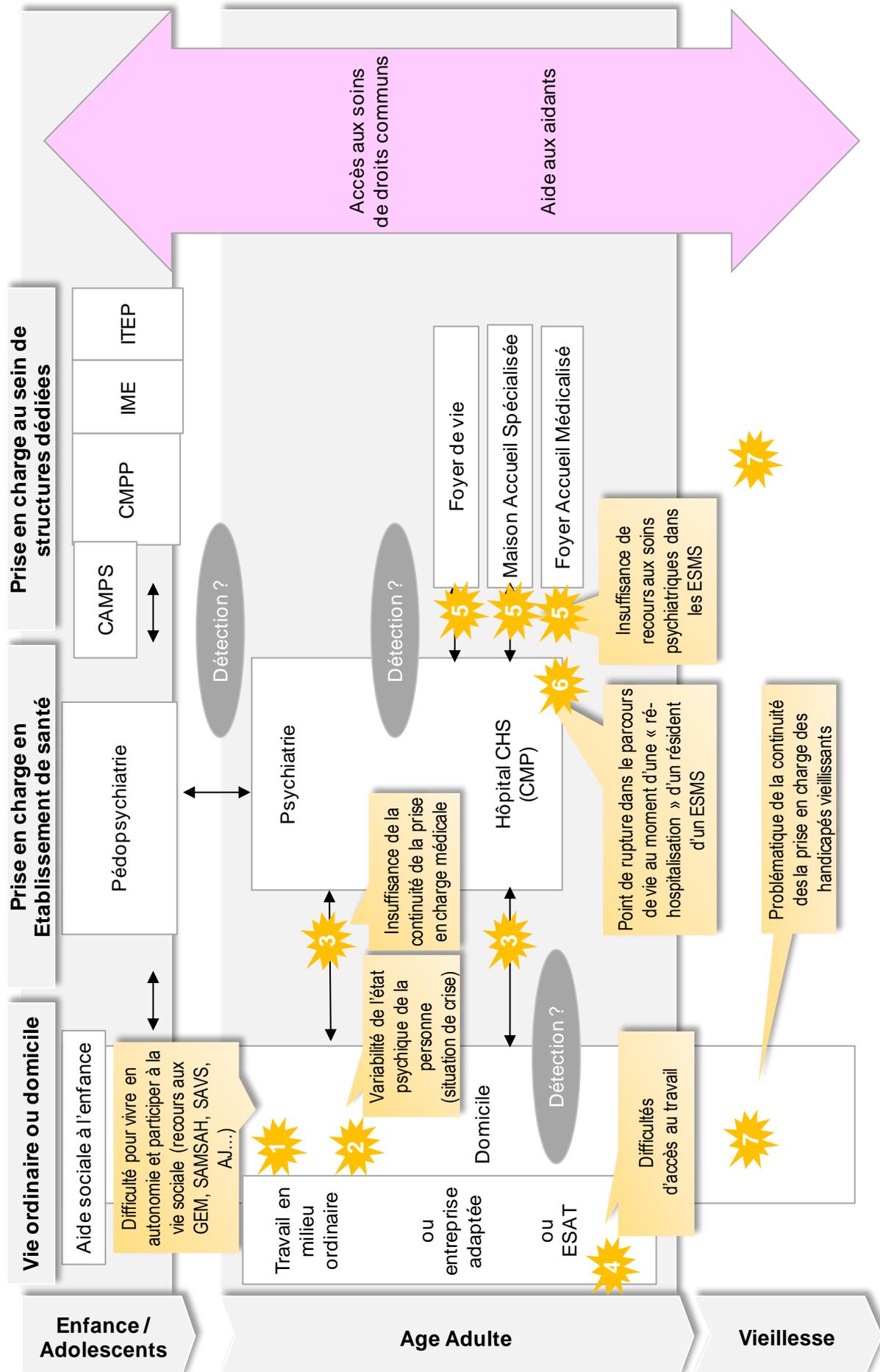
Par ailleurs, un rapport d'avril 2017 sur la psychiatrie des mineurs en France dresse un constat de crise au niveau de la recherche, de la prise en charge, du dépistage, aggravée par une saturation des structures. L'enjeu sera donc de développer le dispositif de soins et de prévention pour l'adapter aux besoins de la population dans le cadre d'un réseau élargi à l'ensemble des partenaires et tenant compte des spécificités en pédopsychiatrie telles que :

- rôle central des missions de prévention précoce ;
- transition de l'adolescence à l'âge adulte ;
- importance du partenariat : famille, école, protection de l'enfance, social, justice et médico-social ;
- place majeure des dimensions psychologiques et développementales dans les pathologies présentées.

3.1.2 Identification des points de rupture

Les points de rupture identifiés dans le schéma ci-dessous concernent les adultes :

1. difficulté pour vivre en autonomie et participer à la vie sociale (recours aux groupes d'entraide mutuelle-GEM, services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés-SAMSAH, services d'accompagnement à la vie sociale-SAVS, ...) ;
2. variabilité de l'état psychique de la personne (situation de crise) ;
3. insuffisance de la continuité de la prise en charge médicale ;
4. difficulté d'accès au travail ;
5. insuffisance de recours aux soins psychiatriques dans les ESMS ;
6. point de rupture dans le parcours de vie au moment d'une ré-hospitalisation d'un résident d'un EHPAD ;
7. problématique de la continuité dès la prise en charge des handicapés vieillissants.



3.1.3 Objectifs généraux



Objectif général n°1 : améliorer, sur l'ensemble du territoire régional, l'orientation et l'accès à des soins psychiatriques adaptés pour les adultes et les personnes âgées

Cet objectif se décline en 4 objectifs opérationnels :

- Développer le repérage et la prise en charge précoce des troubles psychiques

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Identification et déploiement des unités d'intervention précoces pour la prise en charge de jeunes adultes organisées en réseau et en lien avec des centres de référence de réhabilitation sociale et de remédiation cognitive,
- Formation et accompagnement des médecins généralistes au diagnostic précoce de la dépression de la personne âgée pour en améliorer la prise en charge,
- Développement d'une offre cohérente et structurée pour répondre aux besoins de santé mentale des personnes âgées,
- Soutien aux dispositifs de repérage et d'orientation vers les soins des personnes en vulnérabilité sociale tels que les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) et permanences d'accès aux soins de santé (PASS psychiatriques)
- Association de l'environnement familial de la personne malade, à l'organisation des soins

Résultats attendus :

- Equipes pluri-professionnelles constituées et formées à la prise en charge précoce des jeunes adultes
- Réduction de la durée de troubles psychotiques du jeune adulte non-repérés et non-traités
- Diminution du recours aux hospitalisations des personnes âgées et des personnes en situation de handicap psychique
- Création d'un centre ressource régional en psychiatrie de la personne âgée

- Réduire le recours aux urgences et les durées d'hospitalisation complète

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Diffusion d'outils de communication concernant la filière de prise en charge auprès des acteurs du territoire (médecins généralistes, travailleurs sociaux, institutions, élus, usagers et familles...)
- Mise en place d'une astreinte téléphonique pour conseils aux médecins généralistes après la fermeture des centres médico-psychologiques (CMP)
- Identification de la fonction d'infirmier IDE d'accueil au sein des CMP pour répondre aux demandes non-programmées (accueil physique et téléphonique)
- Elargissement de l'amplitude horaire et journalière de certains CMP au regard de la population du territoire

Résultats attendus :

- Accès de la population à certains CMP au-delà de 17h et le week-end
- Traitements des demandes non programmées par un IDE d'accueil au sein des CMP
- Interventions des équipes mobiles au domicile de la personne âgée et de la personne en situation de handicap psychique ou en établissement médico-social

- Organiser la réponse des services d'accueil des urgences aux urgences psychiatriques

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Accès à un avis psychiatrique dans tout service d'accueil des urgences
- Organisation d'une réponse graduée en fonction des caractéristiques du territoire

Résultats attendus :

- Tout médecin urgentiste peut recourir à un avis psychiatrique
- Diminution des admissions en soins sans consentement pour péril imminent demandées par les services d'urgence

- Optimiser le suivi post-urgences

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Mise en place d'organisations permettant aux personnes reçues aux urgences de bénéficier d'une évaluation dans les 72 heures après leur venue
- Développement de la coordination des soins entre les établissements et les médecins de ville

Résultats attendus :

- Une consultation de suivi est proposée systématiquement dans les 72 heures après le passage aux urgences



Objectif général n°2 : améliorer l'orientation et apporter des réponses adaptées aux demandes en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent sur l'ensemble du territoire régional

Cet objectif se décline en 3 objectifs opérationnels :

- Mieux prendre en compte l'importance du soutien à la parentalité dès la périnatalité, en s'appuyant notamment sur l'entretien prénatal précoce et sur les liens d'attachement

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Constitution d'équipes spécialisées et mobiles pouvant intervenir dans les différentes maternités ou à domicile
- Développement de l'activité des consultations de psychiatrie périnatale au sein des maternités ainsi que les consultations « père-mère-bébé » dans les services de pédopsychiatrie : création d'unités « père-mère-bébé »
- Développement du travail en réseau et soutien aux staffs médico psychologiques, aux équipes en maternité et en Protection maternelle et infantile (PMI)

Résultats attendus :

- Une unité ressource psychiatrie périnatale est identifiée au sein du réseau périnatalité BFC
- Prévention des dysfonctionnements graves parentaux
- Amélioration de l'accessibilité aux dispositifs d'accompagnement et de soutien en psychopathologie sur l'ensemble du territoire

- Mobiliser l'ensemble des acteurs pour assurer une prévention, un repérage précoce avec la garantie de la continuité de la prise en charge

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Identification et évaluation, dans chaque territoire, de structures graduées de soins (consultations, centre d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP), hôpital de jour, hospitalisation complète)
- Identification des différents niveaux d'intervention et des voies de passage de l'un à l'autre (repérage, diagnostic, cas complexes) favorisant des fonctionnements inter-institutionnels entre les acteurs du sanitaire et du médico-social
- Accompagnement des professionnels de premier recours (médecins généralistes, pédiatres, PMI, médecine scolaire...) pour un adressage au juste niveau de diagnostic et de soins
- Meilleur accompagnement des familles dans l'information et l'orientation, dès la détection du trouble et jusqu'à sa prise en charge (information synthétique et pratique)

Résultats attendus :

- Chaque département dispose d'outils de repérage auprès des professionnels de première ligne, en particulier les professionnels des services de Protection Maternelle Infantile et de santé scolaire
- Appui au développement des plateformes de santé mentale identifiées comme lieu d'échanges avec l'ensemble des acteurs autour du jeune
- Mise en place des indicateurs de saturation des CMP et des centres médico psycho pédagogique (CMPP)
- Un suivi systématique après une tentative de suicide du jeune mis en place avec une proposition des soins adaptés

- 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 (liste non exhaustive) :

- Mise en œuvre du repérage et de la concertation autour des situations à risque pour prévenir les épisodes aigus chez les mineurs accompagnés par les services et établissements sociaux et médico-sociaux
- Création des équipes médico-psycho-sociales de liaison permettant une meilleure articulation entre le sanitaire, le médico-social et le social afin d'éviter le recours aux hospitalisations et d'améliorer les sorties d'hospitalisation
- Amélioration de l'accès aux consultations spécialisées en lien avec les services de neurologie et de génétique, les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP)
- Elargissement des réponses en pré et post hospitalisations
- Structuration des relais avec la psychiatrie adulte

Résultats attendus :

- Soutien dans la mise en place des professionnels de santé au sein de l'Education Nationale pour le renforcement du repérage en milieux scolaire et universitaire
- Structuration de la transmission d'information en amont des prises en charge, au cours de l'hospitalisation et en sortie, notamment par les groupes opérationnels de synthèse



Objectif général n°3 : réduire la mortalité par suicide en Bourgogne-Franche-Comté

Cet objectif se décline en 2 objectifs opérationnels :

- Accroître le repérage de la crise suicidaire

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Poursuite du déploiement des formations pluri-professionnelles de prévention de la crise suicidaire

Résultats attendus :

- Augmentation du nombre de professionnels formés au repérage de la crise suicidaire

- Organiser la prévention de la récurrence

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Mise en place d'un suivi après le passage en urgences ou dans une unité d'hospitalisation de courte durée en lien avec les médecins généralistes et des équipes intersectorielles identifiées
- Evaluation du dispositif « vigilans » existant dans le département du Jura et extension des dispositifs de rappel à d'autres départements, le cas échéant,
- Soutien aux familles de personnes en crise suicidaire

Résultats attendus :

- Consultation de post urgence systématiquement proposée après une tentative de suicide



Objectif général n°4 : favoriser l'insertion sociale et professionnelle des personnes en situation de maladie ou de handicap psychique

Cet objectif se décline en 3 objectifs opérationnels :

- Promouvoir la réhabilitation psychosociale et favoriser la vie sociale et citoyenne en milieu ordinaire

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Identification, en BFC, de dispositifs de différents niveaux de réhabilitation psycho-sociale et de remédiation cognitive (diagnostic à réaliser pour octobre 2017)
- Renforcement des groupements d'entraide mutuelle pour les personnes présentant un handicap psychique
- Valorisation du soutien par les pairs usagers qui ont eu un parcours de patient, aux personnes en situation de maladie ou de handicap psychique
- Adaptation des structures de loisirs à l'accueil des personnes en situation de handicap psychique

Résultats attendus :

- Création d'un centre référent BFC de niveau 2 de réhabilitation psycho-sociale et de remédiation cognitive
- A minima, un groupe d'entraide mutuelle (GEM) par département
- Ouverture des activités en « mixité » dans les associations de culture et loisirs en milieu ordinaire avec intégration progressive et accompagnée de personnes concernées

- Organiser et améliorer l'entrée en hébergement adapté et renforcer l'accès et le maintien dans le logement en milieu ordinaire

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Extension des logements d'évaluation ou de transition, en mode collectif ou individuel, en vue de l'apprentissage de la vie en logement autonome
- Identification d'un référent individuel du projet personnalisé de la personne dans les établissements et services médico-sociaux (ESMS)
- Renforcement de la complémentarité entre les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et les services médico-sociaux pour adultes handicapés (SAMSAH)
- Structuration du partenariat avec les bailleurs

Résultats attendus :

- Un axe logement d'évaluation ou de transition est intégré dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des ESMS
- Chaque personne bénéficie d'un référent pour son projet individualisé au sein de la structure médico-sociale
- Les plateformes SAVS/SAMSAH s'organisent

- Faciliter l'accès à un emploi en milieu protégé, accompagner l'intégration dans un emploi en milieu ordinaire et en favoriser le maintien

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Poursuite de l'adaptation de l'offre des établissements et services d'aide par le travail (ESAT) au handicap psychique
- Renforcement de l'offre en services d'accompagnement à l'insertion professionnelle, ex. de type « job coach », dispositif d'emploi accompagné
- Déploiement des dispositifs de prévention de la désinsertion professionnelle des personnes présentant un handicap cognitif et ou/comportemental

Résultats attendus :

- Projet d'établissement des ESAT principalement axés sur la transition et l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique vers le milieu ordinaire de travail
- Les missions de santé au travail sont confortées
- Référentiel partagé permettant d'évaluer les aptitudes, les compétences et l'employabilité des travailleurs handicapés d'ESAT



Objectif général n°5 : concourir à la déstigmatisation de la maladie psychiatrique

Cet objectif se décline en 2 objectifs opérationnels :

- Agir sur les représentations sociétales en favorisant le travail en réseau par différentes approches

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Construction d'un programme régional relations médias/professionnels de la psychiatrie et de la santé mentale
- Optimisation des outils et/ou dispositifs permettant de fédérer les acteurs de proximité (ex : conseil locaux de santé mentale (CLSM), plateformes en psychiatrie et santé mentale...
- Soutien financier et promotion régionale des actions et événements nationaux dans le cadre des SISM (Semaines d'information sur la Santé Mentale)

Résultats attendus :

- Charte de communication professionnels/journalistes à publier fin 1er semestre 2018
- Actions de promotion de la santé mentale coordonnées, visibles et efficaces auprès des partenaires et de la population de la BFC

➤ Former et soutenir les aidants familiaux

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Evaluation et extension des programmes de formation pour les aidants familiaux de type psychoéducation (ex : pro-famille...)
- Mise en place d'un accompagnement des aidants dès l'annonce du diagnostic
- Prise en compte de l'expérience des aidants familiaux et identification de la pair aideance en tant qu'acteur clé

Résultats attendus :

- Augmentation du nombre de personnes bénéficiaires d'un programme de psycho-éducation

**Objectif général n°6 : adapter et optimiser les ressources humaines**

Cet objectif se décline en 3 objectifs opérationnels :

➤ Répondre aux problèmes de démographie des psychiatres

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Adapter la démographie médicale des pédopsychiatres aux besoins de la population
- Maintien du nombre d'internes formés en BFC, accroissement de l'attractivité régionale BFC
- Diversification des lieux de stage dans le cadre de la réforme du 3ème cycle, notamment auprès de maîtres de stage en libéral
- Soutien aux postes partagés ou aux exercices mixtes (hospitalier-médicosocial-libéral) pour les jeunes médecins
- Déploiement des moyens de télémédecine pour proposer des consultations psychiatriques à distance

Résultats attendus :

- Augmentation du nombre de psychiatres exerçant en BFC
- Un professeur de pédopsychiatrie par faculté de médecine
- Recours à des avis psychiatriques spécialisés à distance est proposé sur le territoire ?

- Mettre en place les coopérations entre les professionnels de santé du champ de la psychiatrie et accroître les compétences des professionnels des champs sanitaire, social et médico-social

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Définition de l'articulation des différents professionnels impliqués dans la prise en charge coordonnée
- Organisation des stages croisés permettant d'améliorer l'interconnaissance,
- Mise en œuvre des coopérations entre professionnels de santé dans des prises en charge définies par des protocoles agréés par la Haute Autorité de Santé (HAS)

Résultats attendus :

- Guide de bonnes pratiques
- Formations continues pluri professionnelles (diplôme d'université DU), diplôme interuniversitaire (DIU), formation du développement professionnel continue (DPC), pour les infirmiers diplômés d'état (IDE), éducateurs spécialisés, moniteurs éducateurs, aide médico-psychologique (AMP), ...)
- Création d'un Master infirmier spécialisé en santé mentale pour des pratiques avancées en lien avec les Unité de formation de recherche (UFR) de Bourgogne et de Franche-Comté

- Favoriser la recherche clinique et en soins pour renforcer l'attractivité de l'exercice en psychiatrie et en santé mentale

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Elaboration, dans le cadre d'une organisation régionale, de projets de recherche communs entre les établissements de santé, services et professionnels salariés ou libéraux (pratiques de soins, suivi de cas...)

Résultats attendus :

- Projets de recherches associant plusieurs établissements et/ou professionnels
- Thèmes de recherches diversifiés

3.1.4 Indicateurs

- Nombre de passages aux urgences pour motifs psychiatriques
- Nombre de conventions relatives au repérage, à la gestion et à l'accompagnement des épisodes aigus chez les mineurs
- Taux de mortalité par suicide
- Nombre de personnes en situation de handicap psychique suivies par un service médico-social en emploi ordinaire
- Nombre de psychiatres exerçant en BFC

3.1.5 Articulation

- Plan d'Action Régional sur les Urgences BFC
- Programme national d'actions contre le suicide
- 4^{ème} plan autisme
- RAPT
- Stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale volet handicap psychique
- PRITH
- PRAPS
- PMND

3.1.6 Transversalité

- Fiche 2.1 : Parcours Personnes âgées
- Fiche 2.3 : Parcours Précarité-vulnérabilité
Renforcement du partenariat institutionnel et local pour conforter des structures/dispositifs tels « maisons relais, résidences d'accueil, familles d'accueil, un chez soi d'abord » et réflexion concertée sur les besoins en ACT spécifiques pour personnes en situation ou à risque de handicap psychique.
- Fiche 2.6 : Parcours Maternité-parentalité
- Fiche 2.7 : Parcours Développement de l'enfant
- Fiche 2.8 : Parcours Adolescents et jeunes adultes
- Fiche 2.9 : Parcours Addictions

3.2 Sectorisation et autorisations de psychiatrie

3.2.1 Contexte et problématique

Les territoires en psychiatrie et santé mentale

- Zones d'intervention des établissements autorisés en psychiatrie : missions de psychiatrie de secteur :
 - le territoire régional est actuellement découpé en secteurs de psychiatrie générale d'une part et de psychiatrie infanto-juvénile d'autre part, les secteurs étant rattachés à un établissement autorisé à exercer l'activité de psychiatrie ;
 - la loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016 prévoit que soit affectée, par le directeur général de l'ARS, aux établissements de santé autorisés en psychiatrie, une zone d'intervention sur laquelle l'établissement assure la mission de psychiatrie de secteur.
- Territoires des Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM) :
 - le PTSM organise le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture des personnes en situation de maladie ou d'handicap psychique ;
 - les établissements autorisés en psychiatrie participent à l'élaboration et à la mise en œuvre du PTSM qui associe les acteurs publics et privés et les professionnels intervenant dans les champs sanitaire, médico-social et social concernés dont, notamment, les psychiatres libéraux et les médecins de ville dont les interventions sont complémentaires à l'offre publique ;
 - ces territoires ont été définis, pour la région, comme étant les huit territoires de démocratie sanitaire.
- Zones de planification sanitaire des activités de soins de psychiatrie soumises à autorisation :
 - Dix zones donnant lieu à la répartition des activités de soins et des équipements matériels lourds (cf. partie 6) retenues.

Structures et activité : état de lieux des implantations existantes : cf. tableau des OQOS ci-après

3.2.2 Principes généraux d'organisation

3.2.2.1 Objectifs



Objectif général n°1 : définir les zones d'intervention des établissements afin de couvrir le territoire régional

- à ce stade, la proposition est d'affecter aux établissements actuellement en charge des secteurs de psychiatrie générale ou de secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, la zone d'intervention correspondant à l'ensemble des secteurs dans lesquels ils interviennent et donc de ne pas modifier leur contour d'intervention (à l'intérieur de ces zones, il reviendra à l'établissement d'assurer la mission de psychiatrie de secteur en organisant le positionnement des services répondant à cette mission) ;
- au cours du PRS, pourra être soumise à concertation une mise en cohérence du fonctionnement du secteur de psychiatrie générale, actuellement rattaché au CHICH de PONTARLIER et du secteur de psychiatrie infanto-juvénile rattaché actuellement au CH NOVILLARS, sans modification des implantations des activités de soins correspondantes et en cohérence avec les orientations du projet médical partagé du GHT Centre Franche-Comté ;
- Réflexion sur l'organisation de l'offre de soins psychiatriques sans consentement sur les zones spécifiques qui présentent des tensions dans la région.



Objectif général n°2 : définir les implantations des activités de soins dans les territoires de planification

Cet objectif se décline en 1 objectif opérationnel :

- Inciter au développement des prises en charge en hospitalisation partielle ou ambulatoire

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Pas de création de nouvelles implantations en hospitalisation complète de psychiatrie générale qui nécessitent des moyens financiers nouveaux
- Maintien du nombre d'implantations en hospitalisation à temps partiel, voire augmentation, en opérant une substitution à l'hospitalisation complète, quand l'activité visée n'existe pas en hospitalisation complète sur le territoire

Résultats attendus :

- Augmentation des prises en charges en hospitalisation à temps partiel et/ou en ambulatoire

3.2.2.2 Evolutions (créations, transformations, coopérations)

- Pas de nouvelles créations sauf autorisations d'hôpital de jour non mises en œuvre et toujours nécessaires (p. ex. hôpital de jour - HDJ- en secteur pénitentiaire Franc Comtois),
- Création d'une HDJ de psychiatrie du sujet âgé dans la zone de planification Sud-Yonne,
- Création d'activités à temps partiel par transformation d'hospitalisations à temps complet sauf si l'activité visée n'existe pas en hospitalisation complète.

3.2.2.3 Objectifs quantifiés de l'offre de soins

Psychiatrie générale

Activité	Zone									
	Côte-d'Or	Haute-Saône	Nord Franche-Comté	Centre Franche-Comté	Jura	Bourgogne Méridionale	Saône-et-Loire - Bresse - Morvan	Nièvre	Sud Yonne - Haut Nivernais	Nord Yonne
Nombre d'implantations autorisées (1)	Hospitalisation complète	3	3	3	5	2	2	3	3	2
	Hospitalisation de jour	5	7	4	12	4	2	7	1	2
	Hospitalisation de nuit	0	2	0	5	0	0	1	0	1
	Placement familial thérapeutique	1	1	1	0	0	0	0	1	0
	Appartement thérapeutique	0	0	0	3	2	0	0	0	0
	Centre de posture psychiatrique	0	0	0	3	1	0	0	0	0
Centre de crise	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Nombre d'implantations prévues dans le SRS (2)	Hospitalisation complète	3	3	3	5	2	2	3	3	2
	Hospitalisation de jour	5	7	3	15	4	2	7	2	2
	Hospitalisation de nuit	1	2	1	5	0	0	2	0	1
	Placement familial thérapeutique	1	1	1	0	0	0	0	1	0
	Appartement thérapeutique	1	0	0	3	2	0	1	0	0
	Centre de posture psychiatrique	0	0	0	3	1	0	0	0	0
Centre de crise	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Ecart (2) - (1)	Hospitalisation complète	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Hospitalisation de jour	0	0	-1	3*	0	0	0	1	0
	Hospitalisation de nuit	1	0	1	0	0	0	1	0	0
	Placement familial thérapeutique	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Appartement thérapeutique	1	0	0	0	0	0	1	0	0
	Centre de posture psychiatrique	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Centre de crise	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

* : 1 HDJ en structure pénitentiaire, 1 HDJ en addictologie et 1 HDJ en psychogériatrie

Psychiatrie infanto-juvénile

		Zone									
Activité		Côte-d'Or	Haute-Saône	Nord Franche-Comté	Centre Franche-Comté	Jura	Bourgogne Méridionale	Saône-et-Loire - Bresse - Morvan	Nièvre	Sud Yonne - Haut Nivernais	Nord Yonne
Nombre d'implantations autorisées (1)	Hospitalisation complète	1	1	2	4	0	1	1	1	1	0
	Hospitalisation de jour	5	3	2	7	4	1	5	1	3	1
	Hospitalisation de nuit	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Placement familial thérapeutique	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Nombre d'implantations prévues dans le SRS (2)	Hospitalisation complète	1	1	2	4	0	1	1	1	1	0
	Hospitalisation de jour	5	3	3	7	4	1	5	2	3	1
	Hospitalisation de nuit	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Placement familial thérapeutique	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0
Ecart (2) - (1)	Hospitalisation complète	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Hospitalisation de jour	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0
	Hospitalisation de nuit	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Placement familial thérapeutique	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0

3.2.3 Articulation

Renforcement du partenariat institutionnel et local pour conforter des structures/dispositifs tels « maisons relais, résidences d'accueil, familles d'accueil, un chez soi d'abord » et réflexion concertée sur les besoins en ACT spécifiques pour personnes en situation ou à risque de handicap psychique.

3.2.4 Transversalité

- Idem Fiche 3.1 Parcours Santé mentale et psychiatrie

4 - FLUIDIFIER LES PARCOURS POUR MIEUX ACCOMPAGNER LES USAGERS

4.1 Parcours cancer

4.1.1 Contexte et problématique

En Bourgogne Franche-Comté, chaque année, plus de 14 200 personnes ont un diagnostic de cancer (incidence)².

Avec 7 600 décès annuels, le cancer reste la première cause de mortalité en Bourgogne Franche-Comté³. C'est également la première cause de mortalité prématurée (avant 65 ans).

Les cancers sont aussi la première cause de mortalité évitable, imputable à des facteurs de risques liés aux modes de vie.

Le taux régional de mortalité par cancer est proche du taux national, cependant il est plus important à l'Ouest de la région, dans les départements de la Nièvre et de l'Yonne.

La lutte contre le cancer est une priorité nationale depuis 2003, ce qui a justifié l'adoption de trois plans cancer nationaux, le troisième étant en cours (2014-2019).

C'est également une priorité régionale dans le cadre d'un parcours cancer.

Début 2017, l'offre de dépistage et de soins est organisée autour des structures suivantes :

1. dépistages organisés : cinq structures co financées par l'ARS et l'AM et un conseil départemental
2. structures de soins disposant d'une (ou de plusieurs) autorisation(s) d'activité de soins du cancer :
 - chirurgie des cancers : 22 autorisations en Bourgogne, 10 en Franche-Comté
 - radiothérapie externe (curiethérapie) : 6 autorisations en Bourgogne (4), 2 en Franche-Comté (1)
 - utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées : 2 autorisations en Bourgogne, 2 en Franche-Comté
 - chimiothérapie ou autres traitements médicaux spécifiques du cancer : 17 autorisations en Bourgogne, 5 en Franche-Comté
3. deux réseaux régionaux de cancérologie : un dans chacune des anciennes régions.

La Bourgogne Franche-Comté doit s'inscrire dans les perspectives de la santé de demain en cancérologie définies dans le Cadre d'Orientation Stratégique :

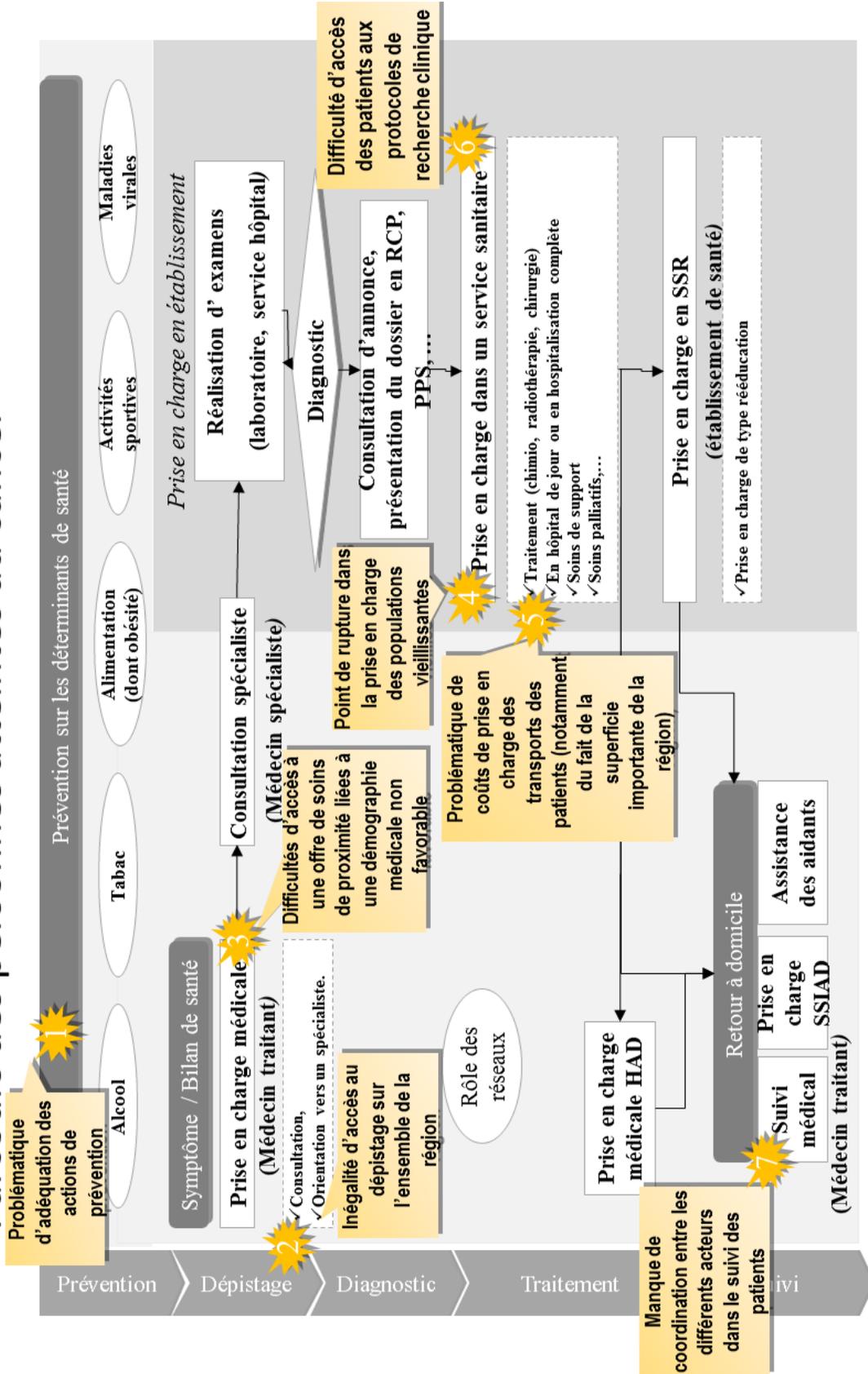
- les nouveaux modes d'organisation dans le cadre de « l'hôpital hors les murs » ;
- l'essor de l'e-santé et le développement de la connectique ;
- la personne atteinte de cancer au cœur de sa prise en charge ;
- les innovations technologiques dans la perspective d'une médecine de précision et personnalisée.

² Francim, Inserm CépiDc et INSEE – données 2008-2010, exploitation ORS.

³ Inserm CépiDc (2009-2013), exploitation ORS.

4.1.2 Identification des points de rupture

Parcours des personnes atteintes du cancer



- Point de rupture 1 : Problématique d'adéquation des actions de prévention
- Point de rupture 2 : Inégalité d'accès au dépistage sur l'ensemble de la région
- Point de rupture 3 : Difficultés d'accès à une offre de soins de proximité liées à une démographie médicale non favorable
- Point de rupture 4 : Problèmes dans la prise en charge des populations vieillissantes
- Point de rupture 5 : Problématique de coûts de prise en charge des transports des patients (notamment du fait de la superficie importante de la région)
- Point de rupture 6 : Difficulté d'accès des patients aux protocoles de recherche clinique
- Point de rupture 7 : Manque de partage d'information entre les différents acteurs de la prise en charge, sur la situation et le parcours de santé des patients

4.1.3 Objectifs généraux



Objectif général n°1 : agir sur les principaux déterminants de santé liés au cancer en développant les actions de prévention

Cet objectif se décline en 4 objectifs opérationnels :

- Poursuivre la lutte contre le tabac en intensifiant la mise en œuvre du programme national de réduction du tabac (PNRT)
 - Poursuivre la lutte contre l'alcool, promouvoir une activité physique régulière et une alimentation saine
 - Améliorer la prévention des cancers liés à l'environnement et au travail
 - Améliorer la prévention des cancers liés aux maladies infectieuses
- Pour ces 4 objectifs, les actions seront développées dans le cadre des parcours addictions, nutrition, du PRSE (plan régional santé environnement) et du programme vaccination
 - Actions de prévention solaire dans les MSP

Résultats attendus :

- Diminution de l'incidence des cancers évitables



Objectif général n° 2 : favoriser des diagnostics plus précoces en améliorant les taux de participation aux dépistages organisés et autres

Cet objectif se décline en 2 objectifs opérationnels :

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

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Généralisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus
- Action d'information et de promotion de ces DO réalisées par les partenaires (structures chargées du DO, professionnels de santé, AM, ARS, collectivités locales, associations notamment)
- Renforcement des actions de promotion du DO dans les territoires avec les taux de participation les plus faibles
- Développement de l'utilisation de la mammographie numérisée
- Renforcement de l'action spécifique des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) (coordinatrices) sur la relance à la participation aux dépistages
- Incitation des médecins traitants au suivi du DO inscrit dans la ROSP (Rémunération sur Objectifs de Santé Publique)

- Développer certains autres dépistages

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Développement du dépistage des cancers cutanés dans les MSP par télédermatologie

Résultats attendus :

- Augmentation du taux de participation à chacun des dépistages organisés pour l'ensemble de la région
- Réduction des inégalités départementales des taux de participation

**Objectif général n°3 : garantir l'accès de tous les patients à des soins de qualité**

Cet objectif se décline en 6 objectifs opérationnels :

- Evaluer la mise en œuvre des dispositifs de qualité transversale des pratiques de soins en cancérologie : notamment les dispositifs d'annonce (DA), les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP), le dossier communicant en cancérologie (DCC), le programme personnalisé de soins (PPS) et les soins de support

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Evaluation des parcours des patients dans les filières de prise en charge : en premier lieu, dans les filières de prise en charge des cancers du sein, du poumon, de la prostate et colo-rectal
- Evaluation de la mise en œuvre de ces dispositifs de qualité transversale dans les établissements autorisés

- Garantir une offre hospitalière de prise en charge de qualité

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Augmentation de l'accessibilité aux examens d'imagerie (IRM, PET-scan ...)
- Généralisation du Dossier Communicant en Cancérologie en ex-Bourgogne
- Examen de la mise en œuvre des autorisations d'activité de soins de traitement du cancer pour confirmation ou retrait au vu des critères réglementaires de qualité et de niveau d'activité

Résultats attendus :

- Réduction du délai de prise en charge aux examens d'imagerie (IRM, PET-scan ...)

- Permettre à chacun des patients d'être acteur de sa prise en charge

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Généralisation de la remise au patient par l'équipe soignante d'un support adapté d'information, notamment au moment de la remise de son PPS
- Soutien des programmes d'éducation thérapeutique des patients

- Améliorer l'accès des patients aux soins de support en établissement de santé comme en ville pendant et après le cancer pour améliorer leur qualité de vie (prise en charge de la douleur, des soins palliatifs, 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)

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Recensement de l'offre actuelle pour améliorer sa lisibilité auprès des patients et des acteurs
- Adaptation du maillage de ces soins de support à l'échelle des territoires de santé

- Adapter les prises en charge aux besoins spécifiques des personnes âgées, enfants, adolescents et jeunes adultes

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Renforcement de l'action de l'Unité de Coordination en Oncogériatrie (UCOG) et de son antenne
- Mise en place d'une équipe régionale coordonnée en faveur de la prise en charge des adolescents et jeunes adultes atteints de cancer
- Sensibilisation des médecins de ville aux circonstances de la découverte des cancers de l'enfant

- Assurer à tous les patients une prise en charge personnalisée et l'accès aux traitements innovants et aux essais cliniques

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Développement de la génétique et de la génomique permettant pour le patient la caractérisation de sa tumeur et l'adaptation de son traitement, notamment un projet de plateforme de séquençage très haut débit à visée sanitaire.
- Amélioration de l'accès aux thérapeutiques médicales innovantes (immunothérapie, thérapies ciblées et tests compagnons)
- Amélioration de l'accès à des traitements de radiothérapie plus ciblés et sécurisés (délivrance de doses hypo fractionnées, évolution des protocoles de traitements) avec organisation d'un maillage territorial adapté
- Amélioration de l'accès à la radiologie interventionnelle dans un but diagnostique ou thérapeutique



Objectif général n°4 : développer les prises en charge hors établissement de santé en renforçant la coordination ville-établissement de santé

Cet objectif se décline en 3 objectifs opérationnels :

- Mieux impliquer les professionnels de la ville en s'appuyant notamment sur les modes d'exercice coordonné : médecins traitants, pharmaciens, infirmiers, psychologues,

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Déploiement de formations des professionnels de santé de ville à la prise en charge en ambulatoire des patients atteints de cancer (en présentiel ou en e-learning)
- Relai avec les plateformes territoriales d'appui à la coordination (PTA) pour les cas complexes lors de la mise en pratique du PPS ou du programme personnalisé de l'Après cancer (PPAC)
- Etude, au vu des résultats de l'expérimentation nationale en cours, de la possibilité d'extension à l'ensemble de la région, du dispositif des infirmiers de coordination en cancérologie

- Promouvoir des outils communs de prise en charge entre établissement de santé et ville pour favoriser la participation des acteurs de ville

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Systématisation de l'accès des médecins traitants au DCC, incluant notamment le PPS puis le PPAC
- Interfaçage entre le DCC et les autres dossiers patients informatisés (dossier médical partagé (DMP) et plateforme de coordination e-TICSS)
- Développement de l'envoi dématérialisé et sécurisé d'ordonnances d'anticancéreux oraux aux pharmacies de ville
- Développement de liens privilégiés entre médecin hospitalier et médecin de ville (par exemple : ONCOTEL)

- Favoriser le relais en ville de la chirurgie des cancers en ambulatoire et des thérapeutiques anticancéreuses orales

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Développement de la chirurgie ambulatoire des cancers
- Thérapeutiques anticancéreuses orales : implication des professionnels de ville dans la dispensation (pharmacien), dans le suivi du patient (médecin traitant / infirmier (IDE)) et dans l'information au patient (tous les acteurs)



Objectif général n°5 : améliorer l'efficience et optimiser les organisations régionales

Cet objectif se décline en 2 objectifs opérationnels :

- Structurer l'offre de dépistage organisé au niveau régional

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Préfiguration pour une opérationnalité au 1^{er} janvier 2019 du centre régional de coordination des dépistages des cancers avec sites territoriaux
- Adaptation des missions au cahier des charges national

- Construire le réseau régional de cancérologie (RRC) de Bourgogne Franche-Comté

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Préfiguration pour mise en place de ce RRC avant le 31/12/2018
- Adaptation des missions du RRC aux évolutions du cahier des charges national

Résultats attendus :

- Signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens entre l'ARS et les nouvelles structures régionales de la cancérologie (Réseau régional de cancérologie de Bourgogne Franche-Comté et Centre régional de coordination des dépistages organisés de Bourgogne Franche-Comté)

4.1.4 Indicateurs

- Taux standardisé de mortalité prématurée par cancer pour les hommes et les femmes
- Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal (par région et par départements)
- Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein (par région et par départements)
- A partir de 2020, nombre d'actions prévues dans les CPOM entre l'ARS et les nouvelles structures régionales de la cancérologie effectivement réalisées.

4.1.5 Articulation

- Acteurs de la prévention primaire, du dépistage, du soin en établissement de santé et en ville, de l'insertion sociale et personnes atteintes par un cancer.

4.1.6 Transversalité

- Fiche 1.4 : Agir sur les déterminants de santé environnementale : Plan Régional Santé-Environnement
- Fiche 4.5 : Parcours Nutrition-santé
- Fiche 4.8 : Parcours Addictions (avec le Plan Régional de Réduction du Tabagisme)
- Fiche 5.1 : Renforcer l'offre de soins dans les territoires au service des patients : une présence médicale et soignante accrue
- Fiche 5.3.2 : Coopérations hospitalières – GHT
- Fiche 5.4.2 : Politique régionale du médicament (PRM)

4.2 Parcours diabète

4.2.1 Contexte et problématique

En 2015, en France plus de 3,3 millions de personnes étaient traitées par un médicament (antidiabétiques oraux et/ou insuline) pour un diabète soit 5 % de la population.

Le diabète de type 1 ou diabète insulino-dépendant concerne 10% des diabétiques adultes. L'étude Entred de 2007-2010 spécifiait que l'âge moyen des adultes DT1 était de 42 ans, 62% étaient âgés de moins de 45 ans et 18% de 55 ans et plus. Plus de la moitié était des femmes (52%) et l'âge moyen au diagnostic était de 24 ans.

Entre 2013 et 2015, 6 424 enfants ont été identifiés comme nouvellement atteints de DT1. Le taux d'incidence en France sur cette période était de 18,0 pour 100 000 enfants. En Bourgogne-Franche-Comté ce taux est comparable à 17,9 pour 100 000. L'étude des taux d'incidence brut par âge montre que les 10/14 ans sont les plus impactés.

Le diabète peut entraîner des complications, qui peuvent toucher : le cœur (infarctus), le cerveau (accident vasculaire cérébral), les reins (insuffisance rénale), les yeux (rétinopathie diabétique) et les pieds (ulcères, amputation).

Le diabète de type 2 est :

- la 1^{ère} cause de cécité après 65 ans : plus de 1000 cas par an ;
- la 1^{ère} cause de plaie chronique du pied : 5 fois plus que dans la population générale ;
- la 1^{ère} cause d'amputation : 7 fois plus d'amputation ;
- la 2^{ème} 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 d'insuffisance rénale chronique terminale : 9 fois plus que dans la population générale.

La surmortalité des personnes diabétiques par rapport à la population générale est de 34% chez les hommes et de 51% chez les femmes.

Les disparités régionales de la prévalence du diabète restent importantes, la Bourgogne- Franche-Comté restant proche de la moyenne nationale avec une prévalence de 4,95 %. 130 000 personnes sont en ALD pour diabète dans notre région.

On estime que 1% de la population souffre de diabète de type 2 sans le savoir. D'où l'importance du dépistage ciblé sur la population à risque : âge > 45ans, surpoids et obésité, antécédents personnels ou familiaux de diabète, hypertension artérielle (HTA), dyslipidémie, sédentarité...

(Sources : Prévalence et incidence du diabète – InVS – mise à jour le 15-11-2017, CIRE Bourgogne Franche Comté, Surveillance sanitaire en Bourgogne et en Franche-Comté, Point n°2015/46 du 12 novembre 2015, SNIR 2015)

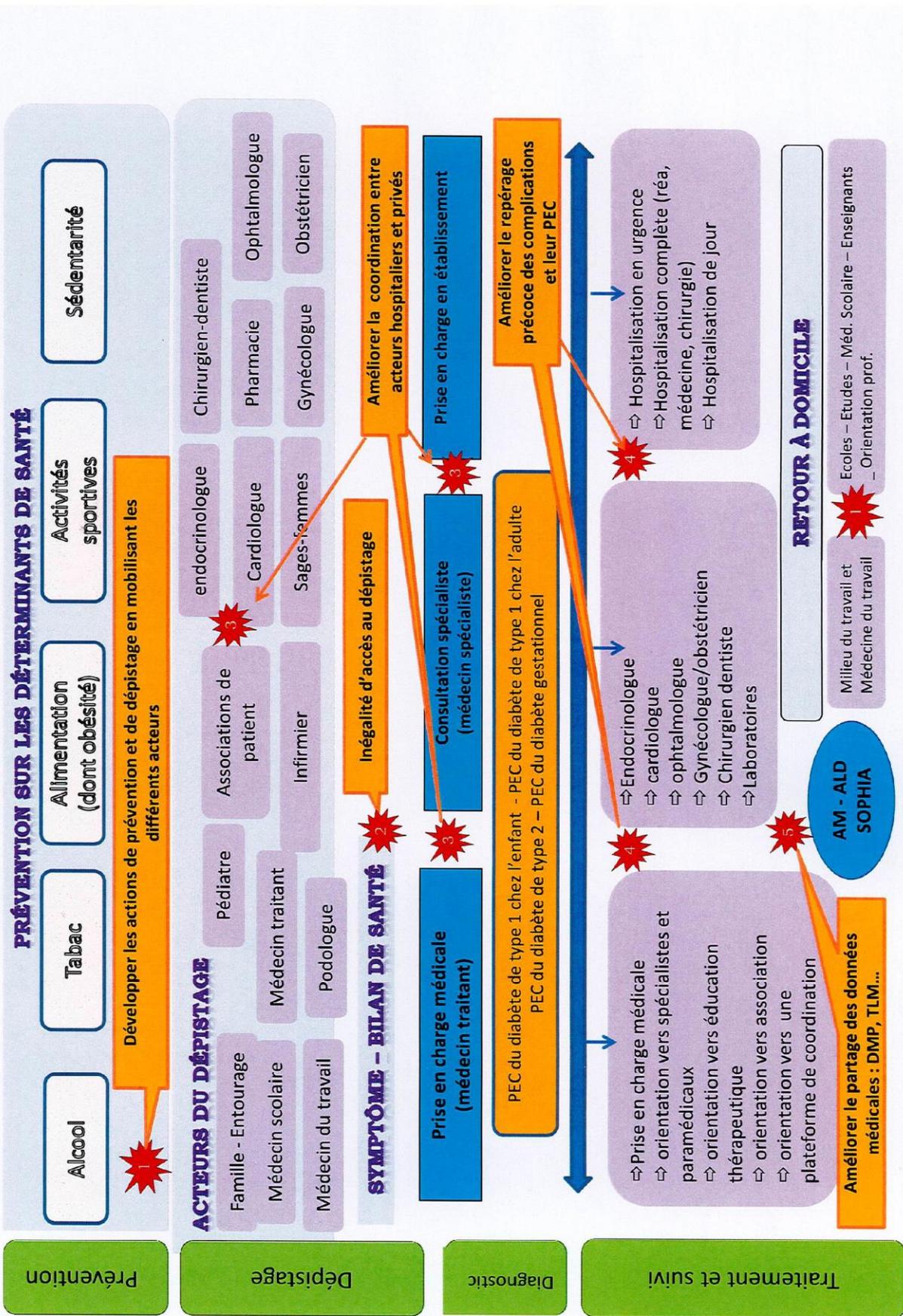
Les enjeux majeurs de ce parcours sont :

- de limiter les facteurs de risque d'apparition d'un diabète de type 2 et de ses complications en promouvant la nécessité d'une activité physique régulière ainsi que d'une alimentation équilibrée dans le contexte quotidien familial ou communautaire ;
- de développer une meilleure coordination des actions à mettre en œuvre sur les territoires : de la prévention aux soins jusqu'à l'accompagnement médico-social ;
- d'améliorer la prise en charge du diabète de type 1 de l'enfant ;
- d'améliorer le repérage des personnes à risque sur notre territoire afin de faire reculer cette « épidémie silencieuse » qui fait partie des maladies chroniques pesant lourdement sur notre système de santé (7,9 milliards d'euros en 2014 en dépense médicalisée) ;
- d'améliorer le repérage précoce des complications liées au diabète (amputation d'un membre inférieur (AMI) et plaies du pied diabétique, insuffisance rénale, rétinopathie diabétique,...).

4.2.2 Identification des points de rupture

Points de rupture :

1. Favoriser les actions sur les déterminants de santé (prévention primaire)
2. Développer les actions de dépistage des personnes à risque (prévention secondaire)
3. Améliorer la coordination entre acteurs hospitaliers et ambulatoires
4. Développer la coopération entre médecins et infirmier(ères)
5. Développer l'éducation thérapeutique
6. Améliorer le repérage précoce des complications et leur prise en charge,
7. Améliorer le partage des données médicales : DMP, TLM...



4.2.3 Objectifs généraux

Les objectifs généraux du parcours du patient diabétique sont articulés en amont avec la prévention primaire et sociale et en aval, avec l'accompagnement médico-social, le maintien et le retour à domicile.

La finalité attendue d'une diminution de la prévalence du diabète et de ses 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.



Objectif général n°1 : développer les actions de prévention, de repérage et de dépistage en mobilisant les différents acteurs

Cet objectif se décline en 2 objectifs opérationnels :

- Renforcer sur les territoires les actions d'information et d'éducation à la santé sur les déterminants impliqués dans l'apparition du diabète

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Journées d'information et de sensibilisation des avancées sur le diabète par les professionnels de santé auprès des usagers : Journée mondiale du diabète organisée chaque année le 14 novembre en collaboration avec l'Assurance Maladie sur les 8 départements de BFC + Journée « vivre avec son diabète » organisée chaque année par la fédération Française des diabétiques (FFD) sur un des 8 départements de BFC
- Promotion de la nutrition et de l'activité physique (action transversale au parcours nutrition santé : développer la pratique d'une activité physique adaptée et régulière + promouvoir auprès des patients diabétiques les règles hygiéno-diététiques)

- Améliorer le repérage et le dépistage du diabète

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Action de dépistage ciblé du diabète en officine
- Action de repérage/dépistage du diabète en structure de soins de 1er recours
- Campagne de prévention de l'acido-cétose chez les enfants, auprès des médecins généralistes, des pédiatres

Résultats attendus :

- Le grand public est sensibilisé sur le diabète, ses facteurs de risque et ses déterminants
- Les professionnels de 1er recours sont mobilisés sur le repérage et dépistage du diabète



Objectif général n°2 : optimiser la prise en charge pluri professionnelle du patient diabétique sur les territoires

Cet objectif se décline en 4 objectifs opérationnels :

- Organiser le dépistage des complications du diabète

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Poursuite du dépistage coordonné itinérant de la rétinopathie diabétique sur la région
- Repérage du pied diabétique à risque et repérage précoce des plaies du pied diabétique

Résultats attendus :

- Tous les patients bénéficient d'un dépistage de la rétinopathie diabétique selon les recommandations de la haute autorité de santé (HAS)

- Optimiser la prise en charge pluri professionnelle du patient diabétique adulte sur les territoires

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Déploiement sur la région de la fonction d'infirmier diplômé d'état (IDE) Asalée (Action de santé libérale en équipe)
- Développement des prises en charge coordonnées au sein d'équipes de soins de proximité (au sein ou hors des maisons de santé et pôles pluri professionnels, centres de santé)

Résultats attendus :

- Le patient diabétique est pris en charge dans le cadre d'une équipe pluri professionnelle.
- Réduction du nombre d'hospitalisations du patient diabétique insulino-dépendant.

- Optimiser la prise en charge du diabète de type 1 chez l'enfant

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Campagne de prévention de l'acido-cétose chez les enfants, auprès des médecins généralistes, des pédiatres
- Organisation des journées d'échanges de pratiques regroupant toutes les équipes de diabéto-pédiatrie de BFC
- Création d'une Structure Régionale d'Appui et d'Expertise pour la coordination du DT1 chez l'enfant

Résultats attendus :

- Les médecins généralistes et les pédiatres sont sensibilisés au dépistage/repérage précoce des signes d'acido-cétose chez les enfants et aux signes d'un diabète de type 1.
- Les diabéto-pédiatres de la région BFC se rencontrent pour partager leurs pratiques autour du diabète de type 1 chez l'enfant.
- Amélioration de la qualité de prise en charge et de la coordination du DT1 de l'enfant sur la région

- Organiser la prise en charge du diabète de type 1 chez l'adulte

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Développement des protocoles de coopération pour les patients mis sous insuline
- Création d'une carte d'identité du patient adulte insulino-dépendant

Résultats attendus :

- Tous les patients diabétiques de type 1 ont une carte d'identité permettant d'identifier rapidement leur pathologie et leur traitement.



Objectif général n°3 : développer des systèmes d'information et des dispositifs de télémédecine facilitant la prise en charge des patients diabétiques

Cet objectif se décline en 2 objectifs opérationnels :

- Développer les dispositifs de télémédecine (TLM) et autres nouvelles technologies pour améliorer la prise en charge du patient diabétique
- Permettre la transmission des données de santé du patient en lien avec son suivi à l'ensemble des acteurs selon leur niveau d'habilitation

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Développement de la téléconsultation et télé-expertise dans le suivi du pied diabétique
- Développement des outils de TLM et de coordination pour le suivi du diabète gestationnel

Résultats attendus :

- Les patients souffrant d'une plaie du pied bénéficient d'une possibilité de suivi par télémédecine
- Un dossier de coordination est mis en place pour le suivi du diabète gestationnel

4.2.4 Indicateurs

- Incidence acidocétose et acidocétose sévère (DT1 chez l'enfant)
- Taux annuel de nouvelles ALD pour diabète (flux)
- Nombre de dépistages de rétinopathie diabétique effectués par les camions itinérants/nombre de patients conviés
- Part des patients avec plaie chronique du pied diabétique suivis par télémédecine

4.2.5 Articulation

- Programme national nutrition santé (PNNS)
- Plan sport santé (pour développement de l'activité physique pour les personnes atteintes d'une pathologie chronique)
- Projet de plateforme de coordination eTICSS
- Assurance maladie : promotion du programme Sophia d'accompagnement des patients diabétiques et des indicateurs de la ROSP (Rémunération sur Objectifs de Santé Publique) des médecins traitants

4.2.6 Transversalité

- Partie 1 : Prévenir et éduquer au plus tôt, dynamiser la promotion de la santé
- Fiche 1.3.2 : Education thérapeutique du patient (ETP) (maladies chroniques)
- Fiche 2.1 : Parcours Personnes âgées (prise en charge du patient diabétique en établissement d'hébergement pour personne âgées dépendantes (EHPAD))
- Fiche 4.5 : Parcours Nutrition-santé (accompagner les changements d'habitude en matière de règles hygiéno-diététiques au quotidien)
- Fiche 4.6 : Parcours Maternité-parentalité
- Fiche 5.1 : Renforcer l'offre de soins dans les territoires au service des patients : une présence médicale et soignante accrue
- Fiche 5.5 : Développer l'e-santé

Liste acronymes

AMI : amputation d'un membre inférieur

PEC : prise en charge

DMP : dossier médical partagé

TLM : télémédecine

BFC : Bourgogne /Franche-Comté

FFD : Fédération française des diabétiques

MSP : maison de santé pluriprofessionnelle

HAS : Haute autorité de santé

IDE : infirmier(ère) diplômé(e) d'état

PNNS : Programme national nutrition santé

eTICSS : Territoire innovant coordonné santé social

ROSP : Rémunération sur objectifs de santé publique

ETP : Education thérapeutique du patient

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

4.3 Parcours maladies cardio-vasculaires

4.3.1 Contexte et problématique

Les maladies cardiovasculaires (MCV) constituent le premier motif d'admission en affection de longue durée (ALD) au niveau national et la 2^{ème} cause de décès et d'hospitalisation, après les cancers.

En Bourgogne-Franche Comté, le taux d'admission (prévalence) en ALD pour MCV est supérieur à la moyenne nationale, en particulier chez les hommes, avec un taux de 503/10 000 habitants contre 497/10 000 hab. Au niveau national : 70 % des motifs d'ALD MCV concernent les maladies des coronaires et l'insuffisance cardiaque. On note une grande disparité selon les territoires de cette prévalence comprise entre 417 et 613 bénéficiaires pour 10 000 habitants : le nord Côte-d'Or, l'est de la Nièvre, le sud de l'Yonne, la Haute Saône, le Territoire de Belfort et le nord du Doubs affichent les taux les plus élevés.

On relève aussi plus de 73 000 séjours hospitaliers chaque année pour des MCV, mais le taux d'hospitalisation en BFC reste inférieur à la moyenne nationale. Par ailleurs, 1 patient sur 6 atteint de MCV est hospitalisé au moins deux fois dans l'année pour le même type de MCV. Parmi les facteurs de risque liés au mode de vie, on estime que les consommations de tabac et d'alcool concourent respectivement à 12 % et 14 % des décès chez les hommes.

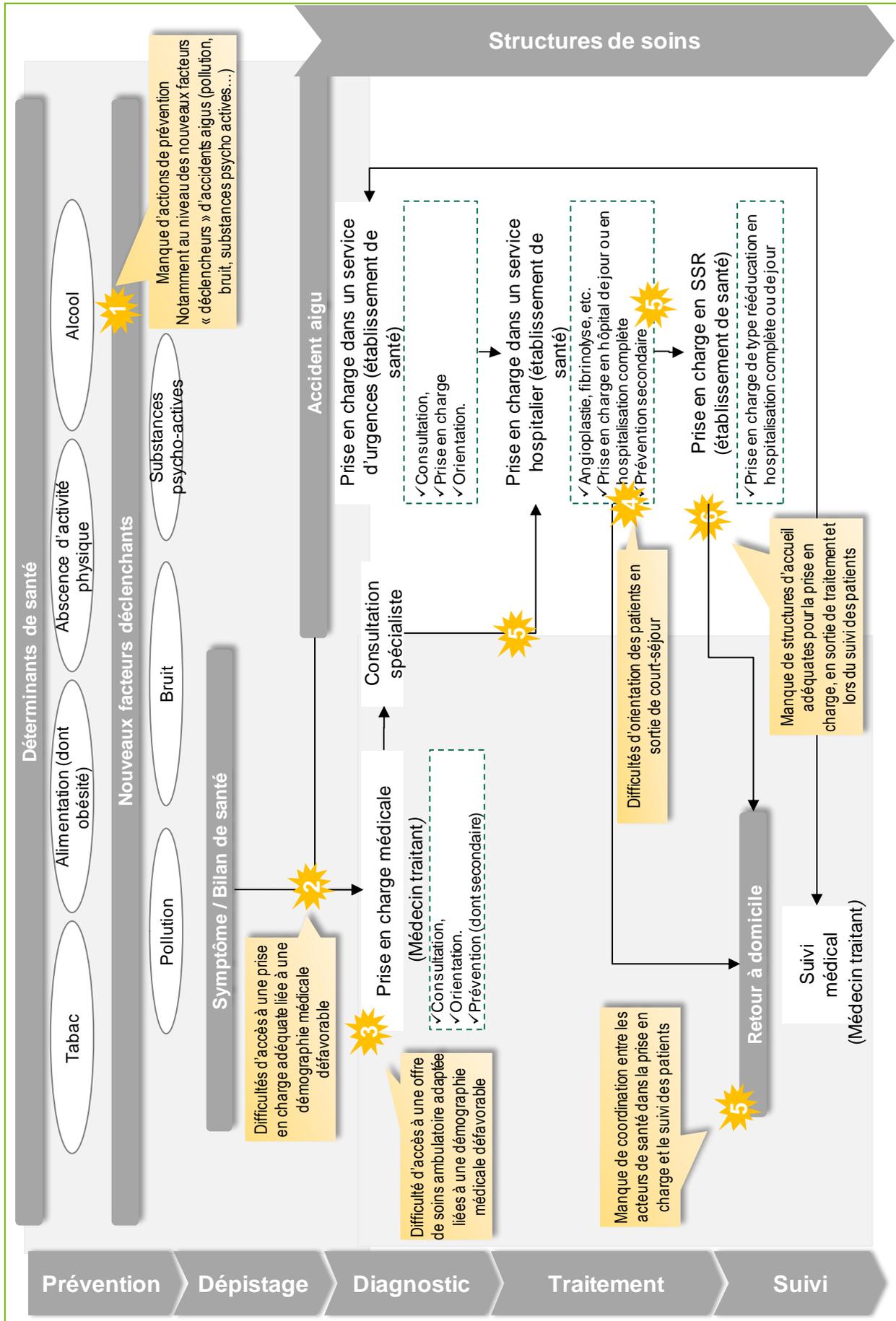
Les MCV causent la mort de 7500 personnes chaque année en BFC, ce qui constitue la deuxième cause de mortalité générale, avec 26,8 % de l'ensemble des décès de la région (période 2009-2013).

La mise en place d'un parcours « maladies cardiovasculaires » en Bourgogne a débuté dès 2012 par le lancement d'expérimentations en Saône-et-Loire et Nièvre dans le domaine de l'insuffisance cardiaque en sortie d'hospitalisation. L'élargissement de ce parcours à la nouvelle région Bourgogne Franche-Comté se traduit par le déploiement de nouveaux axes de travail qui découlent des points de rupture identifiés dans la prise en charge au sein de cette filière (voir infra).

4.3.2 Identification des points de rupture

Les principaux points de rupture sont :

- le manque d'actions de prévention, notamment au niveau des facteurs « déclencheurs » d'accidents aigus (pollution, bruit, drogues...),
- les difficultés d'accès à une prise en charge adaptée, en ambulatoire ou en structures de soins, liées à une démographie médicale défavorable,
- le défaut de coordination entre les acteurs de santé dans la prise en charge et le suivi des patients,
- la sortie mal anticipée des services de court séjour et le manque de coordination entre les différents professionnels de santé en charge de ces patients.



4.3.3 Objectifs généraux

L'objectif global est d'améliorer le déroulement du parcours de soins en cardiologie pour les patients atteints d'insuffisance cardiaque et in fine leur qualité de vie, grâce à une meilleure coordination de la prise en charge par les différents acteurs de santé, évitant ainsi les réhospitalisations itératives.



Objectif général n°1 : favoriser le diagnostic de l'hypertension artérielle (HTA) et son suivi

Cet objectif se décline en 2 objectifs opérationnels :

- Développer l'automesure tensionnelle pour optimiser le traitement médicamenteux des patients hypertendus

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Achat d'équipements de MAPA (mesure ambulatoire de la pression artérielle) et de leurs logiciels d'interprétation en médecine de ville et notamment dans les cabinets médicaux de groupe
- Dans les zones isolées et sous certaines conditions, achat de ces mêmes équipements en pharmacie pour améliorer le dépistage

Résultats attendus :

- Augmentation du nombre de patients dépistés
- Diminution du nombre d'hospitalisations

- Extension du maillage territorial et développement des outils de la télémédecine et de la télé-expertise dans le cadre de la e-santé

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Déploiement dans les maisons de santé pluri professionnelles (MSP) et les groupements de professionnels de santé (GPS) de logiciels adaptés à l'envoi des ECG compliqués à interpréter, des MAPA et des Holter de rythme pour lecture et interprétation finales par un cardiologue
- Formation des professionnels à ces outils

Résultats attendus :

- Donner aux patients un accès à l'expertise cardiologique dans les territoires dépourvus de cardiologue



Objectif général n°2 : optimiser le suivi en ambulatoire des insuffisants cardiaques en développant la coordination entre les acteurs de santé

Cet objectif se décline en 4 objectifs opérationnels :

- Conforter le rôle pivot du médecin traitant dans le suivi ambulatoire des patients atteints d'insuffisance cardiaque

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Elaboration d'un « passeport » du patient insuffisant cardiaque permettant ce suivi
- Formation des médecins généralistes et autres professionnels par les cardiologues

Résultats attendus :

- Distribution des « passeports » par les médecins à leurs patients, formations organisées auprès des professionnels de santé concernés

- Associer le réseau des pharmaciens à la prévention et au dépistage des maladies cardio-vasculaires

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Sensibilisation des officines à leur rôle au sein de ce parcours

Résultats attendus :

- Nombre de pharmacies effectuant des activités de dépistage

- S'appuyer sur le déploiement du PRADO insuffisance cardiaque dans l'ensemble de la région, pour amplifier les actions du parcours maladies cardio-vasculaires

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Promotion et suivi du déploiement du PRADO
- Intégration au PRADO d'outils complémentaires développés dans le cadre d'expérimentations locales (Nièvre et Saône et Loire) liées au parcours

Résultats attendus :

- Tendre vers une couverture complète de la région Bourgogne Franche-Comté

- Permettre au patient de devenir un partenaire actif de sa prise en charge

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Mise en œuvre d'une éducation thérapeutique appropriée durant l'hospitalisation.
- Déclinaison sur la durée, avec le médecin traitant et d'autres professionnels de santé compétents, des messages d'éducation thérapeutique auprès des patients sortis d'hospitalisation

Résultats attendus :

- Développement des actions de prévention et d'éducation thérapeutiques auprès des patients pour qu'ils prennent en charge leur santé



Objectif général n°3 : améliorer la qualité de la prise en charge du post infarctus

Cet objectif se décline en 3 objectifs opérationnels :

- Décliner les voies d'amélioration de la prise en charge à partir des travaux et réalisations du réseau de prévention et de prise en charge de l'infarctus du myocarde (RPC-PIM)

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Elaboration d'une forme numérique du carnet de bord du patient coronarien pour le suivi des malades à partir d'une enquête de besoin réalisée auprès des médecins de ville (généralistes et libéraux)
- Validation du support par les services hospitaliers de coronarographie.
- Diffusion du nouveau support papier et numérique

Résultats attendus :

- Accroître le nombre de patients s'appropriant ce support de suivi post infarctus afin de réduire le nombre de réhospitalisations

- Etendre la couverture du RPC-PIM à la nouvelle région Bourgogne-Franche-Comté

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Impression du carnet de bord sous forme support papier et distribution aux patients hospitalisés dans un service de soins intensifs cardiologiques pour un syndrome coronarien aigu

Résultats attendus :

- Déploiement de ce nouveau support auprès des services de soins intensifs de cardiologie et aux patients de la région pour un meilleur suivi du patient en ambulatoire, une amélioration du lien ville/établissement hospitaliers, une amélioration de l'hygiène de vie du patient et de l'observance thérapeutique, afin de faire baisser à terme la morbidité dans le post infarctus du myocarde

- Développer les formations spécialisées sur ce thème, notamment dans le cadre de la médecine du travail

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Mise en place de formations à destination des médecins du travail sur l'application des recommandations de reprise du travail après un infarctus

Résultats attendus :

- Formations réalisées pour les médecins du travail



Objectif général n°4 : prévenir les complications de l'embolie pulmonaire et de ses récurrences en intra-hospitalier et en coordination ville-hôpital

Cet objectif se décline en 2 objectifs opérationnels :

- Organiser une réponse spécialisée au sein de l'hôpital au moment de la phase aiguë

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Mise en place d'un numéro vert « SOS thrombose » sur chaque site de CHU.
- Spécialisation d'un médecin dans chaque CHU pour apporter une réponse aux médecins urgentistes, hospitaliers et de ville sur l'ensemble de la région
- Développement de l'éducation thérapeutique

Résultats attendus :

- Accélération des sorties d'hospitalisation, diminution du nombre de récurrence d'évènements thromboemboliques

- Traiter en ambulatoire les patients souffrant de cette pathologie en développant les collaborations entre médecine de ville et hôpital

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Elaboration par le CHU d'une liste de contrôle pour l'évaluation du risque d'embolie
- Sensibilisation des médecins de ville à l'utilisation de cette liste pour le suivi en ambulatoire

Résultats attendus :

- Déploiement des bonnes pratiques auprès des médecins

4.3.4 Indicateurs de résultat

- Nombre de patients pris en charge en téléconsultation/HTA
- Nombre de suivis PRADO
- Taux de satisfaction des utilisateurs (patients et professionnels de santé)
- Nombre d'appels SOS thrombose

4.3.5 Articulation

- Etablissements de santé (dont groupements hospitaliers de territoire)
- Unités hospitalières cardiologiques et unités de soins intensifs
- Services de soins de suite et de réadaptation polyvalents et spécialisés
- Schéma régional des ressources humaines en santé
- Réseau de prévention et de prise en charge des infarctus du myocarde
- Projet régional eTICSS (Territoire innovant coordonné santé social)
- Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)
- Fédérations des maisons de santé BFC
- Schéma interrégional de l'organisation des soins (SIOS)

4.3.6 Transversalité

- Partie 1 : Prévenir et éduquer au plus tôt, dynamiser la promotion de la santé
- Fiche 2.1 : Parcours Personnes âgées
- Fiche 4.2 : Parcours Diabète
- Fiche 4.4 : Parcours Neurologie, volet accident vasculaire cérébral (AVC), trauma crânien (TC), trauma médullaire (TM)
- Fiche 4.5 : Parcours Nutrition-santé
- Fiche 4.9 : Parcours Addictions
- Fiche 6.1.7 : Médecine d'urgence
- Fiche 6.1.8 : Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie
- Fiche 6.1.14 : Imagerie médicale

4.4 Parcours neurologie

4.4.1 Volet AVC traumatismes crâniens et médullaires

4.4.1.1 Contexte et problématique

La mise en place dans la région Bourgogne Franche-Comté d'un parcours des patients victimes d'Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC) ou de Traumatismes Crâniens (TC) ou Médullaires (TM) s'inscrit dans les suites du plan national AVC de 2010-2014 et des travaux engagés dans le cadre des PRS 2012-2016.

Les trajectoires de soins des patients victimes d'AVC, de TC ou de TM sont très proches en termes d'organisation des filières de prise en charge, aussi bien en phase aiguë qu'en phase chronique. Ces pathologies mettent en jeu, dans un premier temps le pronostic vital, puis induisent un risque fonctionnel redoutable avec des séquelles à type de handicaps psycho-cognitivo-sensori-moteurs d'intensité variée.

On observe dans la région environ 8700 séjours en établissements hospitaliers de court séjour pour AVC (5400 en Bourgogne et 3300 en Franche-Comté) et 5400 séjours en établissements hospitaliers de court séjour pour TC ou TM, dont près de 1900 TC avec critères de gravité⁴.

Les AVC touchent majoritairement des personnes âgées de plus de 65 ans, mais le taux d'incidence des AVC chez les moins de 55 ans va augmenter⁵. Ce sont des événements de santé graves, qui constituent la troisième cause de mortalité chez les hommes et la première chez les femmes. Ils sont souvent responsables de séquelles qui affectent la qualité de vie des patients (troubles de l'équilibre, troubles de la mémoire, paralysies, troubles de langage...). Ils restent la première cause de handicap acquis de l'adulte et la deuxième cause de démence après la maladie d'Alzheimer⁶. 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 infarctus du myocarde, aggravant le handicap et source de surcoût.

Plus de 60 % des patients rentrent à domicile après leur hospitalisation initiale. Par ailleurs, parmi les personnes ayant déclaré un antécédent d'AVC avec séquelles, près de 90 % résident en logement ordinaire⁷.

⁴ PMSI 2015

⁵ Béjot Y. et al. Trends in the Incidence of Ischaemic Stroke in Young Adults Between 1985 and 2011 : the Dijon Stroke Registry. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 2014;85(5):509-13

⁶ DREES. L'état de santé de la population en France. Accidents Vasculaires Cérébraux. 2015. Pp 222-224

⁷ BEH. Prévalence des accidents vasculaires cérébraux et de leurs séquelles et impact sur les activités de la vie quotidienne : apports des enquêtes déclaratives Handicap-santé-ménages et Handicap-santé –institution 2008-2009. 10 janvier 2012 n°1

Tous les patients souffrant d'un AVC hémorragique ou ischémique doivent bénéficier en urgence d'une prise en charge basée sur l'expertise neurovasculaire. Celle-ci est assurée au mieux en Unité NeuroVasculaire (UNV) où se trouvent les compétences multiples des intervenants de la filière AVC. Sont ainsi assurées les conditions du diagnostic, les décisions thérapeutiques urgentes et de prévention secondaire. Parmi les interventions en urgence, la thrombolyse, la thrombectomie mécanique et la crâniectomie doivent s'intégrer en routine dans la prise en charge des AVC et servir d'indicateurs qualité (incidence et répartition géographique en augmentation...). Par ailleurs, les AVC hémorragiques par hémorragie sous-arachnoïdienne ont un parcours directement neurochirurgical, neuro anesthésique et neuroradiologique interventionnel sans passer par les UNV.

Dans la région, le CHU de Dijon et le CHU de Besançon détiennent des autorisations en neurochirurgie et en neuroradiologie interventionnelle, dans le cadre du schéma interrégional d'organisation des soins (SIOS) de l'inter région Est 2013 – 2018. Il est attendu entre 200 et 250 fibrinolyse intraveineuses pour 1 million d'habitants et 1 thrombectomie mécanique pour 2 fibrinolyse intraveineuses⁸.

La thématique de la neurologie a fait l'objet d'un volet spécifique dans le Projet Régional de Santé 2012 - 2016 de chacune des deux anciennes régions Bourgogne et Franche-Comté. Les travaux antérieurs ont notamment permis :

- La création de 5 unités neurovasculaires (Dijon, Chalon-sur-Saône, Besançon, Lons-le-Saunier, Montbéliard), spécialisées dans la prise en charge des AVC à la phase aiguë ;
- La gradation des niveaux de prise en charge des différents établissements avec le déploiement du téléAVC dans 23 établissements de santé, reliés au CHU de Dijon, au CHU de Besançon, au CH de Chalon-sur-Saône et au CH Jura sud (Lons-le-Saunier), permettant un diagnostic et un traitement spécialisé dans le délai le plus court sur tout le territoire ;
- L'identification des principales filières d'hospitalisation post-aiguë AVC correspondant aux handicaps neurologiques.

Deux réseaux, le Réseau AVC de Bourgogne (et Sud Haut-Marnais) et le Réseau des Urgences Neurologiques (RUN) de Franche-Comté, contribuent à la mise en place et à la coordination des actions depuis plus de 10 ans.

En 2016, un Parcours consacré aux AVC, TC et TM a été mis en place. Il s'attache à améliorer la prise en charge des patients victimes d'AVC, TC et TM, celle-ci étant urgente et coordonnée dans des filières bien identifiées, allant de la phase pré-hospitalière à l'hospitalisation au sein de structures adaptées, la rééducation puis le retour à domicile ou en établissement d'hébergement avec une réadaptation et une surveillance adaptée, sans oublier les aidants et les structures de répit.

⁸ Leys D. La prise en charge en urgence de l'ischémie cérébrale n'est plus qu'une problématique organisationnelle. Pour l'hémorragie cérébrale spontanée, tout reste à faire. La Presse Médicale. 2017.doi.org/10.1016/silpm.2017.01.006.

La prévention des AVC est indispensable afin d'éviter la survenue de la maladie, le risque de séquelles, de complications et de récives, en lien avec les médecins traitants. La prévention des TC et TM, fréquemment liés aux accidents de la route ou accidents sportifs ou domestiques, est également importante. Le dépistage des complications et des handicaps invisibles est essentiel pour les patients.

Les actions de ce parcours s'articulent avec les actions du volet consacré aux maladies neurodégénératives (déclinaison du Plan des Maladies Neuro Dégénératives).

4.4.1.2 Identification des points de ruptures

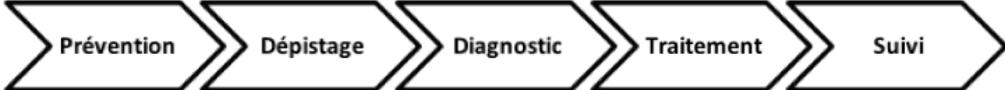
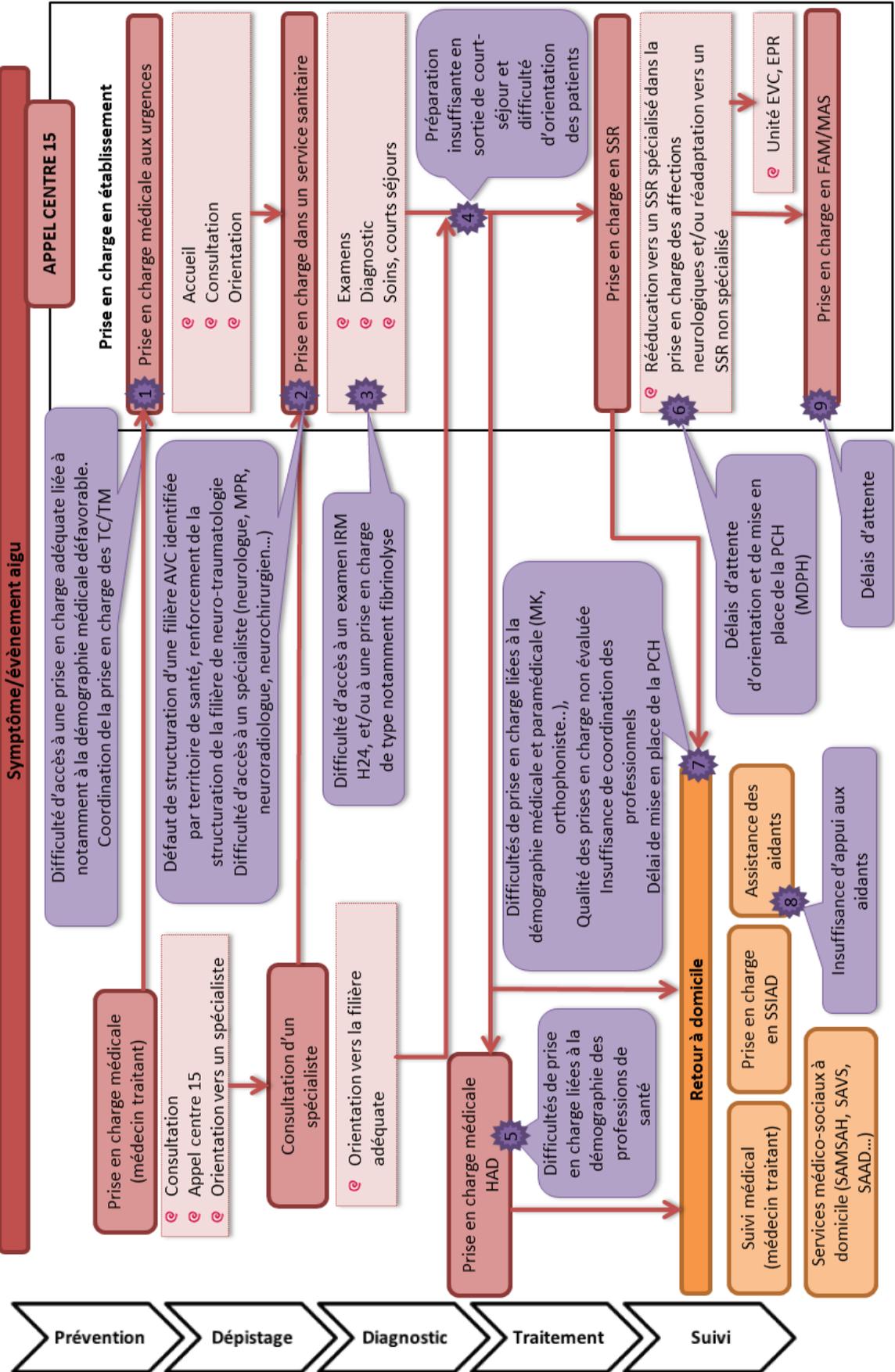
Liste des points de rupture :

1. Difficulté d'accès à une prise en charge adéquate liée à notamment à la démographie médicale défavorable. Coordination de la prise en charge des TC/TM
2. Défaut de structuration d'une filière AVC identifiée par territoire de santé, renforcement de la structuration de la filière de neuro-traumatologie. Difficulté d'accès à un spécialiste (neurologue, spécialiste en médecine physique et de réadaptation (MPR), neuroradiologue, neurochirurgien...)
3. Difficulté d'accès à un examen IRM H24, et/ou à une prise en charge de type notamment fibrinolyse
4. Préparation insuffisante en sortie de court-séjour et difficulté d'orientation des patients
5. Difficultés de prise en charge liées à la démographie des professions de santé
6. Délais d'attente, d'orientation et de mise en place de la prestation de compensation du handicap (PCH) par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH)
7. Difficultés de prise en charge liées à la démographie médicale et paramédicale (masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes..), Qualité des prises en charge non évaluée, Insuffisance de coordination des professionnels, Délai de mise en place de la PCH
8. Insuffisance d'appui aux aidants
9. Délais d'attente pour une prise en charge en FAM/MAS

Prévention sur les déterminants de santé

Alimentation (obésité), sédentarité

Facteurs de risque vasculaire : tabac, HTA, diabète, dys lipidémies, fibrillation auriculaire...



4.4.1.3 Objectifs généraux



Objectif général n°1 : renforcer la prévention des AVC à chaque stade de la maladie, en agissant sur les facteurs de risque, le diagnostic précoce et la prévention des récurrences, complications et séquelles, en développant notamment l'éducation thérapeutique

Cet objectif se décline en 3 objectifs opérationnels :

- Mettre en place des campagnes de communication et des outils de prévention

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Mise en œuvre de campagnes de communication régionales ciblées et évaluées, sous la coordination des réseaux
- Création d'outils de communication adaptés, notamment à la diffusion multimédia dont télévisuelle
- Diffusion de l'application smartphone « Riskomètre de l'AVC » permettant le calcul du risque d'AVC

Résultats attendus :

- Campagne régionale de communication annuelle réalisée
- Outils de communication régionaux élaborés en concertation avec les associations d'utilisateurs (France AVC).

- Développer l'éducation thérapeutique (ETP) et l'éducation à la santé

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Formation des professionnels de santé à l'ETP
- Mise en œuvre de collaborations entre les structures d'ETP et les professionnels
- Identification et prise en compte des dispositifs d'éducation à la santé mis en œuvre dans les Etablissements et Services Médico-Sociaux (ESMS)

Résultats attendus :

- Nombre de programmes d'ETP en augmentation
- Dispositifs d'éducation à la santé mis en œuvre dans les ESMS identifiés et pris en compte

- Poursuivre la formation des professionnels de santé

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Formation des professionnels médicaux et paramédicaux, hospitaliers et libéraux

Résultats attendus :

- Nombre de professionnels de santé formés, notamment de professionnels libéraux, en augmentation



Objectif général n°2 : assurer une prise en charge de qualité aux patients atteints d'AVC et de TC lors de la phase aiguë de la maladie, en structurant les filières de soins sur l'ensemble du territoire régional

Cet objectif se décline en 3 objectifs opérationnels :

- Poursuivre la structuration des filières locales AVC

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Adaptation de l'offre de soins à l'augmentation attendue du nombre d'AVC par filière et bassin de vie, développement des coopérations entre les établissements, en particulier au sein des GHT, en intégrant les établissements de soins privés, et binômes médico-administratifs (un professeur de neurologie et un directeur d'établissement) missionnés pour engager un dialogue avec les établissements de santé
- Création d'UNV à Nevers, Sens, Vesoul et Mâcon, sous réserve de disposer des ressources médicales et paramédicales indispensables à leur fonctionnement, et organisation, au sein des établissements sans UNV, de la prise en charge des patients cérébrolésés par le regroupement des lits en unités dédiées, en lien télé-médecine avec une UNV de territoire
- Elaboration d'une grille de reconnaissance des UNV, commune aux 2 ex-régions, en conformité avec les textes réglementaires en vigueur
- Pérennisation de la filière du Télé-AVC, organisation d'une télé expertise de neuroradiologie, développement de la prise en charge des AVC en neuroradiologie interventionnelle et amélioration de l'accessibilité des plateaux techniques d'imagerie 24 h/ 24 (IRM)
- Structuration des réseaux à l'échelle de la grande région, renforcement de leur développement sur les territoires en favorisant leur coordination, en recueillant et analysant des indicateurs de suivi communs dans les 2 ex-régions afin d'assurer l'équité des soins et une qualité de prise en charge accrue

Résultats attendus :

- Organisation harmonisée, efficiente, équitable et prenant en compte les spécificités territoriales
- Offre de soins adaptée aux besoins
- Disparités dans la qualité de la prise en charge progressivement effacées
- Accès aux soins urgents et aux innovations thérapeutiques plus équitable
- Taux de perte de chance en diminution
- Coordination et convergence des réseaux réalisées

➤ Structurer la prise en charge des TC

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Formalisation des modalités de prise en charge des patients TC à la phase pré-hospitalière, amélioration de la régulation et de l'orientation des patients à la phase pré-hospitalière, diffusion des recommandations des sociétés savantes sur la prise en charge des TC à la phase aigüe
- Définition et mise en place d'une offre de soins graduée, regroupement des patients selon la gravité notamment au sein des unités de neurologie, en lien télémedecine avec le centre de recours, mise en place du carnet de suivi personnalisé du TC, intégré dans les systèmes d'informations des GHT, permettant de coordonner le suivi en réseau
- Développement des coopérations au sein des GHT, en améliorant l'identification des TC et en favorisant l'évaluation systématique des patients TC au sein des filières, notamment par les Centres Mémoire de Ressources et de Recherche (CMRR) et par les structures de médecine physique et de réadaptation (MPR)
- Mise en place de formations sur la prise en charge des TC et TM (bonnes pratiques de soins, éveil de coma du TC) et d'une réflexion éthique institutionnalisée au sein de tous les services prenant en charge des patients AVC, TC, TM

Résultats attendus :

- Organisation graduée de l'offre de soins et filières de prise en charge des TC mises en place
- Carnet de suivi des TC mis en place

➤ Améliorer la réadaptation des patients en intégrant le projet de réadaptation du patient dès la phase aigüe en court séjour et en organisant leur transfert en structure de Soins de Suite et Réadaptation (SSR)

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Anticipation de la mise en place d'unités mixtes de soins aigus et de réadaptation (type « service de réadaptation post réanimation ») en lien avec les orientations fixées par la DGOS
- Développement des interventions des MPR ou d'équipes mobiles pluriprofessionnelles de réadaptation au sein des établissements, afin de permettre un diagnostic et une mise en œuvre précoce de la réadaptation
- Développement des coopérations en particulier au sein des GHT, en intégrant les établissements de soins privés et les coopérations avec les ESMS dès la phase post-aigüe, notamment avec les services d'accompagnement à domicile, afin de préparer un retour optimal

Résultats attendus :

- Nombre de patients bénéficiant d'une prise en charge de réadaptation à la phase aigüe de la maladie, notamment dans les UNV pour les AVC et dans les services de neurochirurgie pour les TC, en augmentation



Objectif général n°3 : améliorer la coordination et fluidifier la prise en charge en aval de l'hospitalisation initiale, en particulier lors du retour au domicile, en lien avec les intervenants des secteurs sanitaire et médico-social

Cet objectif se décline en 5 objectifs opérationnels :

➤ Améliorer la filière d'aval en soins de suite et réadaptation

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Adaptation de l'offre de soins à l'augmentation des besoins, y compris lors du retour en logement ordinaire et poursuite du déploiement du logiciel Via trajectoire
- Identification des séjours inadéquats des patients neurologiques chroniques en SSR et amélioration de l'orientation et de la prise en charge d'aval de ces patients, développement des téléconsultations entre les établissements SSR et MCO (médecine, chirurgie, obstétrique)
- Développement et formalisation des liens entre les différentes structures : MCO, SSR polyvalents, SSR spécialisés, hospitalisation à domicile (HAD), ESMS (service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), foyer d'accueil médicalisé (FAM), maison d'accueil spécialisée (MAS), en structurant des filières territoriales
- Création de structures de répit pour les aidants des patients AVC, TC, TM, en lien avec les associations d'usagers, développement des équipes mobiles de rééducation et de réadaptation et amélioration de l'accès aux équipes de soins palliatifs

Résultats attendus :

- Téléconsultations en augmentation
- Contrats de fonctionnement inter-établissements élaborés

➤ Renforcer le suivi et la prise en charge post-AVC

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Recensement de l'offre de suivi post AVC (établissements et professionnels) par bassin de population, à destination des médecins généralistes
- Stabilisation des filières locales et extension des consultations obligatoires pluridisciplinaires du 6^{ème} mois dans tous les sites recevant des AVC, pour favoriser le contrôle des facteurs de risque vasculaires et le dépistage des handicaps invisibles (troubles cognitifs) et des complications (notamment liées à la spasticité, troubles vésico-sphinctériens...)
- Poursuite et développement du suivi et de la prise en charge post AVC, en présentiel ou à distance, en capitalisant les modèles d'organisations les plus efficaces sous la coordination des réseaux
- Poursuite de l'amélioration de la prise en charge après le retour à domicile ou en EHPAD et renforcement des liens avec les professionnels de santé de proximité, notamment les médecins traitants

Résultats attendus :

- Nombre de consultations post AVC en augmentation

➤ Améliorer le suivi des TC

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Mise en place d'un outil d'identification et d'échange entre les différents intervenants permettant de définir une stratégie de prise en charge à long terme et un suivi adéquat « carnet de suivi TC »
- Développement de l'accès aux dépistages des troubles cognitifs en lien avec les CMRR, notamment après commotion cérébrale chez le sportif et après tout TC dit bénin
- Information des médecins traitants et des professionnels de proximité

Résultats attendus :

- Carnet de suivi des TC mis en place

➤ Améliorer la prise en charge à domicile et par les ESMS

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Création d'une unité d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale (UEROS) sur le territoire Bourguignon
- Extension des prises en charge à domicile, impliquant le développement et la coordination de services et structures adaptés (service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), SAAD, SAMSAH, SAVS, groupe d'entraide mutuel (GEM), structures d'accueil transitoire, structures de répit), en lien avec les structures SSR de leur territoire et promotion de la formation des professionnels de santé de proximité, notamment autour de protocoles de suivi au long cours
- Développement de l'aide aux aidants, en particulier en matière d'accompagnement psychique et social (présentation des aides existantes), et des coordinations des associations d'usagers
- Développement de la formation des aidants, des programmes spécifiques d'éducation à la santé pour les personnes concernées et leurs aidants et des différentes formes de « pairémulation » mises en œuvre par les services et associations de patients

Résultats attendus :

- Inventaire des structures de prise en charge chronique mis à disposition
- Délais d'attente des prises en charge spécialisées améliorés
- Aide aux aidants déployée plus largement

➤ Améliorer la coordination entre les différents acteurs

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Développement des dossiers partagés informatisés interopérables : projet de plateforme de coordination e-ticss, interface Via trajectoire / Répertoire opérationnel des ressources (ROR) / dossier personnel, dossier partagé avec les ESMS... et développement de la e-santé dans le secteur médico-social (téléconsultations...)
- Renforcement du rôle de coordination des filières et de suivi des réseaux spécialisés, en lien avec les acteurs territoriaux, en plaçant le médecin traitant comme ressource de proximité
- Incitation à la mise en réseau des différents services et établissements spécialisés dans la cérébro-lésion et le cas échéant, au développement d'offre de services spécialisés dans la cérébro-lésion complémentaires aux autres services mobilisés
- Développement des expérimentations de décloisonnement sanitaire et médico-social, en concertation ARS/maison départementale des personnes handicapées (MDPH)

Résultats attendus :

- Dossier médical partagé (DMP) mis en œuvre
- Interopérabilité des dispositifs existants en développement

4.4.1.4 Indicateurs

- Nombre d'actions de prévention réalisées en BFC
- % de patients victimes d'AVC ou de TC pris en charge au sein d'une filière de soins structurée
- Nombre d'actes de télémédecine dans le cadre de la prise en charge des patients cérébrolésés (AVC, TC ou TM)

4.4.1.5 Articulation

- GHT
- Conseils départementaux
- MDPH
- Coordination multipartenariale pour l'éducation thérapeutique (Comet)
- Développement de la e-santé
- Projet e-TICSS, Télémédecine, Plan d'action régional sur les urgences (PARU)
- Réseaux de médecine d'urgence, unions régionales des professionnels de santé (URPS)
- Associations d'usagers (France AVC, association française des traumatisés crâniens (AFTC)...)
 - Etablissements de santé
 - ESMS
 - Professionnels de santé libéraux

4.4.1.6 Transversalité

- Fiche 2.1 : Parcours Personnes âgées
- Fiche 2.2 : Parcours Handicap : une réponse accompagnée pour tous
- Fiche 2.3 : Parcours Précarité-vulnérabilité
- Fiche 2.4 : Evolution de l'offre médico-sociale
- Fiche 4.2 : Parcours Diabète
- Fiche 4.3 : Parcours Maladies cardiovasculaires
- Fiche 4.2.2 : Parcours Neurologie - volet maladies neurodégénératives (PMND)
- Fiche 5.1 : Renforcer l'offre de soins dans les territoires au service des patients : une présence médicale et soignante accrue
- Fiche 6.1.2 : Soins palliatifs
- Fiche 6.1.4 : Hospitalisation à domicile
- Fiche 6.1.7 : Médecine d'urgence
- Fiche 6.1.10 : Réanimation, soins intensifs et surveillance continue
- Fiche 6.1.14 : Imagerie médicale
- Fiche 6.1.16 : Soins de suite et de réadaptation
- Fiche 7.3 : Coopération et contractualisation

4.4.2 Volet PMND

4.4.2.1 Contexte et problématique

Lancé en novembre 2014, le plan national « Maladies neuro-dégénératives (PMND) » 2014-2019, s'inscrit dans la continuité du Plan Alzheimer 2008-2012 mais élargit le champ des pathologies prioritaires en termes de santé publique : il cible ainsi les personnes souffrant principalement de maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, de maladie de Parkinson ou de Sclérose en plaques (SEP) ainsi que leurs proches aidants quel que soit l'âge d'entrée dans la maladie. D'autres patients peuvent cependant être accompagnés et pris en charge dans le cadre des actions de ce Plan s'ils souffrent de Chorée de Huntington, Sclérose Latérale Amyotrophique, voire de conséquences de maladies du motoneurone, ataxies spinocérébelleuses, maladies à prions...

Les orientations et mesures du plan maladies neuro-dégénératives (PMND) s'inscrivent dans la Stratégie nationale de santé et la Stratégie nationale de recherche, en s'appuyant sur les travaux conduits dans le champ du handicap et sur les avancées permises par la Loi d'adaptation de la société au vieillissement et la Loi de santé. Ce plan PMND constitue donc un socle commun dans la lutte contre les maladies neuro-dégénératives, tout en prenant en compte les spécificités de chaque maladie.

Le plan MND 2014-2019 s'articule autour de 4 axes, 12 enjeux (de santé, de population, territoriaux, financiers) et 96 mesures.

- Axe 1 - Soigner et accompagner tout au long de la vie et sur l'ensemble du territoire : enjeux 1 à 4 s'attachant à favoriser un diagnostic de qualité et éviter les situations d'errance ; favoriser une évaluation globale et partagée de chaque situation et garantir l'accès à un programme personnalisé de soins ; donner l'accès à des soins de qualité tout au long de la vie avec la maladie ; adapter la formation des professionnels pour améliorer la qualité de la réponse apportée aux personnes malades.
- Axe 2 : Favoriser l'adaptation de la société aux enjeux des maladies neuro-dégénératives et atténuer leurs conséquences personnelles et sociales sur la vie quotidienne : enjeux 5 à 9 s'attachant à faciliter la vie avec la maladie au sein d'une société respectueuse, intégrative et volontaire dans son adaptation ; favoriser le lien social, les liens de proximité, l'innovation sociale et lutter contre l'isolement ; soutenir les proches-aidants dont font partie les aidants familiaux ; atténuer les conséquences économiques de la maladie et aider au maintien d'un parcours professionnel pour les malades jeunes ; faire des droits de la personne et de la réflexion éthique un levier de la conduite du changement.
- Axe 3 : Développer et coordonner la recherche sur les maladies neuro-dégénératives : enjeux 10 à 11 s'attachant à dynamiser et mieux coordonner la recherche sur les MND ; mieux comprendre les MND pour prévenir leur apparition et ralentir leur évolution ;

- Axe 4 : Faire de la gouvernance du PMND un véritable outil d'innovation, de pilotage des politiques publiques et de démocratie en santé : enjeu 12 s'attachant à rendre effective la démocratie sanitaire et structurer la gouvernance dans le cadre de la mise en œuvre du PMND.

Les maladies neuro-dégénératives constituent un défi pour notre système de santé et la politique de recherche en France comme à l'international. La prévalence de plus d'un million de personnes malades en France et la gravité de l'impact de ces maladies sur la qualité de vie des personnes malades et de leurs aidants (surtout pour aidants de « malades jeunes ») imposent une forte mobilisation, qui doit conduire, en association étroite avec les représentants des personnes malades et de leurs aidants, à l'adaptation de notre système de santé pour une réponse de qualité tout au long du parcours de vie avec la maladie, à l'accès équitable aux soins et un accompagnement adapté sur l'ensemble du territoire, ainsi qu'à une coordination de tous les acteurs de la recherche.

L'amélioration de la qualité de vie et la réponse aux attentes des personnes touchées par une maladie neuro-dégénérative constituent une priorité nationale.

La dynamique de progrès (prise en charge, accompagnement...) initiée lors du Plan Alzheimer doit maintenant être déclinée au bénéfice de diverses pathologies regroupées par les besoins communs de traitements capables de protéger les cellules cérébrales et de prise en charge assurant un maintien de la qualité de vie des personnes malades.

Par son vieillissement, la région Bourgogne Franche-Comté est particulièrement concernée par le plan Maladies neuro-dégénératives.

Ainsi sont prises en charge, en région, en 2015 (affection longue durée (ALD) – source service national d'information interrégime de l'assurance maladie (SNIIRAM) - 2015), plus de 38 300 personnes : soit 22 700 pour démences (maladies d'Alzheimer et apparentées... cependant 40 % des effectifs ayant reçu des soins ne seraient pas reconnus pour cette ALD 15), plus de 10 800 pour la maladie de Parkinson et 4800 pour la sclérose en plaques.

- La maladie d'Alzheimer touche à 70% des femmes pour un âge médian de 85 ans et plus. Les départements « les plus âgés » n'étant pas ceux ayant le plus fort taux d'ALD, se pose alors la question du diagnostic mais aussi de la reconnaissance pour cette ALD.
- 10 800 personnes prises en charge en ALD 16 pour maladie de Parkinson, touchant aussi bien hommes que femmes, avec un pic à 76 ans en moyenne. 4200 personnes ont été hospitalisées pour la maladie de Parkinson en 2015 et une hospitalisation sur deux touchait des personnes âgées de 80 ans et plus (données de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)).
- Avec environ 5000 cas en région (pris en charge en ALD 25 pour SEP), la sclérose en plaques est la pathologie la plus facile à approcher en termes de diagnostic et d'hospitalisation.

4.4.2.2 Identification des points de ruptures

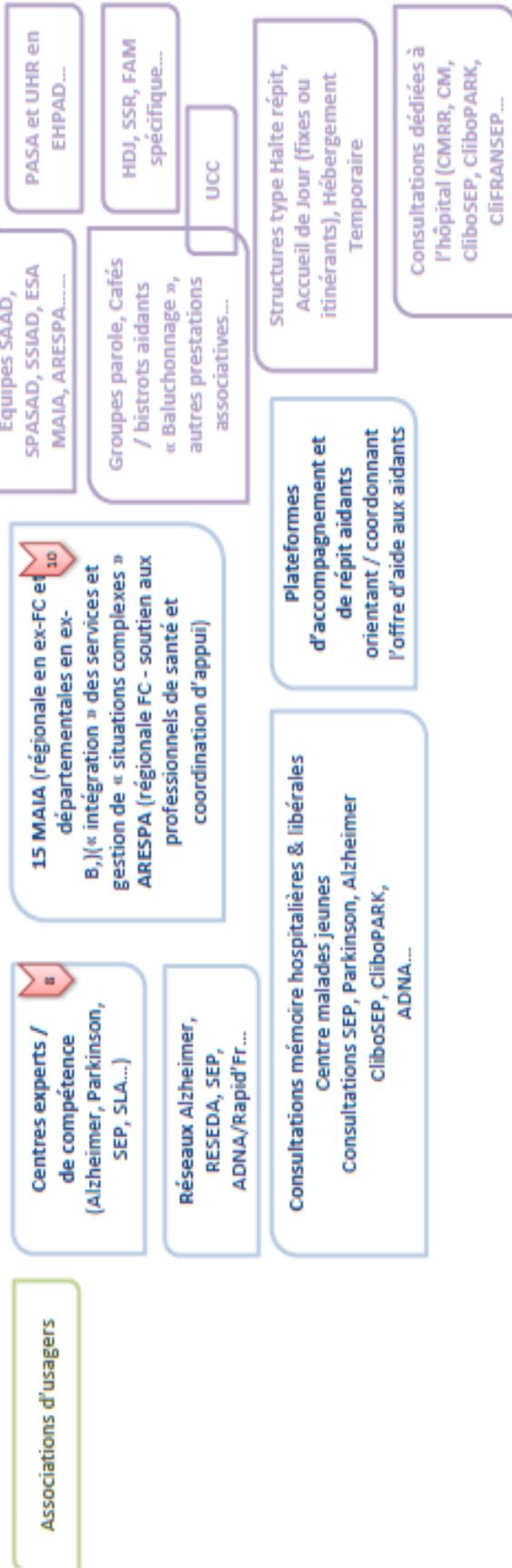
1. Difficultés de repérage et de diagnostic précoce.
2. Fragilité et vieillissement de la démographie sanitaire : difficulté d'accès aux soins/prises en charge (neurologue, médecine physique et réadaptation (MPR), kinésithérapeute, ergothérapeute...) impactant certaines prises en charge.
3. Epuisement de l'aidant ... : pas/peu d'offre adaptée de proximité, offre peu/mal connue ou pas utilisée pouvant entraîner l'hospitalisation de la personne aidée
4. Manque de recours à l'expertise de l'aidant et des représentants d'usagers
5. Insuffisance des articulations entre sanitaire, social et médico-social : manque de lisibilité des acteurs/dispositifs existants (multiples, méconnus, parfois superposables)
6. Importance des délais de rendez-vous (médecins généralistes/spécialistes, consultations mémoire)
7. Consultations d'annonce à conforter/améliorer
8. Maillage et articulation des centres experts/de compétence entre eux/avec les partenaires à améliorer/conforter
9. Fonctionnement et organisation des plateformes et coordination d'appui à développer
10. Importance des délais de prise en charge des situations complexes en « gestion de cas » MAIA (files d'attente parfois importantes sur certains territoires)
11. Education thérapeutique du patient (ETP) non développé pour Alzheimer et maladies apparentées, peu pour SEP et Parkinson
12. Freins à l'utilisation des dispositifs de répit et prestations proposées (psychologiques et financières, indisponibilité, difficulté d'accessibilité...)
13. Manque de formation des professionnels en ce qui concerne les caractéristiques des maladies neurodégénératives, notamment « malades jeunes »
14. Des zones « blanches » dans le maillage de certains dispositifs, par ailleurs parfois peu ou mal utilisés (plateforme Répit, hospitalisation à domicile/HAD, accueil de jour/AJ, Hébergement temporaire/HT, unités cognitivo-comportementale/UCC ...) ou peu lisibles tant par professionnels que par usagers et proches.
15. Absence de prise en charge adaptée pour « malades jeunes » et difficulté d'accueil en institution – Déficit de prise en charge en rééducation (Parkinson ...)
16. Problématique de fin de vie peu prise en compte et réflexion éthique insuffisamment développée en matière de maladies neurodégénératives

Des points de ruptures communs sont à noter notamment pour les parcours « Neurologie : volet « AVC/Traumatismes crâniens et médullaires », « Neurologie : volet « PMND », et pour le parcours « Personnes âgées », « Personnes handicapées »...

Parcours des patients atteints de Maladies Neuro-Dégénératives (MND) et proches aidants en Bourgogne-Franche-Comté et 16 points « risque de rupture »



Des structures existantes en Bourgogne-Franche-Comté :



« Recherche pour guérir, prendre soin et améliorer la qualité de vie »

4.4.2.3 Objectifs généraux

- En lien avec les institutionnels et professionnels concernés, les représentants d'associations d'usagers, et en s'appuyant sur l'expression des besoins et attentes des malades et proches aidants,
- en s'assurant d'une équité de l'offre sur l'ensemble de la région BFC respectant les spécificités et besoins locaux...
- dans l'optique d'un parcours de santé coordonné (du diagnostic à la fin de vie),
- en initiant, pour optimisation des accompagnements et des ressources, une démarche transversale d'accompagnement des personnes dépendantes (personnes souffrant de maladies neurodégénératives, de conséquences du grand âge, de handicaps, de pathologies psychiatriques ou de troubles psychiques...), et en travaillant sur les articulations entre parcours « Neurologie Volets « AVC/TC/TM » et « PMND », « Personnes âgées », « Personnes handicapées » et « Psychiatrie/santé mentale »...
- ... décliner les grandes orientations du Plan d'action régional MND, soit :



Objectif général n°1 : améliorer l'information des professionnels, des représentants d'usagers, et des personnes malades et de leurs proches aidants

Cet objectif se décline en 1 objectif opérationnel :

- Pour éviter les errances et mieux orienter et accompagner les patients... rendre lisible l'offre et favoriser les articulations et synergies, mener des actions d'information/de communication auprès des professionnels, des représentants d'usagers, des malades/proches aidants et du grand public.

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Organisation, en 2018, des Assises Régionales Maladies Neuro-dégénératives Bourgogne-Franche-Comté réunissant tous les acteurs impliqués dans l'accueil et l'accompagnement des patients souffrant de maladies neuro-dégénératives et de leurs proches aidants (institutionnels ; professionnels de santé, médico-sociaux ; du domicile, associatifs et représentants d'usagers...), mais aussi les patients et familles et le grand public
- Réalisation de campagnes d'information (globales et/ou ciblées par thématique/pathologie ou dispositif, format collectif ou individualisé...) et d'outils de communication adaptés (plateforme collaborative, multimédia, outils numériques, smartphone, réseaux sociaux, ...) en collaboration avec les représentants d'associations d'usagers et professionnels de terrain concernés

Résultats attendus :

- Tenue des Assises PMND BFC en 2018 : mieux faire connaître le plan national MND et les déclinaisons en région, favoriser l'expression des usagers et les échanges public/professionnels, favoriser la mobilisation des professionnels, des patients et des familles...
- Campagnes et outils d'information : faire connaître, rendre lisible l'offre de proximité et ses modes de saisine, et optimiser l'utilisation de cette offre pour des orientations et prises en charge pertinentes des patients par les professionnels et un mieux-être des personnes malades et proches aidants



Objectif général n°2 : adapter la formation des professionnels pour améliorer la qualité de la réponse apportée aux personnes malades

Cet objectif se décline en 2 objectifs opérationnels :

- Améliorer le repérage, la qualité des diagnostics, des prises en charges et de l'accompagnement des patients et de leurs proches en menant des actions de formation/sensibilisation de qualité à destination des professionnels, usagers et proches aidants.
- Améliorer la qualité de vie des patients et proches aidants en développant des actions d'éducation thérapeutique (ETP) et en élaborant un programme régional ETP BFC équitable et transversal prenant en compte leurs besoins spécifiques.

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Réalisation d'un recensement/diagnostic des formations existantes dans le champ des maladies neuro-dégénératives (portées par centres experts, réseaux, espaces éthiques...)
- Elaboration d'actions de formation MND agréées, pouvant notamment s'inscrire dans le cadre du développement professionnel continu, pour les professionnels de santé (inclus médecins du travail) et élaboration d'actions de formation/sensibilisation des autres acteurs (médico-social, du domicile, aidants, patients...)... Ces formations s'attacheront aux caractéristiques et conséquences de ces pathologies sur le quotidien et aux adaptations nécessaires des prises en charge, notamment chez les « malades jeunes »
- Elaboration d'un programme transversal de formation (pluri-thématique, pluri-professionnel)
- Elaboration/développement de programmes d'éducation thérapeutique pour les patients souffrant de maladie de Parkinson et Sclérose en Plaque, et pour les patients/aidants impactés par une maladie d'Alzheimer ou apparentée

Résultats attendus :

- Augmentation du nombre d'aidants et de professionnels (médicaux et paramédicaux, hospitaliers et médico-sociaux, intervenants du domicile...) formés aux spécificités MND, pour une meilleure orientation et prise en charge, et un accueil et accompagnement adaptés (notamment « malades jeunes »)
- Existence de « patients experts » formés pour la région BFC (Parkinson, SEP, Alzheimer) intervenant auprès des instances, dans les groupes de travail, lors de formation d'éducation thérapeutique...
- Augmentation du nombre de programmes d'ETP autorisés par pathologie pour une meilleure qualité de vie des patients

**Objectif général n°3 : soutenir les proches aidants dont font partie les aidants familiaux**

Cet objectif est évoqué dans la fiche SRS « Parcours Personnes âgées » (2.1). Les actions spécifiques relatives aux « malades jeunes » (personnes de moins de 60 ans souffrant de maladies neurodégénératives) sont évoquées, ci-après (cf. Objectif 4.).

**Objectif général n°4 : soutenir, accompagner, prendre en soin, accueillir les « malades jeunes » et leurs proches pour améliorer leur qualité de vie**

Cet objectif se décline en 1 objectif opérationnel :

- Améliorer la qualité de vie des « malades jeunes » et de leurs proches en construisant un programme d'action, une offre adaptée, souple et évolutive tout au long de leur parcours (soutien malade et proches, aide au maintien dans l'emploi, prise en soin, accueil temporaire et institutionnalisation...) pour affirmer l'individu dans sa participation sociale, vie affective, familiale et professionnelle.

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Réalisation d'un état des lieux/diagnostic BFC pour mieux connaître les malades jeunes et leurs aidants (profils, lieux de résidence...), repérer/évaluer leurs difficultés, besoins et attentes... ; recenser l'offre existante et la faire connaître... pour travailler à la mise en place d'une offre adaptée
- Elaboration d'une formation « spécificités Malades jeunes » (Alzheimer, Parkinson...) combinant formation en présentiel/e-learning à destination des professionnels de tout secteur intervenant sur l'ensemble de la région
- Promotion d'un dispositif de prévention de la désinsertion professionnelle, pour favoriser, quand cela est possible, le maintien/retour à l'emploi des « malades jeunes »

Résultats attendus :

- Meilleure connaissance de l'offre par les professionnels, les représentants d'association d'usagers, les patients et leurs proches (typologie, mode de saisine...)
- Professionnels et aidants formés/sensibilisés aux spécificités « Malades jeunes » pour mieux les repérer, appréhender leurs troubles et difficultés quotidiennes et leur proposer/les orienter vers une offre adaptée
- Mise en place de dispositifs/prestations adaptés (halte-répits, accueils de jour itinérants, Baluchonnage...) permettant un « parcours » Malades jeunes » de qualité sur différents territoires (annonce diagnostic amélioré, lien domicile/institution, soutien lien « malade jeune »/famille...)
- Possibilité d'accueil adapté en structures médico-sociales
- Maintien dans l'emploi le plus longtemps possible par une prise en charge dans le cadre du dispositif de désinsertion professionnelle (DDP)



Objectif général n°5 : améliorer les parcours de santé/optimiser l'existant (diagnostic, accompagnement, prises en soins, soutien des personnes malades et de leurs aidants, mais aussi formation, recherche) en renforçant les transversalités, coordinations, et mutualisations

Cet objectif se décline en 6 objectifs opérationnels :

- Renforcer les transversalités entre pathologies (coordinations, collaborations, échanges de pratiques, optimisation/mutualisations de moyens et partages de bases de données et d'outils métiers...) au niveau des diagnostics et consultations d'annonce, accompagnements, des prises en charge et soins, de la formation, de l'enseignement et de la recherche, tout en prenant en compte les spécificités de chaque pathologie.
- Renforcer les liens Ville-Hôpital et favoriser la mise en réseau des acteurs des différents champs sur chaque territoire et mieux intégrer la dimension psycho-sociale.
- Travailler sur l'articulation et complémentarité des services et coordinations déjà en place sur chaque territoire
- Déployer/adapter/ouvrir à d'autres pathologies, et lorsqu'ils ont montré un effet bénéfique pour les usagers (malades, aidants), les dispositifs déjà existants (cf. ESA...).
- Améliorer la fluidité/coordination des parcours de santé, notamment par l'utilisation de services numériques pour faciliter les échanges entre professionnels (et entre professionnels et usagers) et améliorer les diagnostics et prises en charge des patients quel que soit leur lieu de résidence.
- Intégrer la dimension éthique (en transversal).

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- (Ré)labellisation, au niveau « grande région », des Centres experts, des Centres de ressources et de compétences (Alzheimer, Parkinson, Sclérose en Plaques...) et rapprochement des réseaux pour mutualisation, renforcement des articulations entre ces structures, et pour conforter/adopter progressivement une approche transversale (pluri-pathologique/pluri-thématique et pluri-professionnelle)... dans le cadre de la renégociation des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM)
- Amélioration de la fluidité/coordination des parcours de santé, notamment par l'utilisation de services numériques pour faciliter les partages de données et les échanges entre professionnels (de divers champs et structures) et améliorer les diagnostics et prises en charge des patients quel que soit leur lieu de résidence (cf. eTICSS)

Résultats attendus :

- Nombre de (re)labellisation de Centres experts, de ressources et de compétences en mode d'organisation « grande région » et transversale
- Participation des professionnels concernés à la démarche/construction eTICSS (Territoire Innovant Coordonné Santé Social) et dossiers partagés
- Implication des professionnels dans un parcours PMND, et bénéficiant d'un accès à une « plateforme d'échanges de données » (numérique...) pour une meilleure prise en charge des patients et un parcours de soins plus fluide grâce aux partages d'informations contribuant à l'amélioration des diagnostics, prises en charge coordonnées et suivis en continuité et réactivité (réflexion éthique développée à divers niveaux)

4.4.2.4 Indicateurs de résultat

- Taux de participation des usagers, représentants d'associations et professionnels des divers champs aux Assises PMND BFC
- Nombre de nouveaux patients (année n) bénéficiant de programme ETP (par pathologie) et nombre de territoires (sur 8) couverts en BFC par un programme ETP
- Nombre de professionnels formés aux spécificités « malades jeunes » (formations spécifiques proposées)
- Nombre de consultations d'annonce spécifiques assurées dans les centres experts

4.4.2.5 Articulation

- Conseils départementaux (pôles PA/PH, Autonomie... Contrats locaux de santé/CLS)
- Développement e-santé, projet eTICSS (Territoire Innovant Coordonnée Santé Social), Télé médecine ;
- Pôle de gérontologie et d'innovation (PGI) BFC,
- Unions régionales des Professionnels de santé : URPS... ;
- Réseaux gérontologiques et en lien avec les pathologies ciblées (Réseau SEP, RESEDA Alzheimer Bourgogne, Rapid'Fr ADNA...) et CMRR/consultation mémoire, Centres experts, Centres de recours et de compétences
- associations d'usagers et Collectif interassociatif sur la santé (CISS) (Alzheimer, Parkinson, SEP, SLA, Chorée de Huntington...);
- Centres de rééducation fonctionnelle (CRF), Coordination multipartenariale pour l'éducation thérapeutique (AFCET-Comet) ;
- MAIA, Association du réseau de santé de proximité et d'appui de Franche Comté (ARESPA) ;
- Plateformes d'accompagnement et de répit Aidants, HT/AJ, Unités Cognitivo-Comportementales (UCC), Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)/ESA, Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD), pôle d'activité et de soins adaptés (PASA)/ Unité d'hébergement renforcée (UHR)...
- Plateforme Territoriale d'Appui (PTA), programme Personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA),
- Espace de réflexion éthique BFC (EREBFC)...

4.4.2.6 Transversalité

- Fiche 2.1 : Parcours Personnes âgées
- Fiche 2.2 : Parcours Handicap : une réponse accompagnée pour tous
- Fiche 3.1 : Parcours Santé mentale et psychiatrie
- Fiche 4.2.2 : Parcours Neurologie - volet AVC, traumatismes crâniens et médullaires

Transversalité sur la prise en charge des conséquences du handicap/dépendance, formation des professionnels, Education Thérapeutique du Patient, aide aux aidants, maintien dans l'emploi/prévention de la désinsertion professionnelle...

4.5 Parcours nutrition santé

4.5.1 Contexte et problématique

La nutrition, définie comme l'équilibre entre les apports générés par l'alimentation et les dépenses occasionnées par une activité physique, est un déterminant majeur de santé. Si elle constitue un facteur de protection de la santé, l'inadéquation des apports nutritionnels et l'insuffisance d'activité physique jouent à l'inverse un rôle dans le déterminisme de certaines maladies (cancers, maladies cardiovasculaires, diabète, obésité, etc.). La nutrition comme risque pour la santé impacte de manière plus importante les personnes en situation socio-économique défavorisée. En complément des mesures de prévention universelle proportionnées, afin de réduire les inégalités sociales de santé, il apparaît primordial de travailler d'une part sur des actions de prévention et promotion de santé précoces et d'autre part à la valorisation des repères nutritionnels dans le cadre d'actions de promotion et de prévention ciblées.

Les facteurs nutritionnels sont aussi impliqués dans le risque ou la protection vis-à-vis de l'obésité. En France, on estime qu'environ 14,3% des élèves de grande section de maternelle sont en surpoids. En Bourgogne Franche-Comté, 15% de personnes adultes étaient en 2012 en situation d'obésité.

La prévention, le repérage, le dépistage et la prise en charge des troubles nutritionnels chez l'enfant et l'adulte impliquent un nombre important de partenaires dont il apparaît nécessaire d'articuler le rôle dans un parcours de soins coordonné.

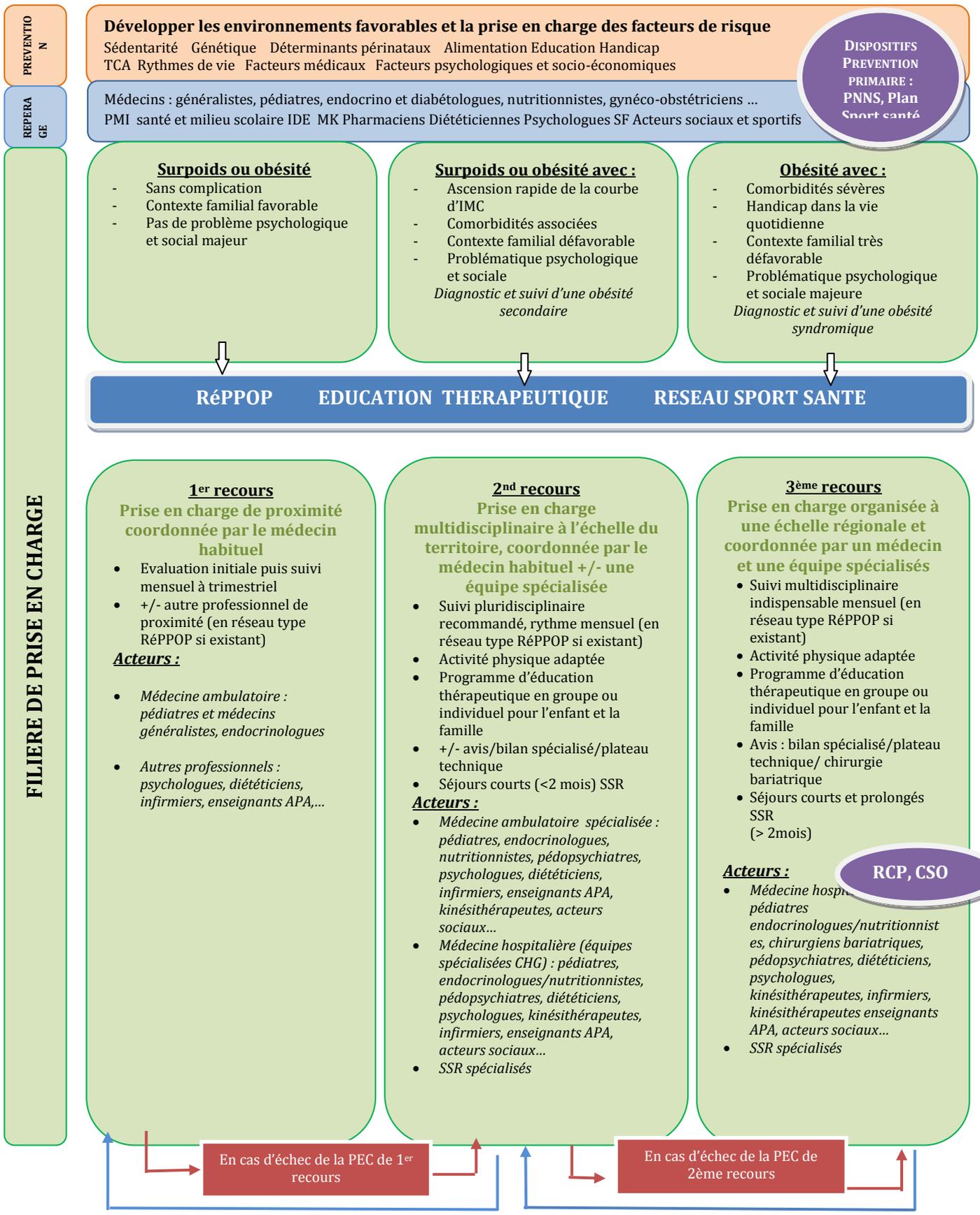
Ce parcours a également vocation à traiter du sujet de l'activité physique et sportive adaptée définie comme une pratique thérapeutique non médicamenteuse afin de la promouvoir et de développer son accès aux malades chroniques et/ou en situation de perte d'autonomie.

De nombreux partenaires interviennent sur ce parcours :

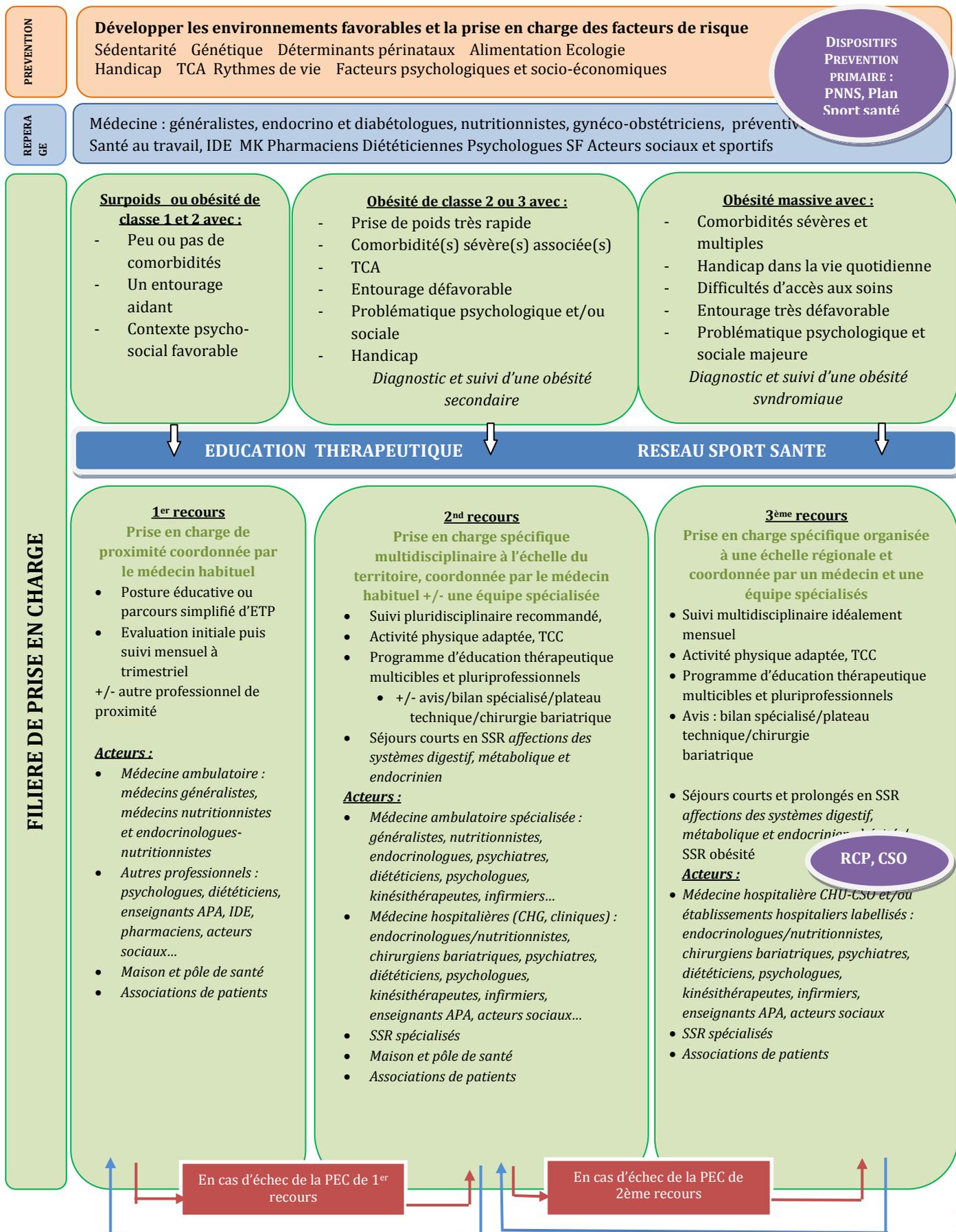
- les Centres spécialisés de l'obésité (CSO) ;
- les professionnels, dont les professionnels libéraux, les réseaux et les établissements de santé ;
- les collectivités territoriales ;
- des partenariats institutionnels nombreux : direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS), direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt (DRAAF), Education nationale, etc.
- les associations sportives, les associations d'usagers, les acteurs de la prévention
- etc.

4.5.2 Description des parcours de l'enfant et de l'adulte

Parcours de prévention et de prise en charge du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent



Parcours de prévention et de prise en charge du surpoids et de l'obésité chez l'adulte



4.5.3 Objectifs généraux



Objectif général n°1 : approfondir les actions de prévention en matière de nutrition en les adaptant aux populations ou aux milieux les plus à risques dans une démarche de promotion de la santé en conformité avec la Charte d'Ottawa

Cet objectif se décline en 3 objectifs opérationnels :

- Développer les actions d'éducation nutritionnelle auprès de différents publics

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Déploiement des actions d'éducation nutritionnelle en priorité dans les quartiers prioritaires de la ville et dans le milieu rural
- Production d'une mallette nutrition à destination des services de santé au travail et des entreprises dont les agents travaillent en horaires décalés
- Mise en œuvre d'actions pour lutter contre la dénutrition

Résultats attendus :

- Augmentation du nombre des bénéficiaires d'actions d'éducation nutritionnelle

- Développer des environnements favorables à la nutrition

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Dans le cadre des contrats locaux de santé (CLS), accompagnement des collectivités et entreprises qui souhaitent signer la charte « collectivités actives programme national nutrition santé (PNNS) » pour développer des actions efficaces en matière de nutrition et d'activité physique accessibles aux populations les plus à risques
- Sensibilisation des acteurs du milieu professionnel et favoriser le développement d'actions de prévention autour de la nutrition en entreprise
- Identification des leviers pour créer des milieux favorables à la pratique d'activité physique et sportive et développer les déplacements actifs quel que soit les populations

Résultats attendus :

- Des collectivités actives du PNNS via la signature de chartes
- Des entreprises actives du PNNS via la signature de chartes

- Approfondir la formation des professionnels et des bénévoles en matière de nutrition

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Recensement des professionnels à former en priorité et leurs besoins
- Réalisation d'un état des lieux des formations existantes sur la nutrition et des besoins non couverts

Résultats attendus :

- Mise à disposition des professionnels de la liste des formations accessibles



Objectif général n°2 : améliorer la pertinence de la prise en charge de l'obésité des adultes et des jeunes de moins de 18 ans, dans une logique de graduation du parcours du patient

Cet objectif se décline en 3 objectifs opérationnels :

- Mettre en place un réseau de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique (RéPPOP) Bourgogne-Franche-Comté

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- 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
- Création d'une cartographie du surpoids et des situations d'obésité des enfants sur la base des bilans effectués en 6^{ème} en BFC
- Structuration d'une offre de prise en charge du surpoids pédiatrique du 1^{er} au 3^{ème} recours sur la région BFC

Résultats attendus :

- Missions d'un RéPPOP assurées sur la BFC ;
- Augmentation du nombre de professionnels de santé formés par le RéPPOP
- Existence d'une cartographie du surpoids et des situations d'obésité des enfants sur la BFC
- Augmentation du nombre d'enfants dépistés

- Mettre en place un réseau de prise en charge de l'obésité adulte intégrant les CSO

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Création d'équipes nutrition territoriales pour couvrir la région et offrir une prise en charge nutritionnelle de proximité identifiée
- Valorisation des programmes ETP dans la prise en charge
- Amélioration de la prise en charge de l'obésité sévère, hors chirurgie bariatrique
- Amélioration du suivi des patients opérés en chirurgie bariatrique

Résultats attendus :

- Augmentation du nombre de programmes d'ETP en nutrition

- Mettre en place une revue de concertation pluridisciplinaire harmonisée pour la chirurgie bariatrique sur l'ensemble de la région BFC

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Création et partage d'une fiche commune et une charte réunion de concertation pluriprofessionnelle (RCP) harmonisée

Résultats attendus :

- Utilisation de la fiche commune RCP par l'ensemble des professionnels



Objectif général n°3 : développer l'activité physique et sportive adaptée auprès des populations prioritaires

Cet objectif se décline en 3 objectifs opérationnels :

- Assurer la lisibilité des dispositifs passerelles sport santé existant pour faciliter l'orientation des personnes atteintes de maladies chroniques vers des offres d'activité physique et sportive adaptée

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Recensement avec la DRDJSCS des dispositifs passerelles sport santé existants

Résultats attendus :

- Mise à disposition du recensement des dispositifs passerelles sport santé sur le support adapté
- Nombre de connexions à l'espace collaboratif sport santé des professionnels de santé

- Mettre en œuvre la prescription d'activités physiques et sportives adaptées pour les personnes atteintes de maladies chroniques (à noter : le remboursement par l'Assurance maladie n'est pas prévue actuellement)

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Création d'une offre d'activités physiques adaptées sur l'ensemble du territoire de la BFC
- Réalisation d'un espace collaboratif sport santé pour les professionnels de santé

Résultats attendus :

- Dispositifs passerelles sport santé mis en place permettant d'accompagner temporairement des personnes atteintes d'une pathologie chronique et s'inscrivant dans un parcours de santé en vue d'une pratique d'activité physique et sportive autonome ;
- Espace collaboratif sport santé pour les professionnels de santé opérationnel et utilisé par les professionnels

- Consolider les missions du Réseau sport santé de BFC

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Déploiement des missions du Réseau sport santé sur la BFC

Résultats attendus :

- Existence d'un Réseau sport santé sur la BFC ;
- Intégration des partenaires dans le Réseau sport santé BFC

4.5.4 Indicateurs

- Prévalence du surpoids pédiatrique en BFC
- Prévalence de l'obésité dans la population générale
- Nombre de connexions à l'espace collaboratif sport santé

4.5.5 Articulation

- Programme national nutrition santé
- Plan régional sport santé de Bourgogne Franche-Comté 2016-2020
- Recommandations HAS
- Avis de l'agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES)
- Projet national alimentation (PNA)
- Décret sur la prescription d'activités physiques adaptées pour les personnes en affection de longue durée du 30 décembre 2016

4.5.6 Transversalité

- Fiche 1.4 : Agir sur les déterminants de santé environnementale : Plan régional santé environnement 3 (PRSE 3)
- Fiche 2.1 : Parcours Personnes âgées
- Fiche 2.2 : Parcours Handicap : une réponse accompagnée pour tous
- Fiche 2.3 : Parcours Précarité-vulnérabilité
- Fiche 3.1 : Parcours Santé mentale et psychiatrie
- Fiche 4.1 : Parcours Cancer
- Fiche 4.2 : Parcours Diabète
- Fiche 4.3 : Parcours Maladies cardiovasculaires
- Fiche 4.4 : Parcours Neurologie
- Fiche 4.5 : Parcours Nutrition-santé
- Fiche 4.6 : Parcours Maternité-parentalité
- Fiche 4.7 : Parcours Développement de l'enfant
- Fiche 4.8 : Parcours Adolescents et jeunes adultes
- Fiche 4.9 : Parcours Addictions

4.6 Parcours maternité-parentalité

4.6.1 Contexte et Problématique

La santé reproductive, telle qu'elle est définie par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), s'intéresse aux mécanismes de la procréation et au fonctionnement de l'appareil reproducteur à tous les stades de la vie.

Elle implique la possibilité d'avoir une sexualité responsable, satisfaisante et sûre ainsi que la liberté pour les personnes de choisir d'avoir des enfants si elles le souhaitent et quand elles le désirent.

Cette conception de la santé génésique suppose que les femmes et les hommes puissent choisir des méthodes de régulation de la fécondité sûres, efficaces, abordables et acceptables, que les couples puissent avoir accès à des services de santé appropriés permettant aux femmes d'être suivies pendant leur grossesse et offrant ainsi aux couples la chance d'avoir un enfant en bonne santé.

Le rapport de la cour des comptes sur les maternités de décembre 2014, montre une problématique démographique médicale importante en Bourgogne Franche-Comté des gynécologues obstétriciens, pédiatres et anesthésistes. Cette difficulté impacte l'organisation des maternités et peut aussi remettre en cause la possibilité d'accéder à l'IVG (interruption volontaire de grossesse) dans les départements les plus fragiles. Parallèlement, la démographie des sages-femmes est dynamique, on assiste à un quasi doublement entre 1990 et 2010 du nombre de sages-femmes au niveau national, la région suit sensiblement la même évolution.

D'autre part, afin d'assurer un maillage territorial de qualité, ce rapport préconise de conforter les réseaux régionaux de périnatalité dont la mission est d'organiser le parcours de prise en charge des grossesses en fonction du risque et de favoriser les collaborations professionnelles. La circulaire du 3 juillet 2015, relative à l'organisation des réseaux régionaux périnataux confirme cette recommandation.

Dans ce contexte de nécessaire proximité de service rendu aux usagers, la cour des comptes recommande le maintien des centres périnataux de proximité existants et, à titre dérogatoire, des maternités réalisant moins de 300 accouchements. Le cas échéant, les décrets de 98 donnent la possibilité de transformer les établissements. L'évaluation médico-économique des CPP (centre périnatal de proximité) réalisée en Bourgogne en 2015 en a démontré l'efficacité.

Outre la systématisation des groupements hospitaliers de territoire (GHT) et la nécessité de redéfinir les modalités de tarification de l'accouchement et de la naissance, les recommandations de ce rapport visent à mieux organiser l'articulation entre les sages-femmes et les gynécologues obstétriciens et à accélérer la diminution de la durée moyenne de séjour (DMS) en s'appuyant sur le programme d'accompagnement au retour à domicile (PRADO) après hospitalisation en maternité et ses évolutions.

Enfin, au travers des 9 recommandations concluant ce rapport, il est fait état de la nécessité de « renforcer le suivi des femmes enceintes, tout particulièrement en situation de précarité, par une meilleure articulation des acteurs de médecine de ville et hospitalière ... »

D'après le rapport INSERM de septembre 2017 (Etudes et enquêtes. Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 5^{ème} rapport de l'enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles -ENCMM- 2010-2012) sur la mortalité maternelle, les hémorragies obstétricales, bien qu'en diminution sont la première cause de décès maternels (11 %). Les causes indirectes sont responsables de 39 % des morts maternelles, les AVC sont la principale entité de la mortalité indirecte.

Six décès maternels sont survenus dans les suites d'une interruption volontaire de grossesse. D'après le rapport, ce groupe est important à étudier car il peut être regardé comme un marqueur des conséquences graves d'un défaut potentiel de couverture contraceptive.

Pour la période 2010-2012, 11 suicides ont été classés parmi les morts maternelles, ils représentent 4% des morts versus 1,6 % en 2007-2009.

La psychopathologie périnatale comprend ainsi plusieurs pathologies hétérogènes :

- les psychoses aiguës du postpartum (environ 2°/°°)
- le syndrome de stress traumatique post obstétrical (1 %)
- les dépressions maternelles périnatales (10 à 15 %)

La prévalence importante de ce dernier taux montre la nécessité du repérage des patientes à risque.

Les données de la littérature sur la prise en charge des situations de vulnérabilité montrent toute l'importance de la mise en place de suivi en complémentarité et coordonné.

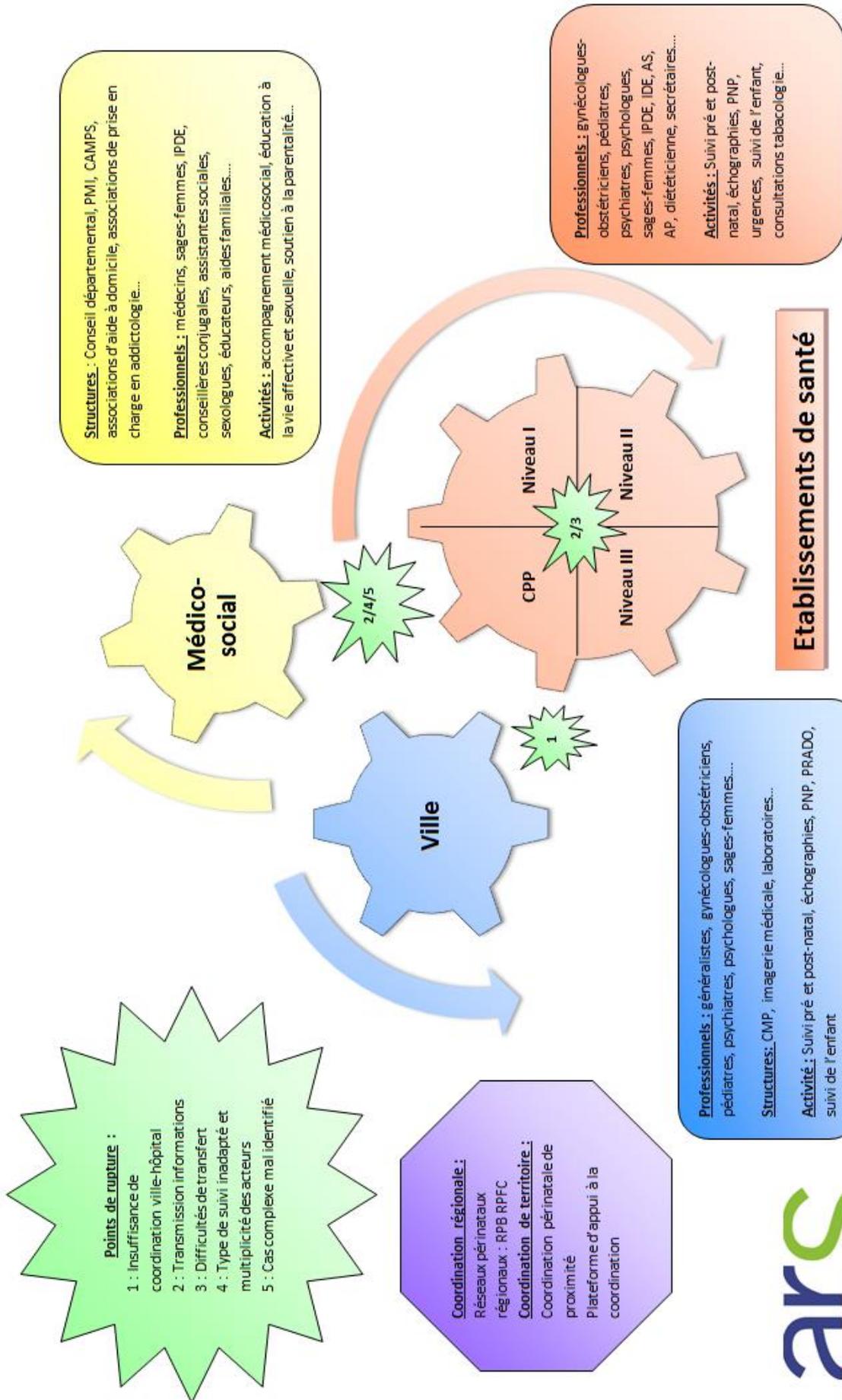
L'entretien prénatal précoce défini par la circulaire du 4 juillet 2005 comme « collaboration médico-psychologique en périnatalité », a pour objectif de proposer un temps d'écoute active aux futurs parents. Il est l'occasion de traiter de questions mal ou peu abordées avec les futurs parents lors des examens médicaux prénataux. Il permet ainsi d'élaborer un projet de naissance. Il doit faire l'objet de formation auprès des professionnels du champ de la périnatalité.

Il conviendra donc de conforter une offre de soins de proximité, coordonnée et collaborative et de développer des actions de prévention en direction des publics vulnérables.

4.6.2 Identification des points de rupture

Le schéma ci-après montre toute la complexité d'organiser un parcours de prise en charge sécurisé et coordonné des femmes enceintes et des nouveau-nés.

PARCOURS DE LA FEMME ENCEINTE ET DU NOUVEAU-NE



4.6.3 Objectifs généraux



Objectif général n°1 : organiser une prise en charge médico-psycho-sociale coordonnée, sécurisée et adaptée des futurs parents et des nouveau-nés

Cet objectif se décline en 3 objectifs opérationnels :

- Renforcer la pratique de consultations longues à des moments clés de la grossesse

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Mise en place d'une consultation initiale d' « orientation de suivi » en établissement de santé favorisée
- Entretien prénatal précoce généralisé (élaboration du projet de naissance pour les parents)
- Systématisation des consultations pédiatriques anténatales en cas de grossesse à risque

Résultats attendus :

- Evaluation le plus précocement possible des facteurs de risque médicaux mais aussi psychologiques et/sociaux de la patiente
- Identification de la filière de prise en charge la plus adaptée

- Renforcer l'accompagnement à la sortie de maternité

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Consolidation du développement du programme PRADO en articulation avec l'ensemble des acteurs des territoires (PMI protection maternelle infantile, libéral..) amélioré
- Installation de sages-femmes à activité mixte ville/hôpital dans les territoires isolés favorisée
- Pratique d'une consultation de suivi du nouveau-né à J10-15 renforcée
- Mise en place de l'entretien post natal

Résultats attendus :

- Meilleur dépistage des situations de vulnérabilité psychologique et/ou sociale de la femme et du nouveau-né
- Amélioration de l'accompagnement, du soutien à la parentalité et du suivi du nouveau-né

- Conforter le rôle des deux réseaux périnataux et favoriser le partage d'expériences

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Définition d'objectifs communs contractualisés
- Développement des missions des réseaux

Résultats attendus :

- Mise en relation des professionnels de la région BFC et partage d'expérience

**Objectif général n°2 : améliorer la coordination ville-hôpital**

Cet objectif se décline en 2 objectifs opérationnels :

- Soutenir le développement et le déploiement du système d'information en périnatalité

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Déploiement d'un système d'information commun à tous les professionnels de la périnatalité

Résultats attendus :

- Meilleure coordination ville/hôpital
- Amélioration de la transmission d'informations
- Amélioration du suivi de la prise en charge
- Amélioration de la connaissance du partenariat pour les futurs parents

- Soutenir la mise en place de staffs pluridisciplinaires ville-hôpital

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Coordination entre les professionnels libéraux, de PMI et hospitaliers, en partenariat avec les futurs parents, améliorée

Résultats attendus :

- Renforcement de l'articulation des différents professionnels
- Amélioration de la continuité de la prise en charge pré et post-natale

**Objectif général n°3 : favoriser le recours à l'IVG dans des conditions de sécurité sur l'ensemble du territoire**

Cet objectif se décline en 3 objectifs opérationnels :

- Maintenir le niveau et la diversité de l'offre en orthogénie

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Prise en charge de l'IVG médicamenteuse par les professionnels libéraux facilitée
- Maintien de l'offre en établissement pour la prise en charge des IVG chirurgicales
- Liens favorisés entre les CEPF (centre d'éducation et de planification familiale) et les professionnels de santé

Résultats attendus :

- Maintien de la couverture territoriale en orthogénie
- Diminution des délais de prise en charge
- Offre diversifiée de modes de prises en charge

- Promouvoir l'accès à une contraception choisie et adaptée

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Développement d'une formation pluridisciplinaire des professionnels de santé par territoire

Résultats attendus :

- Meilleur accès à une contraception sur l'ensemble du territoire
- Cohérence des informations transmises

- Promouvoir la mise en place d'un enseignement de l'orthogénie

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Commissions d'orthogénie à organiser sur le territoire

Résultats attendus :

- Harmonisation des pratiques
- Pérennité de l'offre en orthogénie sur le territoire

4.6.4 Indicateurs

- Part des accouchées ayant bénéficié du programme PRADO
- Nombre d'établissements équipés du système d'information commun à tous les professionnels de la périnatalité + nombre de libéraux et de PMI équipés
- Taux d'évolution des professionnels libéraux conventionnés avec un centre d'orthogénie

4.6.5 Articulation

- Décrets de périnatalité de 1998
- Circulaire du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité
- Programme national d'actions pour améliorer l'accès à l'IVG du 16/01/2015 et circulaire DGOS/R3/DGS/SPI/2016/243 du 28/07/2016 relative à l'amélioration de l'accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et à l'élaboration des plans régionaux
- Plan de périnatalité 2005-2007 « humanité, proximité, qualité, sécurité»
- Recommandations HAS :
 - comment mieux informer les femmes enceintes
 - suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées
 - préparation à la naissance et à la parentalité
 - grossesse à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement
 - sorties précoces
 - Interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse
 - Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14SA
- Instruction du 3 juillet 2015 relative à l'actualisation et à l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité dans un cadre régional
 - Réseau Périnatal de Bourgogne
 - Réseau Périnatal de Franche-Comté
- Loi de modernisation du système de santé de janvier 2016
- HAS avril 2013: Etat des lieux des pratiques contraceptives et des freins liés à l'accès et au choix d'une contraception adaptée
- Rapport et avis du Haut Conseil de la Santé publique sur la santé sexuelle et reproductive, mars 2016

4.6.6 Transversalité

- Fiche 2.3 : Parcours Précarité-vulnérabilité
- Fiche 3.1 : Parcours Santé mentale et psychiatrie
- Fiche 4.7 : Parcours Développement de l'enfant (le parcours maternité aura dans son volet prévention et prises en charge des nouveau-nés vulnérables à s'articuler avec les travaux menés dans le cadre de ce parcours développement de l'enfant)
- Fiche 4.9 : Parcours Addictions

4.7 Parcours développement de l'enfant

4.7.1 Contexte et problématique

Favoriser le développement cognitif de l'enfant, et notamment prendre en compte précocement les troubles du neuro-développement, est une priorité de santé publique.

Atteintes neurologiques survenant précocement au cours du développement, les troubles du neuro-développement (TND) recouvrent⁹ en particulier les troubles du spectre autistique (TSA), la déficience intellectuelle (DI) et les troubles communément nommés « dys » : troubles de la communication (langage, communication sociale), troubles spécifiques des apprentissages (TAS : lecture, écriture, calcul), troubles moteurs (acquisition des coordinations, mouvements stéréotypés) ainsi que les troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H). En marge, s'y associe le haut potentiel intellectuel (HPI, bien qu'il ne soit pas un trouble en tant que tel, dès lors qu'il peut entraîner des difficultés d'apprentissage (dysharmonie et/ou stratégies d'évitement).

Quelques chiffres¹⁰ :

- Retards d'apprentissage simples dont les causes peuvent prendre racine dans l'environnement de l'enfant : 10 à 15 % d'enfants ;
- Troubles du neurodéveloppement (TND) :
 - 1 nouveau-né sur 150 concerné par un trouble du spectre autistique,
 - déficience intellectuelle : 1 à 2 % de la population, première cause de handicap chez l'enfant (déficience légère à sévère, sous le seuil de 70 de quotient intellectuel),
 - 5 à 10 % (selon les sources et types de troubles retenus) d'enfants tous troubles « dys » confondus, dont 5 % par des troubles du langage écrit,
 - de manière générale, cela concerne 4 garçons pour une fille,
 - présence d'une comorbidité dans près de 40 %, (plusieurs types de troubles),
 - parmi les enfants présentant un ou plusieurs « dys » : 1 % atteints d'une forme sévère reconnue au titre du handicap ;
- HPI : 2 à 5 %, selon le seuil minimal de quotient intellectuel retenu (125 ou 130).

⁹ TND : cf.DSM-5 : Autres pathologies de l'enfant d'ordre neurologique : maladies et syndromes épileptiques, maladies auto-inflammatoires du système nerveux central (notamment encéphalites et sclérose en plaques), tumeurs cérébrales, maladies métaboliques (rationnel qui a conduit au dépistage systématique néonatal des phénylcétonuries), maladies neuromusculaires (par exemple myopathie de Duchenne), maladies neuro-génétiques...

¹⁰ Source : voir p.7

Si les déterminants de santé, socio-économiques et culturels ne sont pas à l'origine de ces troubles, ils influent sur leur prévalence, s'inscrivant dans un « faisceau contextuel » interagissant avec le développement de l'enfant. Cela dès sa naissance, voire pendant la période prénatale pour ce qui concerne la consommation de tabac et d'alcool de la mère au cours de sa grossesse (respectivement augmentation du risque de prématurité et syndrome d'alcoolisation fœtale). Peuvent également entrer en jeu le déficit de sommeil, un manque de stimulation du jeune enfant, des difficultés relationnelles parents-enfants ou des déséquilibres nutritionnels ayant des répercussions sur l'attention et la consolidation des apprentissages.

Tout cela s'inscrit dans une double problématique : l'une relevant des facteurs prévalant à un environnement favorable au développement harmonieux du jeune enfant (interactions précoces parents-enfants, stimulations langagière et motrice...) ; l'autre de la réussite scolaire, sociale et du bien-être.

Sont ainsi en présence des enjeux :

- d'éducation pour la santé, de soutien à la parentalité et de développement des compétences psychosociales des enfants et des parents favorables au langage, à la motricité et aux capacités d'apprentissage ;
- d'amélioration de la prévention secondaire (repérage-dépistage des TND) notamment par une sensibilisation/formation adaptée des acteurs de première ligne (monde de la petite enfance, communauté éducative, professionnels de santé de 1er recours) ;
- de coordination efficace des intervenants assurant les soins et/ou l'accompagnement des familles (médecin généraliste et/ou pédiatre, orthophoniste, psychomotricien et autres professionnels de santé, éducation nationale, services médico-sociaux...) ; ainsi qu'une meilleure lisibilité des dispositifs en place aux différents niveaux d'intervention.

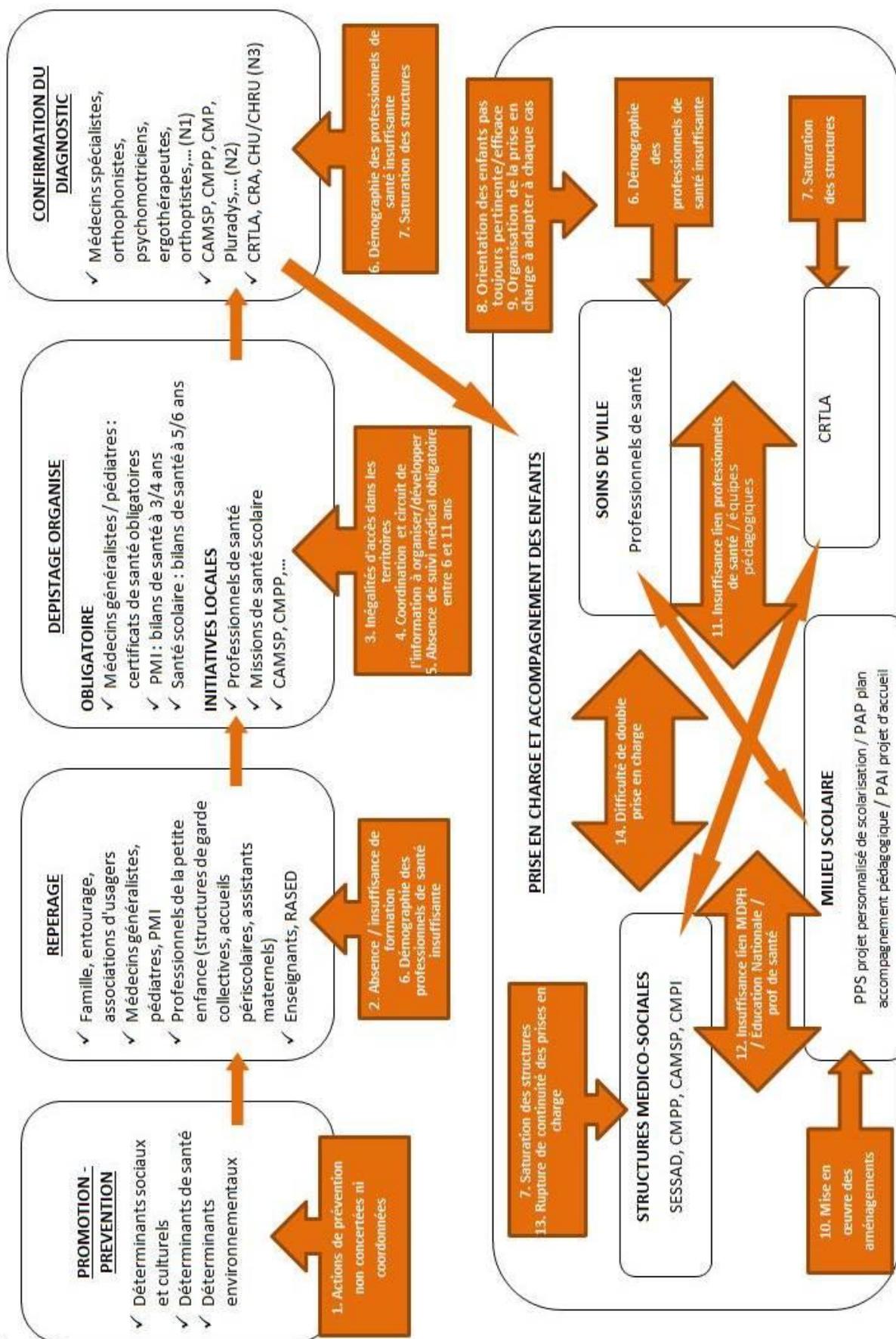
L'effort porté en école maternelle est fondamental pour le repérage et le dépistage précoce des TND. On sait que les actions de remédiation seront d'autant plus efficaces sur la prévention de l'échec scolaire qu'elles auront été apportées le plus tôt possible, au cours de la période de développement la plus favorable.

Les étapes de dépistage, de diagnostic, de prise en charge et d'accompagnement de l'enfant reposent sur une bonne articulation entre les acteurs de soins de ville et d'hôpital, du médico-social (service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), centre médico psycho pédagogique (CMPP)...) et de l'Education nationale (aménagements de la scolarité notamment). Cela en veillant à donner aux familles une place privilégiée tout au long du processus, ainsi qu'en s'assurant d'une orientation adaptée tenant compte de la réalité économique et géographique des familles.

4.7.2 Identification des points de rupture du parcours

Principaux points de rupture :

- 1 Actions de promotion-éducation à la santé non concertées ni coordonnées.
- 2 Insuffisance de la formation de l'ensemble des acteurs aux troubles du neuro-développement.
- 3&6 Inégalités d'accès selon les territoires : taux de couverture du dépistage organisé, démographie des professionnels de santé induisant des retards dans l'orientation des familles et prise en charge
- 4 Manque de coordination des acteurs petite-enfance-éducation-santé et difficultés d'organisation du circuit de l'information.
- 5 Absence de suivi obligatoire/dépistage organisé entre 6 et 11 ans au moment de l'apparition potentielle des troubles du langage écrit.
- 7 Saturation des structures de niveaux 2 et 3.
- 8 & 9 Orientation des enfants pas toujours pertinente selon leurs situations ou âge, difficultés des prises en charge multidimensionnelle et éclatée (temporalité, lieu et reste à charge) influençant la qualité de vie familiale.
- 9&10&11 Difficultés de coordination autour des aménagements pédagogiques et de coopération entre professionnels et de santé et équipes éducatives, également avec MDPH en cas de reconnaissance handicap.
- 13&14 Rupture de parcours aux âges ou situations charnières, problématique financière pour les familles (certains non remboursés ; pas de cumul des financements soins de ville/structures).



4.7.3 Objectifs généraux

Le périmètre du parcours Développement de l'enfant, et donc les objectifs qui lui sont fixés pour les 5 ans à venir, suit une logique « en entonnoir » :

1. tout d'abord une vision large englobant les enjeux de promotion et d'éducation à la santé, associés aux piliers du développement cognitif de l'enfant (langage, psychomoteur, psycho-socio affectif)
2. la focale se resserre ensuite sur les enjeux de repérage, de dépistage et de diagnostic précoce des troubles du neuro-développement (tous troubles confondus)
3. enfin le parcours se recentre sur les enjeux de prise en charge et d'accompagnement des troubles du neuro-développement hors troubles du spectre autistique (TSA) et déficience intellectuelle (DI) puisque ces troubles sont pris en compte dans le parcours Handicap.



Objectif général n°1 : construire puis déployer un plan d'actions ciblées, coordonnées entre les politiques familiales et de la petite enfance, de la santé, de l'éducation, permettant de promouvoir les déterminants favorables au développement cognitif de l'enfant

Cet objectif se décline en 3 objectifs opérationnels :

- Diffuser le corpus de connaissances relatif au développement harmonieux de l'enfant, aux facteurs de risques et aux signes d'alertes des troubles, et favoriser son appropriation

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Programme régional de formation à destination des acteurs du repérage (professionnels de la petite enfance, enseignants...)

Résultats attendus :

- Meilleure connaissance de l'ensemble des acteurs de manière à faciliter le repérage précoce des troubles du neuro-développement par l'entourage « professionnel » du jeune enfant

- Informer et accompagner les familles dans la valorisation des comportements favorables au développement de l'enfant

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Diffusion et/ou création d'outils de sensibilisation à destination des familles avec relais par les professionnels (santé et/ou éducation) : par exemple extension du « pass santé jeunes » vers la tranche des 0-6 ans

Résultats attendus :

- Une meilleure connaissance des facteurs (environnementaux, sociaux, affectifs) prévalant à un développement harmonieux de l'enfant
- Des familles plus soutenues dans leurs différents niveaux d'interaction (parents/enfants, parent/professionnels et institutions) ; des enfants « acteurs » de leur propres choix.

- Déployer en partenariat des actions autour des leviers de développement harmonieux : développement du langage, sommeil réparateur, utilisation raisonnée des écrans...

Exemple d'actions (liste non exhaustive):

- Actions d'éducation pour la santé ciblant les médiathèques, crèches, relais d'assistants maternels, centres médico-sociaux, ... Dont interventions spécifiques autour du langage oral.

Résultats attendus :

- Sensibilisation des très jeunes enfants et de leurs parents aux comportements et à un environnement les plus favorables au développement cognitif de l'enfant.
- Meilleure prise en compte des « publics spécifiques » présentant un risque de troubles du neuro-développement : enfants nés prématurément, enfants confiés.



Objectif général n°2 : agir pour un dépistage et un diagnostic plus précoce des enfants présentant des troubles du neuro-développement

Cet objectif se décline en 4 objectifs opérationnels :

- Restructurer et rendre lisibles les compétences des acteurs en niveau 1 (dépistage et diagnostic), 2 (diagnostic pluridisciplinaire) et 3 (situations complexes en hospitalier) à l'échelle BFC

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Concertation avec les acteurs de la filière pour engager le repositionnement des structures et la (re)définition des missions de chacun ; déploiement d'un réseau de niveau 2 sur le territoire franc-comtois
- Mise en place d'une équipe de diagnostic de proximité dans chaque département pour assurer les diagnostics d'autisme ou autres troubles du spectre autistique (TSA) de 1^{er} niveau (cf. Plan autisme 3)

Résultats attendus :

- Repositionnement des structures favorables à l'orientation des familles et au désengorgement des niveaux 2 et 3

- Permettre aux familles et aux professionnels de niveau 1 d'identifier le bon interlocuteur au bon moment en cas de suspicion de trouble : connaissance de la filière, des acteurs impliqués et des bilans à conduire

Exemple d'actions (liste non exhaustive):

- Diffusion et/ou création d'outil de communication (action commune avec objectif 1.2)
- Campagne des délégués de l'assurance maladie (DAM) pour sensibiliser les médecins généralistes et les pédiatres avec en préalable la création d'un support explicitant le « parcours diagnostic type » et les niveaux d'intervention des professionnels

Résultats attendus :

- Meilleure lisibilité de l'offre de santé et les étapes du parcours de l'enfant, permettant de limiter la perte de temps due à un diagnostic tardif ainsi que le phénomène possible « d'errance des familles »

- Mettre en place des modalités de coordination des professionnels de santé, de l'éducation et de la petite enfance autour du dépistage et diagnostic

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

Capitalisation des résultats et recommandations des travaux d'étude et de recherche initiés dans le cadre du parcours (recherche-action par l'Université Franche-Comté et étude conduite par l'Institut régional supérieur du travail éducatif et social) :

- Définition et déploiement d'un outil intégratif facilitant la coordination des professionnels autour du dépistage et diagnostic et l'orientation des familles
- Sur les territoires de proximité en fonction des besoins : déployer des réseaux formalisés de « correspondants troubles du neurodéveloppement » coordonnés par un médecin généraliste ou pédiatre

Résultats attendus :

- Le suivi de l'enfant est optimisé à la faveur d'une harmonisation des outils, des pratiques professionnelles et dispositifs permettant la transmission des données entre les différents intervenants, dans le respect des pratiques professionnelles de chacun

- Harmoniser les pratiques professionnelles et optimiser la chaîne de transmission des bilans et données entre les acteurs du dépistage et les professionnels engagés dans le diagnostic, dans le respect des pratiques de chaque profession

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- En lien avec l'objectif n° 3 : Système d'information partagé entre les acteurs du dépistage (y compris dépistage organisé) et en lien avec le projet Territoires soins numériques (cf. projet Eticss,)
- Plan de formation continue à destination des professionnels de santé : dépistage des troubles du neuro-développement
- Organisation de journées d'échanges de pratiques pour favoriser l'interconnaissance des acteurs des différents champs

Résultats attendus :

- Fluidité de la circulation de l'information entre les acteurs, limitation de l'éparpillement voire de la perte de données, bilans systématisés avec des tests étalonnés



Objectif général n°3 : prendre en charge et accompagner plus spécifiquement les troubles de la communication, les troubles moteurs, les troubles de l'attention, les troubles des apprentissages et la précocité intellectuelle, en lien avec le monde de l'éducation et en impliquant les familles

Cet objectif se décline en 3 objectifs opérationnels :

- Structurer la filière de prise en charge et d'accompagnement en s'appuyant notamment sur un système d'information partagé (handicap et hors handicap)

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Plateforme commune professionnels de santé -Education nationale-MDPH- structures médicosociales dédiée à la prise en charge et à l'accompagnement de l'enfant diagnostiqué : base de données partagée, suivi des dossiers – Cf. projet Eticcs
- Formations/sensibilisation des équipes des MDPH pour une montée en compétences sur la spécificité des troubles des apprentissages

Résultats attendus :

- Transmission optimum des informations autour de l'enfant
- Meilleure reconnaissance « handicap » pour les enfants présentant une forme sévère de troubles

- Assurer le suivi coordonné de ces enfants (handicap et hors handicap) en tenant compte des contraintes financières et organisationnelles des familles

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Mise en place d'un référent unique accompagnant les familles tout au long de leur trajectoire dès le diagnostic jusqu'au suivi de la prise en charge (situations complexes même sans reconnaissance handicap)
- Guides de bonnes pratiques et d'utilisation des outils à destination des familles

Résultats attendus :

- Adaptation de l'accompagnement à la situation de l'enfant, suivi en milieu scolaire optimisé et appropriation par tous (familles, équipes éducatives) des aménagements et des outils pédagogiques

- Déployer sur les territoires des solutions innovantes d'accompagnement des familles, en particulier concernant les enfants en situation charnière (selon âge et/ou reconnaissance handicap et hors handicap)

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Plateforme de services, y compris à destination des enfants hors handicap
- Développement de l'éducation thérapeutique pour un meilleur suivi familial des troubles
- Diffusion des outils numériques

Résultats attendus :

- Atténuation des ruptures de parcours et de prise en charge

4.7.4 Indicateurs

- Part des enfants moins de 3 ans à l'entrée aux CAMSP de BFC
- Délai moyen entre 1^{er} RDV et 1^{ère} intervention aux CAMSP de BFC
- Délai moyen de rdv pour un primo accédant aux CRTLA B et FC et aux CRA B et FC entre la réception de la demande et le 1^{er} rdv
- Nombre de PAP et nombre de PPS par académie dédiés aux troubles des apprentissages

4.7.5 Articulation

- Acteurs :
Collectivités territoriales – Education nationale (Rectorat, DESDEN, personnels de santé...) – Professionnels de santé libéraux – Structures de diagnostic et/ou prise en charge (CAMSP, CMP, CMPP, réseaux de santé, SESSAD, centre de ressource autisme –CRA-, centre référent pour les troubles du langage et des apprentissages -CRTLA) – Associations de familles – Association de promotion de la santé.
- Programmes et schémas :
schémas départementaux Enfance et famille, plan régional autisme, le rapport de la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant « Parcours de soins des enfants et des adolescents présentant des troubles du langage et des apprentissages » (2013), le rapport ministériel « Zéro sans solution » (Denis Piveteau, juin 2014), la circulaire du 28 janvier 2016 de l'Education nationale relative au parcours de santé éducatif pour tous les élèves dès la maternelle (promotion-prévention et protection de la santé).

4.7.6 Transversalité

- Fiche 2.2 : Parcours Handicap : une réponse accompagnée pour tous ; plan Autisme
- Fiche 2.3 : Parcours Précarité-vulnérabilité
- Fiche 3.1 : Parcours Santé mentale et psychiatrie
- Fiche 4.6 : Parcours Maternité-parentalité
- Fiche 6.1.3 : Médecine/pédiatrie

Sources :

Classification des troubles du neuro-développement DSM-5 (2013)

Données de prévalence nationale:

> troubles du spectre autistique : Haute autorité de santé (HAS 2012) - Inserm (2013)

> déficience intellectuelle : Inserm (mars 2016)

> troubles « dys » : Inserm (2014) – HAS (2017)

Guides nationaux :

> Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant (2013)

> CNSA Troubles dys (2014)

> HAS – parcours de soins (2017) Atténuation des ruptures de parcours et de prise en charge

4.8 Parcours adolescents et jeunes adultes

4.8.1 Contexte et problématique

Les adolescents et jeunes adultes âgés de 11 à 25 ans qui représentent 17% de la population ont globalement un état de santé satisfaisant. Cependant environ 2% d'entre eux ont le sentiment d'être en mauvaise santé.

L'analyse des éléments épidémiologiques et statistiques permettent de mettre en exergue les thèmes et domaines sur lesquels une vigilance accrue doit être portée. Parmi eux, il est retenu plus particulièrement les conduites addictives, les troubles nutritionnels, les comportements liés à la sexualité et à la vie affective ainsi que le mal-être. Ces déterminants de santé peuvent aboutir à une mortalité prématurée puisque chaque année en BFC, sur la période 2009-2013, il est noté le décès de 168 jeunes en moyenne par an pour les 10-24 ans de causes violentes (suicides, accidents de la circulation, chute, ...).

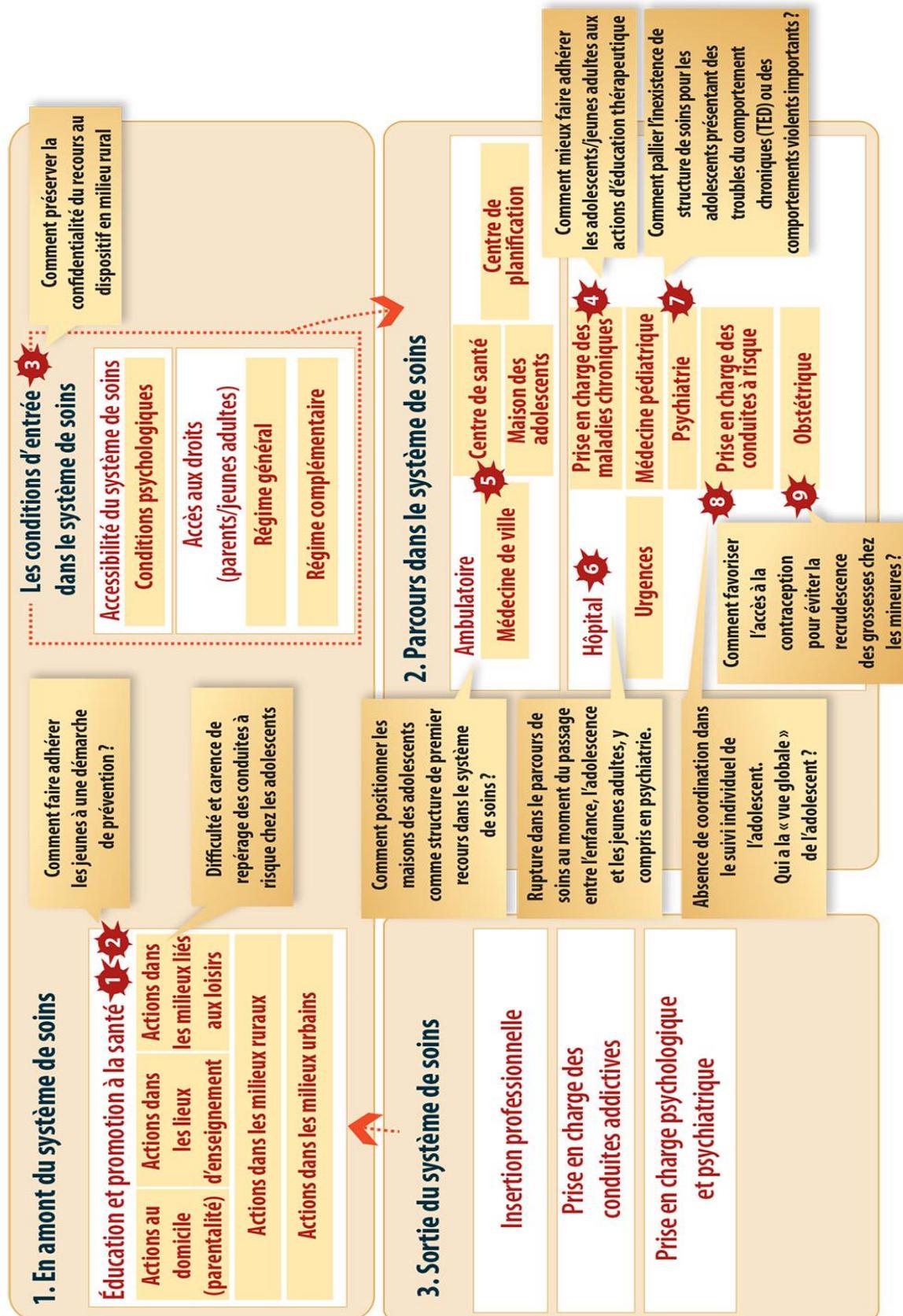
Pour l'élaboration de compétences psycho-sociales favorables à sa santé, l'adolescent doit être accompagné durant tout son parcours de vie, dans le cadre d'une communication inter générationnelle, sans oublier toutefois que la prise de risques est une composante structurelle de l'adolescence.

Pour les jeunes nécessitant une prise en charge, celle-ci doit être précoce (par exemple dans la prise en charge de la crise suicidaire), pluridisciplinaire en faisant appel à la notion de réseau en refusant une approche exclusivement hospitalière. La prise en charge doit être positive. Les structures de recours pour un jeune doivent être repérables, d'accès facile, aidantes et non moralisatrices,... Il y a lieu de mettre du lien entre les structures existantes ainsi que de hiérarchiser leur positionnement dans la prise du jeune.

Globalement une politique à destination de la jeunesse doit s'adresser à tous les jeunes et ne pas être discriminante. Elle doit également débiter dès la petite enfance avec un regard accru sur la famille. La famille doit être soutenue et mobilisée dans toutes les politiques à destination des jeunes.

Face à ces constats, le comité expert chargé de définir les axes d'une politique favorable à la jeunesse a repéré 9 points de rupture.

4.8.2 Identification des points de ruptures



4.8.3 Objectifs généraux

Parmi les 9 points de rupture repérés, le comité de pilotage du parcours « Santé des jeunes et des adolescents » en a retenu 6 afin de développer des actions prioritaires :

1. développer le repérage des conduites à risque chez les adolescents (voir Fiche IV.9 : parcours Addictions)
2. faire adhérer les jeunes à une démarche de prévention
3. préserver la confidentialité et favoriser le recours au système de santé en milieu rural
4. positionner les maisons des adolescents comme structure de premier recours dans le système de prise en charge en santé
5. prendre en charge les jeunes dits « incasables »
6. développer l'éducation à la vie affective et sexuelle.



Objectif général n°1 : développer le repérage des conduites à risque chez les adolescents

(cf. Fiche 4.9 : Parcours Addictions)



Objectif général n°2 : faire adhérer les jeunes à une démarche de prévention

Cet objectif se décline en 2 objectifs opérationnels :

- Développer la démarche PASS SANTE JEUNES (PSJ) sur l'ensemble de la région Bourgogne/Franche-Comté

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Utilisation du PSJ dans les actions des Comités d'Education à la Santé et à la Citoyenneté de l'Education nationale dans le cadre du parcours éducatif de santé
- Utilisation du PSJ dans les actions d'éducation à la santé conduites par la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ)
- Utilisation du PSJ dans le cadre des politiques « Jeunesse » élaborées par les collectivités territoriales.

Résultats attendus :

- Tous les Pays de la région BFC auront développé le PASS SANTE JEUNES

- Développer les actions de formation aux compétences psycho-sociales favorables à la santé chez les adolescents

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Intégration de cette démarche au sein des programmes des différents partenaires conduisant des actions à destination des jeunes (Education nationale, direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRDJSCS), PJJ, Services spécialisés des collectivités territoriales, ...)
- Déploiement de la démarche sur un mode interinstitutionnel sur les territoires B/FC

Résultats attendus :

- Intégration des formations aux compétences psychosociale (CPS) favorables dans les stratégies des partenaires institutionnels ouvrant à la santé des jeunes



Objectif général n°3 : préserver la confidentialité et favoriser le recours au système de santé en milieu rural

- Expérimentation d'une consultation de prévention à 16 ans en s'appuyant sur la médecine ambulatoire

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Déploiement d'une action expérimentale en Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) visant à généraliser la démarche de la mutualité sociale agricole (MSA) « Instant Santé Jeunes » (MSP de Cluny, Puisaye Forterre, Charolles)



Objectif général n°4 : positionner les maisons des adolescents comme structure de premier recours dans le système de prise en charge en santé

Cet objectif se décline en 2 objectifs opérationnels :

- Organiser une offre homogène en Maisons des Adolescents (MDA) sur l'ensemble du territoire de la Bourgogne/Franche-Comté.

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Création d'une MDA en Haute-Saône
- Création d'antennes de proximité à partir des MDA existantes

Résultats attendus :

- Dotation de chaque département d'une MDA

- Adapter le fonctionnement des MDA au nouveau cahier des charges diffusé en Novembre 2016

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Organisation des échanges de pratiques professionnelles entre les MDA sous l'égide de l'association régionale des MDA
- Soutien des initiatives innovantes promues par les MDA de BFC

Résultats attendus :

- Edition d'un référentiel d'une conduite à tenir commune vis-à-vis des deux nouvelles missions attribuées aux MDA :
 - Contribuer à la prévention de la dégradation de situations individuelles
 - Contribuer au renforcement d'une médecine de l'adolescence



Objectif général n°5 : prendre en charge les jeunes dits « incasables »

Cet objectif se décline en 2 objectifs opérationnels :

- Organiser à un niveau départemental la prise en charge des adolescents en situation complexe, dits « incasables »

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Organisation de réunions départementales interinstitutionnelles sur la prise en charge des cas complexes
- Mise en réseau de proximité des acteurs de la prise en charge

Résultats attendus :

- Description des modalités d'organisation des acteurs de la prise en charge des cas complexes au sein de chaque département

- Formation interdisciplinaire et interinstitutionnelle sur la prise en charge des incasables

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Renforcement des compétences des professionnels
- Repérage précoce et orientation du jeune vers un accompagnement adapté
- Construction d'un réseau de proximité de prise en charge d'un jeune en situation complexe

Résultats attendus :

- Nombre de formations et degré de satisfaction des formations réalisées



Objectif général n°6 : développer l'éducation à la vie affective et sexuelle

Cet objectif se décline en 2 objectifs opérationnels :

- Formation de binômes de formateurs au programme interinstitutionnel d'éducation à la sexualité

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Formations de formateurs

- Développement des interventions sur l'ensemble de la région BFC

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Interventions en milieu scolaire public, privé et agricole
- Interventions pour public PJJ
- Interventions en formation professionnelle (missions locales...)

4.8.4 Indicateurs

- Part des CLS ayant intégré le PASS santé jeunes
- Nombre d'intervenants formés au programme interinstitutionnel d'éducation à la sexualité
- Nombre d'interventions réalisées (milieu scolaire, PJJ, missions locales...) dans le cadre du programme interinstitutionnel d'éducation à la sexualité

4.8.5 Articulation

- DRDJSCS
- DDCP-PP
- IREPS

4.8.6 Transversalité

- Partie 1 : Prévenir et éduquer au plus tôt, dynamiser la promotion de la santé
- Fiche 3.1 : Parcours Santé mentale et psychiatrie
- Fiche 4.5 : Parcours Nutrition-santé
- Fiche 4.9 : Parcours Addictions

4.9 Parcours addictions

4.9.1 Contexte et problématique

Les conduites addictives sont un problème majeur de santé publique justifiant une politique de prévention, de soin et de réduction des risques et des dommages : elles seraient responsables de plus de 127 000 décès par an en France¹¹ et, au-delà de la mortalité, leurs impacts médicaux (maladies chroniques) sociaux sont multiples.

Près de 4000 Bourguignons-franc-comtois se trouvent en affection de longue durée du fait de troubles addictifs, soit 14 personnes pour 10 000 habitants (10,5 personnes en France hexagonale)¹².

Toutes les catégories de la population sont concernées 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.

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

Le champ des addictions, dans cette logique de prise en charge globale, fait donc appel à l'ensemble des secteurs :

- de la prévention, prévention ciblée en fonction des populations. Elle est portée par les 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), les réseaux de santé, et l'ensemble des professionnels de l'addictologie ; Et également par les associations locales, les associations d'usagers et les institutions.
- soins de ville : les professionnels de santé de 1^{er} recours, les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles, les réseaux de santé ;

¹¹ Source synthèse thématique vue d'ensemble / toutes drogues OFDT mars 2017

¹² Source CNAMTS, MSA, RSI, 2014 exploitations ORS BFC

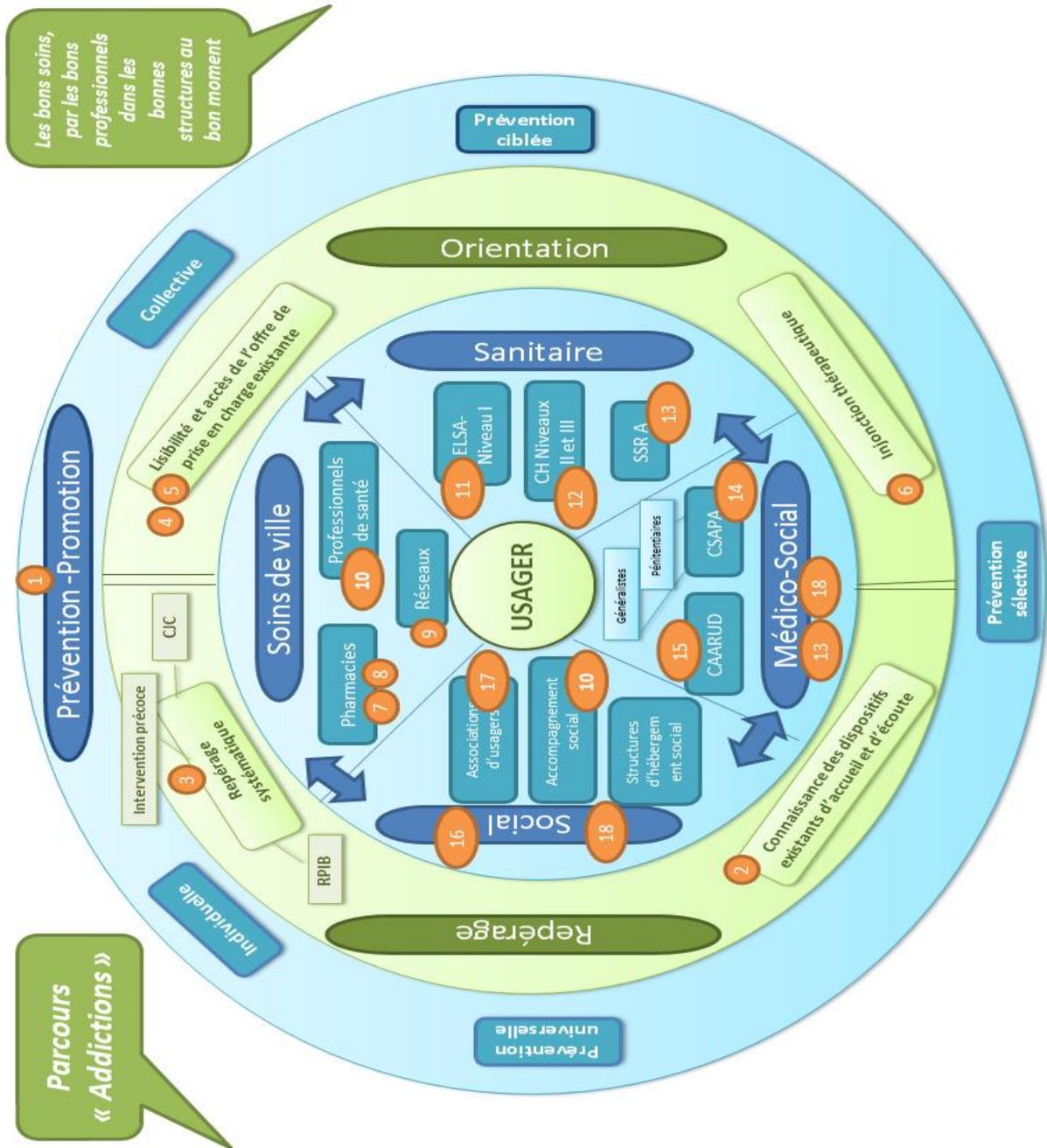
- du médico-social : les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), les Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) et les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques auprès des Usagers de Drogue (CAARUD) ;
- du sanitaire : unités d'addictologie hospitalières hiérarchisées en 3 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 en addictologie
 A noter 11 unités sanitaires dispensant des soins aux détenus au sein des centres pénitentiaires.

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 constitue un véritable changement de paradigme dans la prise en charge, tout en étant partie intégrante du processus de soin.

Cette prise en charge globale intègre également l'articulation avec les services sociaux, les structures d'accueil, d'hébergement et d'insertion dans une logique d'insertion / réinsertion sociale, et également ceux de la Justice et la protection judiciaire de la Jeunesse (PJJ) pour organiser la prévention, améliorer la prise en charge et s'assurer de la continuité des soins aux personnes sous-main de justice dont les détenus (intervention dans les centres de détention notamment).

Ainsi, la diversité des acteurs et des aides mobilisés, permet de proposer un accompagnement pluri disciplinaire, 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 adaptées à chaque situation.

4.9.2 Identification des points de rupture



- 1 Multiplicité des actions insuffisamment évaluées et coordonnées entre les différents acteurs de la prévention
- 2 Manque de connaissance de ces dispositifs par les usagers et les professionnels de santé
- 3 Reperage des jeunes insuffisant
- 4 Difficulté d'orientation par les professionnels de santé insuffisamment « informés »
- 5 Problématique d'accessibilité en milieu rural
- 6 Manque de médecins « relais » et difficultés d'articuler les dispositifs santé/justice/social
- 7 Difficultés d'implication pour la prise en charge spécifique des addictions
- 8 Programmes d'Échange de Seringues peu développés
- 9 Hétérogénéité de l'offre et couverture régionale insuffisante
- 10 Difficulté des professionnels de santé et du social à prendre en charge les personnes addictes
- 11 Difficultés de fonctionnement liées à la rarefaction des personnels médicaux
- 12 Disparité territoriale de la filière niveaux II (et III)
- 13 Répartition géographique inégale suivant les territoires
- 14 Délai d'attente de 1^{ère} consultation potentiellement préjudiciable à la continuité de la prise en charge
- 15 Difficulté d'articulation avec les structures sociales et/ou CSAPA
- 16 Environnement peu adapté afin de favoriser la réussite du parcours de réinsertion de l'usager
- 17 Inégalité de l'offre et manque de formation des bénévoles
- 18 Prise en charge non adaptée du public ayant des troubles cognitifs graves

4.9.3 Objectifs généraux



Objectif général n°1 : diminuer les consommations de substances addictives

Cet objectif se décline en 3 objectifs opérationnels :

- Agir auprès des adolescents, priorisant l'approche prévention-promotion de la santé, favorisant l'intervention précoce

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Construction d'un référentiel d'interventions régional partagé en prévention des addictions, en s'appuyant sur des données probantes et assurer sa promotion afin de partager une culture commune
- Organisation de temps de sensibilisation pour l'ensemble des partenaires, afin d'accompagner cette appropriation auprès des différents acteurs
- Coordination des différents acteurs permettant de déterminer leur articulation à la fois au niveau régional et au niveau départemental, en accord avec les principaux partenaires (Rectorat, Mission Interministérielle de Lutte Contre les Drogues et les Conduites Addictives notamment)

Résultats attendus :

- Réalisation du référentiel d'interventions régional partagé et de son appropriation auprès de l'ensemble des partenaires
- Organisation optimale pour favoriser une culture commune partagée

- Développer la sensibilisation, l'échange de pratiques et les retours d'expérience entre professionnels notamment les professionnels accompagnant des publics vulnérables (femmes enceintes consommatrices de substances psychoactives, personnes en situation de précarité, personnes sous-main de justice)

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Création de temps de-sensibilisation pour l'ensemble des partenaires, afin de favoriser une prise en charge adaptée
- Compléter l'offre existante, y compris e-learning, en particulier sur le thème de la réduction des risques
- Développement de temps d'échanges de pratiques, de retours d'expérience

Résultats attendus :

- Augmentation du nombre de professionnels sensibilisés, accompagnés

- Eviter l'entrée dans le tabagisme et aider les fumeurs à s'arrêter

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Mise en œuvre le Plan Régional de Réduction du Tabagisme

Résultats attendus :

- Déclinaison des actions



Objectif général n°2 : répondre aux problèmes de démographie des médecins addictologues

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Maintien du nombre d'Internes en médecine générale et en psychiatrie, formés en addictologie et développement de l'attractivité de cette formation initiale
- Maintien de l'offre de formation continue en vue d'acquérir les connaissances et compétences pour traiter les conduites addictives
- Favoriser les postes partagés ou les exercices mixtes (hospitalier-médico-social-libéral)
- Mise en œuvre d'une expérimentation de téléconsultation en addictologie

Résultats attendus :

- Augmentation du nombre de médecins addictologues en BFC
- Accroissement du nombre de dispositifs de télémédecine permettant une consultation d'addictologie à distance



Objectif général n°3 : améliorer l'efficacité de la prise en charge (ambulatoire, sanitaire et médico-sociale) des personnes en situation d'addiction

Cet objectif se décline en 3 objectifs opérationnels :

- Agir auprès des femmes enceintes consommatrices de substances psychoactives et son accompagnement une fois l'enfant né

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Coordination améliorée de l'ensemble des acteurs (Médecins généralistes, gynécologues obstétriciens, pédiatre, Protection Maternelle Infantile, maternités et structures médico-sociales) sur ce parcours de soins
- Promotion de la rédaction et mutualisation de protocoles de prise en charge des femmes enceintes, par produit consommé pendant la grossesse et organisation de leur appropriation par tous les acteurs. Ces protocoles doivent inclure le suivi gynécologique et le suivi addictologique de la patiente

Résultats attendus :

- Coordination des professionnels autour de la prise en charge des femmes enceintes consommatrices
- Fiches descriptives des protocoles

- Agir auprès des personnes en situation de précarité et personnes sous-main de justice, priorisant la continuité des soins en addictologie et la réinsertion

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Articulations à favoriser entre les professionnels des 3 secteurs
- Besoins objectivés pour le développement des solutions d'hébergement, d'accompagnement renforcé en dressant un état des lieux des dispositifs spécifiques de prise en charge existants dans notre région

- Résultats attendus :
- Favoriser la réinsertion des personnes (accès à un logement autonome, diminution du nombre d'hospitalisation en urgence)
- Extension et pérennisation de l'offre de solutions d'hébergement

- Améliorer l'organisation de l'offre médico-sociale, sanitaire et ambulatoire en addictologie
 - Proposer une offre médico-sociale coordonnée, rationnelle et complémentaire, maillant le territoire

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Porte d'entrée unique pour l'utilisateur, sur tout le territoire, quel que soit le type de produit
- Mise en place d'un maillage efficient du territoire tout en favorisant une prise en charge pluridisciplinaire

Résultats attendus :

- Visibilité de l'offre pour l'utilisateur sur un territoire donné
- Evolution des antennes et consultations avancées selon les recommandations nationales
- Harmonisation de la mission prévention des CSAPA à l'ensemble du territoire
- Evolution des consultations jeunes consommateurs (CJC) selon les recommandations nationales
- Appropriation du rôle de CSAPA référent pénitentiaire par chaque CSAPA concerné
- Modélisation de la corrélation entre les missions et moyens des structures pour ajuster leur répartition en fonction des besoins de la population couverte

- Proposer une offre sanitaire, organisée et répartie sur le territoire en fonction des besoins de la population. (cf. fiche activité de soins 6.1.3 : Médecine)

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Développement et consolidation des possibilités de prise en charge de niveau I, pour les établissements sanitaires avec services d'urgences autorisés ;
- Renforcement de la structuration de la filière de prise en charge en addictologie, notamment dans le Jura (Niveau II) et le Doubs (Niveau III) et la Nièvre (Niveau II)
- Formalisation de la prise en charge « addictologie » dans les projets médicaux de territoire (PMT) des GHT

Résultats attendus :

- Une organisation de la filière addictologie reconnue et opérationnelle dans chaque centre hospitalier (CH)
- Existence d'un axe addictologie dans chacun des projets médicaux partagés (PMP) des GHT

- Conforter les réseaux de santé en addictologie dans le soutien aux professionnels de santé de premier recours pour la prise en charge des patients souffrant d'addictions

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Accompagnement et consolidation du positionnement des réseaux vers une fonction d'appui aux professionnels de 1^{er} recours
- Articulation à favoriser entre les réseaux et les plateformes territoriales d'appui
- Soutien aux initiatives des médecins de proximité proposant en exercice coordonné, une prise en charge directe des patients sur leurs lieux de vie

Résultats attendus :

- Des réseaux de santé en addictologie proposant tous, un appui aux professionnels de santé de 1^{er} recours

- 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

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Promotion des formations à l'intervention brève, motivationnelle en addictologie, organisée en inter URPS à destination des professionnels de santé libéraux et des médecins du travail
- Développement de coordinations départementales intersectorielles
- Expérimentation d'une prise en charge des personnes souffrant de troubles cognitifs liés au mésusage à l'alcool (TCA)
- Consolidation et développement des microstructures médicales

Résultats attendus :

- Proposition à chaque usager d'intégration d'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
- Augmentation du nombre de professionnels de santé libéraux formés à l'intervention brève, motivationnelle en addictologie
- Existence d'un axe addictologie au sein de chaque structure de soins ou de groupements de professionnels de santé de proximité
- Amélioration du relais des CSAPA vers la médecine libérale lorsque la démographie médicale le permet
- Meilleure intégration des pharmacies de ville dans le circuit de délivrance des traitements de substitution aux opiacés (TSO)
- Coordinations départementales intersectorielles opérationnelles
- Structuration d'une prise en charge médicale des personnes souffrant de troubles cognitifs liés à l'alcool (TCLA)
- Implication des professionnels de santé dans les dispositifs de microstructures médicales

- Améliorer la prise en compte des comorbidités psychiatriques

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Organisation de la complémentarité et de l'articulation entre les dispositifs spécialisés en addictologie et les dispositifs spécialisés dans le champ de la santé mentale

Résultats attendus :

- Fluidification des prises en charges

4.9.4 Indicateurs

- Evolution de l'usage des substances psychoactives (tabac, cannabis, alcool)
- Evolution du nombre de médecins addictologues en BFC
- Décès avant 65 ans par alcoolisme et cirrhose à l'alcool (Nb pour 10 000 habitants de 40 à 64 ans)
- Décès avant 65 ans par tumeurs de la trachée, des bronches et des poumons (Nb pour 10 000 habitants de 40 à 64 ans)

4.9.5 Articulation

La thématique des addictions se déploie, d'une façon générale en lien étroit avec :

- le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives (2013-17) porté par la MILDECA
- le plan cancer (2014-19) et plus particulièrement son objectif 10, le Programme National de Réduction du Tabagisme publié en septembre 2015
- le Plan Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis (PRAPS)
- le Plan Régional Santé au Travail 3 (PRST3)

Concernant le volet sanitaire du programme addictions, l'implantation des territoires ciblés pour la création des niveaux II et III sera précisé dans la fiche SRS « Activité de soins de médecine »

4.9.6 Transversalité

Comme vu précédemment, le comportement « addict » est un phénomène multifactoriel, pouvant toucher l'ensemble de la population. On constate des liens forts avec d'autres thématiques traitées dans le cadre de l'approche parcours au sein de l'agence :

- Fiche 2.2 : Parcours Handicap : une réponse accompagnée pour tous
- Fiche 2.3 : Parcours Précarité-vulnérabilité
- Fiche 3.1 : Parcours Santé mentale et psychiatrie
- Fiche 4.1 : Parcours Cancer
- Fiche 4.6 : Parcours Maternité-parentalité
- Fiche 4.8 : Parcours Adolescents et jeunes adultes
- PRAPS

5 - FAIRE EVOLUER L'OFFRE DE SANTE POUR MIEUX REpondre AUX BESOINS

5.1 Renforcer l'offre de soins dans les territoires au service des patients : une présence médicale et soignante accrue

Prendre en compte le vieillissement de la population et ses conséquences sur l'augmentation de la dépendance, dans une région dans laquelle l'indice de vieillissement est plus élevé qu'au niveau national, favoriser les conditions pour que les professionnels de santé adaptent leur pratique et prennent en charge les patients atteints de pathologie chroniques, de plus en plus nombreux, tenir compte de l'offre de santé tendue, que ce soit sur le 1er recours (et notamment dans le médico-social) ou sur le 2nd recours et dans un contexte de contrainte financière forte pour les établissements de santé, tels sont quelques-uns des enjeux auxquels l'ARS doit faire face pour les prochaines années.

Des actions ont déjà été engagées, elles doivent se poursuivre. Plusieurs plans nationaux vont dans ce sens :

- La stratégie nationale de santé en 1^{er} lieu : un des défis est de mieux articuler les soins de 1ers recours avec le niveau de l'hôpital. Cette stratégie rappelle la nécessité de placer la santé de façon globale en l'intégrant dans les différentes politiques (éducative, environnementale...). La lutte contre les inégalités d'accès à la santé (sociales ou territoriales) est une des 4 thématiques prioritaires.
- Le plan pour renforcer l'accès aux soins, qui découle de la stratégie nationale de santé. Il invite à développer les synergies dans les territoires en mobilisant un panel de dispositifs et d'outils qui devraient répondre aux besoins des médecins et professionnels de santé.
- Le plan d'attractivité à l'hôpital qui a pour finalité d'inciter les praticiens, dont les spécialistes, à s'engager à exercer à l'hôpital et à créer des conditions favorables.
- la stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail « *prendre soin de ceux qui nous soignent* » avec un volet pour les professionnels en établissement et un volet pour les professionnels en cabinet libéral : il s'agit de travailler les conditions d'exercice, leur sécurité et de prévenir les risques psychosociaux.
- Enfin, la réforme du 3ème cycle des études médicales qui a été mise en œuvre à la rentrée 2017 va organiser le cursus pédagogique différemment, avec notamment des stages dans les établissements périphériques en fin de cursus, en phase de professionnalisation, à un moment où les futurs médecins créent leur réseau professionnel, ce qui devrait les fidéliser dans les territoires.

Tous les leviers, déjà mobilisés par ces plans, doivent être potentialisés pour relever le défi sur l'ensemble de la région. Pour l'ARS, la stratégie passe par :

- un diagnostic pour identifier les territoires dans lesquels les besoins sont les plus criants,
- une formation de qualité qui réponde aux exigences nécessaires pour préparer les soignants ou futurs soignants et médecins à leur métier et ses évolutions,
- un accompagnement des établissements pour créer les conditions de travail favorables et intégrer les innovations en santé.

5.1.1 La démographie des professionnels de santé : éléments de diagnostic

Au 1er janvier 2016, le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) dénombre 218 018 médecins en activité en France métropolitaine, dont 3,8% exerçant en région Bourgogne-Franche-Comté, soit 8310 médecins. Parmi ceux-ci, 4110 sont des médecins généralistes et 4200 sont des médecins spécialistes.

Entre 2015 et 2016, on constate une légère augmentation (+9) du nombre de médecins exerçant en région (8301 versus 8310), mais avec des disparités entre les spécialités : en effet, le nombre de médecins spécialistes a augmenté (+37) tandis que celui des médecins généralistes a diminué (-28). Néanmoins, les disparités les plus marquées sont constatées au niveau territorial : au 1^{er} janvier 2016, la densité des médecins généralistes libéraux ou mixtes est de 77,6 pour 100 000 habitants dans l'Yonne et de 115,5 dans le Doubs, avec une moyenne régionale de 96 contre 104,2 au niveau national. Pour les médecins spécialistes libéraux ou mixtes, le constat est identique puisqu'au niveau régional, leur densité est de 70 pour 100 000 habitants (94,3 au niveau national), avec des écarts allant de 36,9 en Haute-Saône à 95,2 en Côte d'Or. Outre la problématique du nombre de médecins en exercice dans la région Bourgogne-Franche-Comté, se pose la question de leur répartition inégale sur le territoire et de la faible attractivité de certains d'entre eux.

Globalement, la densité des médecins spécialistes libéraux et salariés, autres que la médecine générale, en Bourgogne-Franche-Comté est inférieure à la densité nationale.

Trois départements sont particulièrement impactés avec des densités inférieures aux densités régionales (et a fortiori nationales) pour la majorité des spécialités : l'Yonne, le Jura et la Haute-Saône. La Nièvre et la Saône et Loire sont aussi en situation défavorable.

Pour ce qui est de l'analyse des spécialités (voir cartes et commentaires en fin de partie 5.1, pages 241 et suivantes), 4 d'entre elles sont particulièrement déficitaires sur l'ensemble de la région :

- en **ophtalmologie** : la densité des médecins spécialisés libéraux et salariés en juin 2017 (cf. carte) dans la région Bourgogne-Franche-Comté, de 6,0 médecins pour 100 000 habitants, est inférieure à la moyenne nationale (8,3).
- en **cardiologie et maladies vasculaires** : la densité des médecins spécialisés libéraux et salariés en juin 2017 (cf. carte) dans la région Bourgogne-Franche-Comté, de 7,9 médecins pour 100 000 habitants, est inférieure à la moyenne nationale (10,2).
- en **dermatologie et vénérologie** : la densité des médecins spécialisés libéraux et salariés en juin 2017 (cf. carte) dans la région Bourgogne-Franche-Comté, 4,4 médecins pour 100 000 habitants, est inférieure à la moyenne nationale (5,6).
- en **psychiatrie** : la densité des médecins spécialisés libéraux et salariés en juin 2017 (cf. carte) dans la région Bourgogne-Franche-Comté, de 18,3 médecins pour 100 000 habitants, est inférieure à la moyenne nationale (22,2).

Néanmoins, à noter **qu'en radiologie**, les départements de la Côte d'Or, du Doubs et du Territoire de Belfort présentent des densités supérieures aux densités régionale et nationale.

Le secteur hospitalier est également touché par ces problématiques. Les établissements hospitaliers rencontrent des difficultés pour attirer et recruter de jeunes médecins, certaines spécialités étant plus particulièrement touchées que d'autres (urgentistes, anesthésistes...). En région Bourgogne Franche-Comté, on compte 30 % de postes temps plein de praticiens hospitaliers vacants (*source Sigméd : 1^{er} tour de publication des postes en 2017*).

Au niveau national, en 2014, 184 000 emplois médicaux étaient recensés dans les établissements de santé, y compris les postes d'internes (environ 31 000). Au 1^{er} janvier 2016, les établissements de santé de la région comptaient dans leurs effectifs 2236 médecins dont 1926 de spécialités médicales et 310 de spécialités chirurgicales. Face aux difficultés de recrutement de médecins hospitaliers dans la région, le rôle des internes en médecine est essentiel. Aux effectifs de médecins cités précédemment, il faut ajouter environ 1440 internes, qui réalisent une majorité de leurs stages en secteur hospitalier. En 2016, 193 et 227 postes d'internes ont été ouverts aux examens classant nationaux (ECN) pour les subdivisions d'internat de Besançon et Dijon.

Par ailleurs, à la même période, la faculté de Dijon a été l'une des 10 facultés de France à connaître une augmentation de son numérus clausus (+15 places) du fait « d'une situation particulièrement difficile avec une densité médicale nettement inférieure à la moyenne nationale et une proportion importante de médecins de plus de 55 ans ». Cette hausse du numérus clausus est l'une des mesures du Pacte territoire santé 2 qui, associée à celles initiées par l'ARS, doivent permettre de lutter contre les déserts médicaux et d'assurer un accès aux soins et à des soins de qualité à toute la population du territoire bourguignon-francomtois.

La démographie des autres professionnels de santé n'est guère plus favorable en région Bourgogne-Franche-Comté, et quelle que soit la discipline, les densités régionales restent systématiquement inférieures aux densités nationales.

En ce qui concerne les **chirurgiens-dentistes** libéraux ou mixtes (qui représentent environ 90% de la profession), leur densité régionale est inférieure à la densité nationale (44 versus 56,8 au 1^{er} janvier 2016). Malgré la légère hausse des effectifs constatée entre 2015 et 2016 (+18), la région se heurte à la difficulté d'attractivité des jeunes chirurgiens-dentistes. Ceci peut notamment s'expliquer par le fait qu'il n'existe pas de faculté dentaire sur le territoire. Les étudiants en odontologie effectuent leur cursus dans les régions Grand-Est (Nancy, Strasbourg) ou Auvergne-Rhône-Alpes (Lyon, Clermont Ferrand), et n'effectuent que très peu de stages en région BFC.

Les **sages-femmes** sont au nombre de 987 en région Bourgogne-Franche-Comté : parmi celles-ci, 591 exercent en établissements de soins publics et 71 en établissements de soins privés. Même si le salariat reste largement prioritaire, l'exercice libéral est en expansion dans cette profession : 314 sages-femmes exerçant en libéral au 1^{er} janvier 2015 contre 325 au 1^{er} janvier 2016. Aussi, on constate que cette profession est presque exclusivement féminines (au niveau national, en 2015, 97% sont des femmes), et relativement jeune puisque la majorité des sages-femmes ont moins de 40 ans (52% au niveau national en 2015).

Avec 28 969 professionnels en exercice dans la région, les **infirmiers** représentent la 1^{ère} profession en termes d'effectifs. 14 % d'entre eux exercent en secteur libéral ou mixte, leur densité régionale de 142 pour 100 000 habitants reste tout de même largement en-dessous de la densité nationale, qui est de 173,5. Les disparités départementales sont également importantes : 118,5 dans le Jura contre 179,5 en Saône et Loire. Par ailleurs, en raison de départs en retraite plus tardifs qu'en début des années 2000, la proportion des infirmiers de plus de 50 ans est en forte hausse (de 23% à 36% entre 2001 et 2015 au niveau national).

Dans le domaine sanitaire, le champ de la rééducation couvre 7 métiers très différents : masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste, orthoptiste et diététicien.

Au 1^{er} janvier 2016, 4993 professionnels de la rééducation (*données sur diététiciens non disponibles*) étaient en activité au niveau régional. Les **masseurs-kinésithérapeutes** sont les plus nombreux et représentent plus de la moitié de ces professionnels (2898). On dénombre également 743 **orthophonistes**, 463 **pédicures-podologues**, 370 **psychomotriciens** et 419 **ergothérapeutes**. Les **orthoptistes** sont les moins nombreux (101). Les effectifs de ces professionnels sont en constante augmentation depuis la fin des années 1990 et correspondent aux tendances observées au niveau national. En effet, entre 1999 et 2015, la hausse a été en moyenne de 3 % pour les masseurs-kinésithérapeutes ; la hausse la plus forte concerne les effectifs d'ergothérapeutes et de psychomotriciens qui ont plus que doublé sur la période (+5 à +6 % par an en moyenne). L'augmentation des effectifs de ces professionnels est, en grande partie, une conséquence de la hausse continue du nombre d'étudiants en France, liée notamment à la hausse des quotas pour les trois professions concernées (masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes et psychomotriciens). Néanmoins, au niveau régional, la hausse des effectifs reste insuffisante pour répondre à la demande de soins émanant aussi bien du secteur libéral, qu'hospitalier ou encore médico-social ; et les densités constatées sont encore bien en-dessous des moyennes nationales, et notamment pour les masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes (79 contre 103,6 pour 100 000 habitants) ou pour les orthophonistes libéraux ou mixtes (19 contre 29,9 pour 100 000 habitants).

En ce qui concerne les **biologistes**, la région se situe dans la moyenne nationale. La région Bourgogne-Franche-Comté compte 366 biologistes en exercice début 2017¹³, dont 151 dans le secteur public, 193 dans le secteur libéral et 22 exerçant dans des laboratoires autres (EFS, CEA, CPAM). La moyenne d'âge des biologistes de la région est de 49 ans : 27 % ont un diplôme de médecin, avec une moyenne d'âge de 47 ans et 73 % ont un diplôme de pharmacien, avec une moyenne d'âge de 52 ans. Par ailleurs, il est observé que les biologistes de moins de 50 ans se sont moins orientés vers le secteur libéral et les laboratoires essentiellement libéraux éprouvent d'importantes difficultés pour remplacer le départ de leurs confrères.

Les difficultés observées sur la démographie des professionnels de santé concernent également les professionnels de la Protection maternelle et infantile (PMI), les médecins scolaires, et les médecins du travail.

La région Bourgogne-Franche-Comté est, en effet, moins bien dotée en **médecins et en infirmières de PMI** que l'ensemble des régions françaises. Les densités varient fortement entre les départements, de 2 médecins pour 10 000 enfants de moins de 6 ans dans l'Yonne à 6,3 dans la Nièvre, avec une moyenne de

¹³ Source RPPS (Répertoire Partagé des Professionnels de Santé)

3,7 en région (contre 4,5 au niveau national). De même pour les infirmières, la densité varie entre 4,5 dans l'Yonne à 12,9 dans le Territoire de Belfort avec une moyenne de 7,3 en région (contre 9,1 au niveau national). La densité régionale en puéricultrices (4,6) est, quant à elle, supérieure à la moyenne française (2,9), avec là encore, des écarts importants entre les départements (de 2,3 dans le Territoire de Belfort à 9 dans l'Yonne) (Source : Drees (enquête PMI 2013) - Exploitation ORS.)

De même la santé scolaire n'est pas épargnée par cette situation de pénurie de médecins. En effet, l'effectif des **médecins de l'Éducation nationale** chargés du suivi de la santé des élèves chute régulièrement et plus d'un tiers des postes sont actuellement vacants. Dans notre région comme au niveau national, les perspectives sont inquiétantes car de nombreux médecins, à partir de 2019, atteindront l'âge de faire valoir leurs droits à la retraite.

Au niveau de l'académie de Besançon, sur 24 postes de médecins éducation nationale titulaires, 8 postes sont vacants, soit le tiers des effectifs. Au niveau de l'académie de Dijon, sur 31 postes de médecins éducation nationale titulaires intervenant en écoles et en établissements scolaires, 11 postes sont vacants (soit un peu plus du tiers) (Source Rectorat des académies de Dijon et Besançon).

L'attractivité des professionnels de santé est conditionnée par l'attractivité du territoire. Il est important de créer les conditions favorables, les synergies et les complémentarités entre les acteurs (élus, collectivités, professionnels de santé, chambres consulaires, Assurance maladie, établissements sanitaires et médico sociaux...).

L'accès à un plateau technique moderne, le travail en équipe, la proximité dans la relation avec les autres professionnels, avec la ville, sont indissociables pour constituer une offre de qualité satisfaisante à l'hôpital et en libéral.

A la problématique de la raréfaction de l'offre, s'ajoute celle de la mobilité des personnes. Des stratégies concertées, associant les établissements sanitaires et médico-sociaux, les professionnels de santé, et les collectivités, doivent être élaborées à l'échelle des territoires d'élaboration des CLS.

Devant ce constat, les leviers se situent :

- au niveau de l'accompagnement dans le projet professionnel
- au niveau des conditions d'exercice afin de donner envie aux professionnels formés de rester en région et d'en attirer d'autres (exercice coordonné)
- au niveau de l'appui aux professionnels en exercice (plateforme territoriale d'appui), qui permettent d'offrir des services aux professionnels de santé
- au niveau de la formation (qualité de la formation, nombre de futurs professionnels de santé à former en adéquation avec les besoins à venir)
- au niveau du soutien des établissements dans leurs problématiques de ressources humaines.

5.1.2 Assurer la répartition des professionnels de santé sur le territoire

5.1.2.1 Via une politique d'implantation des professionnels de santé

5.1.2.1.1 Contexte et problématique

Dans un contexte de crise de la démographie médicale et d'inégalité de répartition géographique de l'offre de soins notamment en médecine de ville, l'implantation pérenne des professionnels de santé constitue un enjeu majeur de la régulation de la démographie médicale.

Les conventions entre l'assurance maladie et les professionnels de santé prévoient des dispositifs permettant de soutenir financièrement l'installation et l'activité dans les zones dans lesquelles l'offre de soins est la plus déficitaire. Pour certaines professions de santé, des dispositifs incitatifs à l'installation dans les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins est particulièrement élevé ont également été mis en place. Ces différents dispositifs ont progressivement été déployés à partir de 2008. La définition des zones éligibles aux dispositifs conventionnels relève, depuis 2010, de la responsabilité des directeurs généraux des ARS. La loi de janvier 2016 a revu les modalités de définition et d'actualisation de ces zones.

Afin d'inciter les professionnels à s'installer dans les zones prioritaires c'est-à-dire caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés d'accès aux soins, la loi santé de janvier 2016 a prévu la révision des zones sous-denses ainsi que des zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins est particulièrement élevé (pour les professions pour lesquelles les conventions ont prévu des mesures de limitation d'accès au conventionnement). « Dans ces zones sont mises en œuvre les mesures destinées à réduire les inégalités en matière de santé et à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, maisons de santé, pôles de santé et centre de santé »¹⁴.

Les professionnels concernés par les zonages sont les médecins, les chirurgiens-dentistes, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes et les sages-femmes. Un zonage est prévu pour chacune des professions.

Un décret définit les conditions de détermination des zones et un arrêté en détermine la méthodologie¹⁵. Pour les médecins, une nouvelle méthodologie d'élaboration du zonage a été définie au niveau national, complétée par une méthodologie régionale.

Le directeur général de l'ARS détermine ces zones par arrêté pour une durée de 3 ans maximum.

¹⁴ Article L1434-4 CSP

¹⁵ décret no 2017-632 du 25 avril 2017 relatif aux conditions de détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins ou dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé et arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 10 de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique

La détermination des zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins est insuffisant repose sur l'objectivation des besoins selon une méthode qui s'appuie sur les grands principes suivants :

- Les territoires sélectionnables en zone fragile sont les bassins de vie et les territoires de vie (les bassins de vie de + de 50 000 habitants) qui rassemblent les communes partageant les mêmes équipements intermédiaires. Cette maille créée par l'INSEE reflète la structuration d'un territoire du point de vue de ses habitants au quotidien et de leurs besoins, autour de pôles d'attractivité qui rayonnent et desservent la population alentour.
- La sélection des zones fragiles se fait en deux temps : une sélection nationale imposée correspondant aux zones les plus fragiles sur la base d'un indicateur synthétique, l'accessibilité potentielle localisée (APL) développé par la DREES et une sélection complémentaire de zones réalisée par l'ARS à l'aide de critères complémentaires à l'APL permettant d'identifier les zones où le besoin à 5 ans, en médecins généralistes, est le plus important.

L'ensemble de ces éléments permettent de mettre en évidence des seuils de fragilité sur lesquels peuvent se décliner des aides afin d'organiser la convergence dans les zones les plus fragiles et réduire les inégalités entre territoires.

Dans le cadre de la nouvelle convention médicale adoptée le 25 août 2016, 4 contrats en faveur de la démographie ont été créés :

- Contrat d'aide à l'installation des médecins (CAIM) vise à soutenir financièrement les médecins qui s'installent en zone fragile
- Contrat de transition pour les médecins (COTRAM) vise à accompagner les praticiens qui cessent leur activité et les nouveaux
- Contrat de stabilisation et de coordination pour les médecins (COSCOM) vise à encourager la prise en charge coordonnée
- Contrat de solidarité territoriale médecin (CSTM) vise à favoriser les vacations de médecins qui prêtent main forte à leurs confrères

Ces nouveaux contrats sont tripartites, entre les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) /ARS /médecin. L'assurance maladie communique sur ces dispositifs, auprès des médecins et demeure la porte d'entrée pour le médecin dans la formalisation et la transmission de son contrat.

Les conventions nationales des chirurgiens-dentistes, des infirmier(e)s, des masseurs-kinésithérapeutes, des orthophonistes et des sages-femmes comportent un dispositif d'aides financières incitatives à l'installation ou au maintien en exercice libéral dans les zones qualifiées de "très sous dotées" en offre (chirurgiens-dentaires, infirmier(e)s, orthophonistes) et « très sous dotées » ou « sous dotées » en offre (masseurs-kinésithérapeutes) et dans les zones déficitaires en offre (sages-femmes).

Les aides proposées par le précédent Pacte Territoire Santé, et aujourd'hui le Plan d'accès aux soins, sont notamment le contrat de Praticien Territorial de Médecine Générale (PTMG), le contrat de Praticien Territorial de Médecine Ambulatoire (PTMA), le contrat d'Engagement de Service Public (CESP), le contrat de Praticien Territorial de Médecin Remplaçant (PTMR), le contrat de Praticien Isolé à Activité Saisonnière (PIAS).

Cette politique d'implantation des professionnels de santé s'insère dans la stratégie globale consistant à attirer et fidéliser les jeunes professionnels sur les territoires fragiles, et accompagner les professionnels et organisations pour participer à la transformation du système de santé, en partenariat avec l'ensemble des acteurs institutionnels.

5.1.2.1.2 Objectifs généraux

La liberté d'installation des professionnels de santé constitue un principe fondamental du système de soins français. L'enjeu est ainsi la conciliation de la liberté d'installation avec une offre de soins mieux répartie sur le territoire. Ainsi la régulation de la démographie des professionnels de santé s'effectue notamment avec la régulation de la répartition de ceux-ci, avec des dispositifs incitatifs (aides à l'installation apportées par l'assurance maladie, l'Etat et/ou les collectivités territoriales) ou des conditions d'accès à une carrière hospitalière facilitées et attractives.



Objectif général n°1 : conduire une politique incitative à l'installation (Zone d'intervention prioritaire + Zone d'action complémentaire)

- Favoriser une meilleure répartition géographique des médecins : définition de la fragilité des territoires

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Révision du zonage médecins pour les aides conventionnelles et Plan d'Accès aux Soins
- Aides à l'installation (assurance maladie)

Résultats attendus :

- Publication de l'arrêté du directeur général de l'ARS relatif au zonage médecins
- Installation et maintien de l'offre de soins existante
- Répartition plus homogène de professionnels de santé sur le territoire
- Evolution du nombre de professionnels de santé installés en zone sous-denses
- Evolution du nombre de médecins traitants
- Evolution du nombre de professionnels (installations/cessations) par zone

- Favoriser une meilleure répartition géographique des chirurgiens-dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes et sages-femmes.

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Révision des zonages chirurgiens-dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes et sages-femmes pour les aides conventionnelles
- Aides à l'installation

Résultats attendus :

- Installation et maintien de l'offre de soins existante
- Répartition plus homogène de professionnels de santé sur le territoire
- Evolution du nombre de professionnels de santé installés en zone sous-denses
- Evolution du nombre de professionnels (installations/cessations) par zone



Objectif général n°2 : favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des communautés professionnelles territoriales de santé, des centres de santé polyvalents en définissant une politique d'implantation au regard des besoins des territoires sur des points d'offre.

- Inciter à l'installation de professionnels de santé ou à l'implantation de structures sur des communes ou pôles centres situés dans des territoires non retenus dans « les zones d'intervention prioritaires » (aides conventionnelles + aides du Plan d'accès aux soins) mais qui doivent constituer des points d'offre à consolider pour desservir au mieux la demande de soins primaires.

En effet, les limites territoriales liées aux aides conventionnelles ou les critères applicables aux autres aides, ne permettent pas à certains professionnels qui s'installent en territoires fragiles, de bénéficier de ces dispositifs. De même, des situations de détérioration de l'offre de soins primaire sur certains territoires nécessitent d'accompagner les professionnels des territoires voisins non fragiles pouvant être impactés ou sollicités pour répondre à la demande de soins.

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Soutien à des plans d'actions territorialisés destinés à favoriser l'installation et/ou le maintien de l'offre de médecins généralistes ou de médecins spécialistes et plus globalement de professionnels de santé (accompagnement, aides financières...)

Résultats attendus :

- Mailler le territoire avec l'ensemble des dispositifs existants favorisant le maintien de l'offre de 1^{er} recours

**Objectif général n°3 : recruter et fidéliser les professionnels sur les territoires***Exemples d'actions (liste non exhaustive) :*

- Promotion de l'offre de santé et des emplois disponibles sur le territoire : organisation de séminaires installation sur les territoires à destination des étudiants en santé afin de promouvoir les territoires et faire découvrir les offres disponibles dans le secteur libéral et hospitalier
- Accompagnement des professionnels de santé : 2 référentes installation identifiées dans la région, guide à l'installation, modules de formation à l'installation

**Objectif général n°4 : faciliter l'installation des jeunes médecins dans les territoires fragiles et mieux accompagner les professionnels***Exemples d'actions (liste non exhaustive) :*

- Soutien à l'installation dans les territoires manquant de médecins :
 - o via la promotion de contrats d'engagement de service public (CESP)
 - o via la promotion de contrats PTMG (praticien territorial de médecine générale) ou PTMA2 (praticien territorial de médecine ambulatoire)
- Renforcement de la connaissance de l'exercice de la médecine libérale dans les autres spécialités ambulatoires (gynécologie médicale, ophtalmologie, pédiatrie, cardiologie, dermatologie gastro-entérologie) et mise en place de postes « d'assistants partagés » entre la ville et l'hôpital en zone sous-dense
- Proposition et développement d'une gamme de services, grâce au nouveau PAPS et en lien avec les partenaires : informations pratiques sur la formation, l'installation, l'exercice et identifier facilement les interlocuteurs appropriés

Résultats attendus :

- Poursuivre la communication auprès des étudiants/internes tout au long de leur cursus
- Formaliser l'accompagnement CESP
- Progresser sur la signature des contrats CESP / PTMG
- Actualisation régulière du site PAPS

**Objectif général n°5 : inciter à l'engagement dans la carrière hospitalière dans les zones sous-denses ou dans les spécialités en tension et soutenir les dynamiques d'équipe territoriales***Exemples d'actions (liste non exhaustive) :*

- Création d'une prime d'engagement pour inciter les jeunes diplômés à faire le choix d'une carrière médicale hospitalière à la main des établissements de santé
- Poursuivre la politique de développement des postes d'assistants spécialistes partagés en lien avec un établissement référent dans la spécialité, dans le territoire ou auprès d'un CHU.
- Mise en place d'une prime d'exercice territorial, adaptée aux réalités de l'exercice en équipe multi-sites

Résultats attendus :

- Nombre de poste d'assistants spécialistes recrutés
- Nombre de médecins ayant signé une convention Prime d'engagement dans la carrière hospitalière

5.1.2.1.3 Indicateurs

- Nombre de CESP signés et installés
- Nombre de PTMG

5.1.2.1.4 Articulation

- Plan d'accès aux soins « Renforcer l'accès territorial aux soins »
- Plan d'action pour l'hôpital public « Attractivité de l'exercice médical »
- URPS
- Conseils de l'ordre
- Universités
- Assurance maladie
- Collèges régionaux des généralistes enseignants
- Hôpitaux et GHT
- Conseil régional, Collectivités territoriales, Conseils départementaux

5.1.2.1.5 Transversalité

- Fiche 5.1 : Renforcer l'offre de soins dans les territoires au service des patients : une présence médicale et soignante accrue
- Fiche 5.2.1 : Plan d'action régional sur les urgences - PARU
- Fiche 5.5.1 : e-santé
- Fiche 7.1 : Territorialisation

5.1.2.2 En développant les nouveaux modes d'exercice

5.1.2.2.1 Contexte et problématique

Dans un contexte de crise de la démographie médicale et d'inégalité de répartition géographique de l'offre de soins en médecine de ville, l'exercice coordonné est un moyen de maintenir une offre de santé sur le territoire. Cette coordination vise non seulement la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques mais aussi des populations complexes dont les besoins de santé ne peuvent se résumer au seul domaine médical et exigent une pluridisciplinarité des soins.

On distingue deux types de coordination :

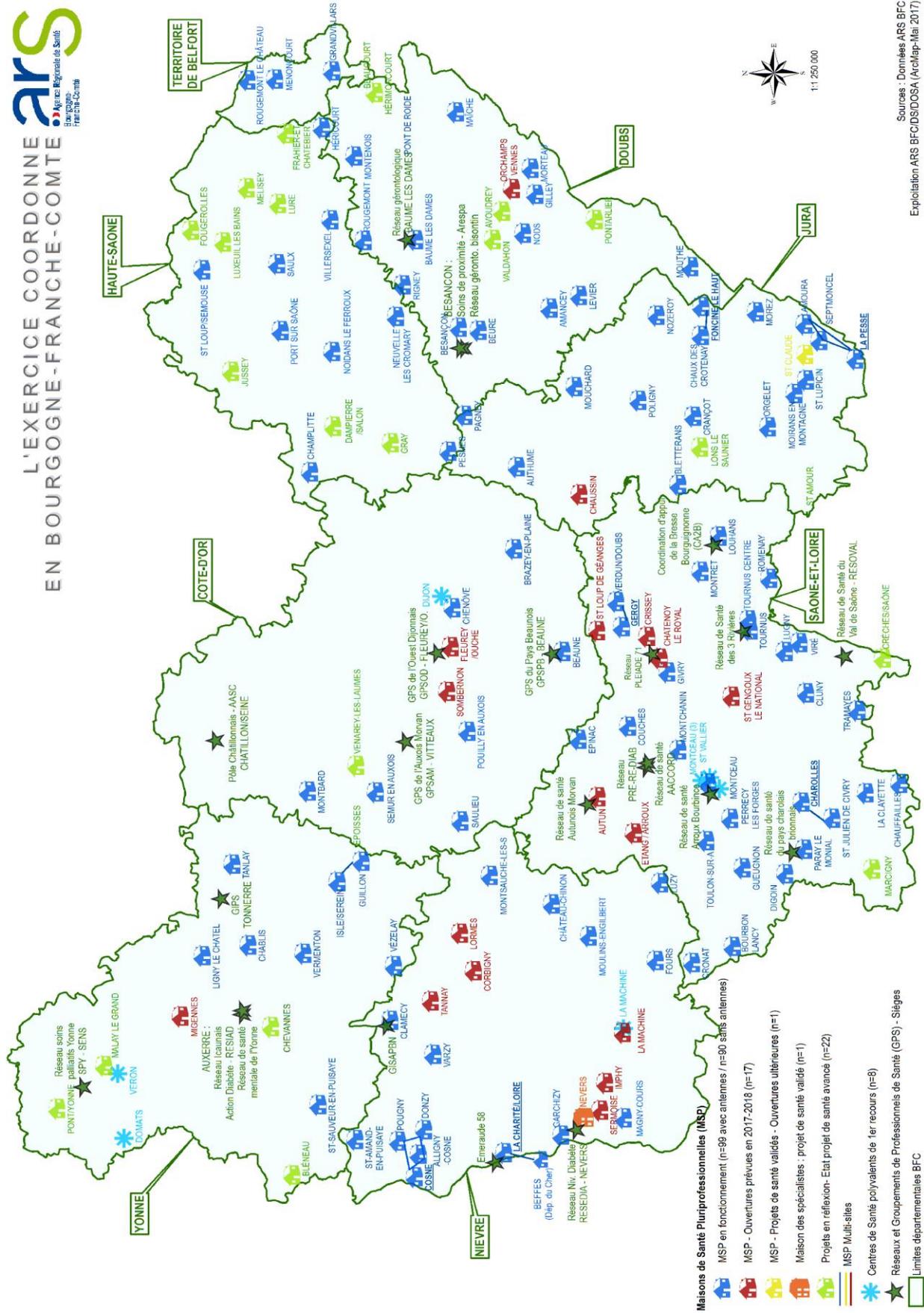
- La coordination clinique de proximité constituée à travers les équipes de soins primaires (Maisons de santé pluri-professionnelle, Centres de santé polyvalent et les autres formes d'équipes de soins primaires fédérées autour d'un médecin généraliste) autour d'une patientèle et permet une meilleure coordination dans le système de santé.
- La coordination d'appui polyvalente à travers les plateformes territoriales d'appui constituées de groupements de professionnels de santé et de réseaux de santé de proximité (monothématiques et polyvalents) qui permet un appui aux professionnels de santé dans la prise en charge globale et à l'organisation des parcours complexes.

Ce mode d'exercice coordonné a pour but :

- d'intégrer le patient dans un parcours ;
- de rompre l'isolement des médecins libéraux et de limiter le poids de leurs contraintes professionnelles (gardes, congés, cohérence du parcours de soins...) ;
- d'améliorer la continuité et l'efficacité des soins par une prise en charge coordonnée des patients.

Par ailleurs, au-delà des modes d'exercice coordonné, d'autres modes d'organisation ont émergé ces dernières années. Le développement de la télémédecine, des protocoles de coopération ou la perspective des pratiques avancées sont autant de dispositifs innovants qui permettent de garantir une présence médicale sur les territoires et ainsi un accès de tous à des soins de qualité.

L'EXERCICE COORDONNE EN BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE



- Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP)**
- MSP en fonctionnement (n=99 avec antennes / n=90 sans antennes)
 - MSP - Ouvertures prévues en 2017-2018 (n=17)
 - MSP - Projets de santé validés - Ouvertures ultérieures (n=1)
 - Maison des spécialistes - projet de santé validé (n=1)
 - Projets en réflexion - Etat projet de santé avancé (n=22)
 - MSP Multi-sites
 - Centres de Santé polyvalents de 1er recours (n=8)
 - Réseaux et Groupements de Professionnels de Santé (GPS) - Sièges
 - Limites départementales BFC

Sources : Données ARS BFC
Exploitation ARS BFC/DS/DOSA (Arc/Map-Mai 2017)

5.1.2.2.2 Objectifs généraux



Objectif général n°1 : conforter, maintenir et développer une offre de soins de premier recours sur le territoire à travers les dispositifs d'exercice coordonné

Cet objectif se décline en 3 objectifs opérationnels :

- Favoriser la connaissance des dispositifs existants et le développement des structures d'exercice coordonné (Equipes de Soins Primaires : Maison de Santé Pluri-professionnelle, Equipe de Soins Primaires « autres formes » et Centre de Santé polyvalent)

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Actualisation du référentiel de l'exercice coordonné ;
- Mise à disposition des porteurs de projet des prestations d'accompagnement à l'élaboration de projet de santé
- Accompagnement commun Assurance Maladie/ARS/Fédérations des maisons de santé au passage à l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI)

Résultats attendus :

- Publication du référentiel de l'exercice coordonné, actualisé au fil de l'eau
- Amélioration du taux d'atteinte des indicateurs de l'ACI
- Augmentation du nombre de médecin généraliste adhérent à un projet d'exercice coordonné en cohérence avec les besoins du territoire

- Garantir l'implantation et la viabilité des projets d'exercice coordonné au regard des besoins des territoires

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Etude et expertise des projets de santé développés sur le territoire
- Partenariat avec la fédération régionale des maisons de santé

Résultats attendus :

- Signature d'une convention tripartite avec l'ARS et les 2 associations de maisons de santé bourguignonne et franc-comtoise (Fémagisb/ Fémasac)
- Mise en place du comité technique régional
- Développement des projets d'exercice coordonné en adéquation avec la géographie prioritaire

- Favoriser une meilleure qualité de l'exercice coordonné dans les structures dédiées

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Promotion et développement du rôle de coordinatrice/leader au sein des maisons de santé pluri-professionnelles
- Accompagnement des équipes de soins primaires vers une démarche qualité

Résultats attendus :

- Une coordination assurée et reconnue au sein des équipes de soins primaires
- Adhésion de l'ensemble des maisons de santé pluri-professionnelles à l'ACI
- Consolidation des organisations déjà existantes



Objectif général n°2 : organiser une prise en charge coordonnée et adaptée aux besoins des usagers en situation complexe

Cet objectif se décline en un objectif opérationnel :

- Rendre plus cohérent le parcours de soins des patients en améliorant les dispositifs de coordination entre les professionnels de santé libéraux, les établissements de santé et les structures médico-social

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Publication du cahier des charges sur les plateformes territoriales d'appui (PTA)
- Appui à leur mise en œuvre

Résultats attendus :

- Mise en œuvre des PTA sur la région selon le schéma cible suivant :
 - 1 PTA en Côte d'Or
 - 1 PTA dans le Nièvre
 - 1 PTA en Saône et Loire
 - 1 PTA dans l'Yonne
 - 1 PTA sur le territoire franc-comtois



Objectif général n°3 : favoriser le travail en équipe, notamment dans les territoires ruraux et périurbains

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Accompagner le développement d'Equipe de soins primaires (ESP) en milieu rural

Résultats attendus :

- Définir et développer l'accompagnement des professionnels de santé pour faire émerger des projets d'Equipe de Soins Primaires (ESP)
- Soutenir l'adhésion des MSP à l'accord conventionnel inter-professionnel
- Poursuivre le travail sur l'implantation de MSP dans les zones des villes où la démographie médicale est faible : relayer le nouveau plan national de création de MSP


Objectif général n°4 : mettre en œuvre la révolution numérique en santé pour abolir les distances

La stratégie de déploiement de la télémédecine fait suite au Programme Régional de Télémédecine (2012-2017) et est précisée dans la note « Stratégie de déploiement de la télémédecine 2017-2019 ».

La stratégie est basée sur un déploiement en 3 phases avec une phase par année

- Déploiement en MSP et cabinets libéraux
- Déploiement en EHPAD
- Déploiement dans le secteur personne en situation de handicap

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Equiper les maisons de santé pluri professionnelles (MSP) de la région, certains cabinets isolés ainsi que les acteurs du champ du médico-social (via des appels à projets)
- Développer les usages notamment sur les thématiques prioritaires ayant démontré leur faisabilité et leur gain (dermatologie, cardiologie, gériatrie, santé mentale, AVC)
- Expérimenter des nouveaux modes de prise en charge : projet INOHTA (suivi des patients atteints d'hypertension artérielle), SAS (Syndrome de l'apnée du sommeil) ...

Résultats attendus :

- Pour les patients
 - o Amélioration des délais de prise en charge : Réponse entre 1 et 3 jours
 - o Facilitation des rendez-vous « physiques » suite à un acte de télémédecine
 - o Proximité de l'offre de soins et réduction des inégalités de prise en charge
 - o Continuité de prise en charge chez le médecin traitant
 - o Limitation des déplacements et non déplacement de population fragile
- Pour les professionnels de santé
 - o Atout contre l'éloignement ou l'isolement, formation continue
 - o Sécurisation des échanges et des pratiques, rémunération de l'activité
 - o Synergies, liens privilégiés avec les différents spécialistes
 - o Valorise la qualité des soins : continuité de la prise en charge chez le médecin traitant
- Au niveau régional
 - o Maximiser le nombre de point d'accès au plus proche de la population
 - o Augmentation importante des usages
 - o Accompagner les professionnels de santé dans la conduite du changement des projets



Objectif général n°5 : accompagner les nouveaux modes d'exercice

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Déploiement du protocole ASALEE : accompagner le développement de ces nouveaux services
- Développement des protocoles de coopération entre les professionnels de santé :
 - o Promouvoir l'utilisation de protocoles de coopération
 - o Autoriser de nouveaux protocoles
- Préparation de la création des masters en pratique avancée :
 - o Développer les exercices de pratique avancée
 - o Définir les thématiques prioritaires

Résultats attendus :

- Augmentation du nombre d'équipes engagées dans un protocole ASALEE

5.1.2.2.3 Indicateurs

- Nombre de projets de santé validés portés par une ESP (MSP, ESP « autres formes », CdS polyvalents)
- Nombre d'ESP accompagnées (MSP, ESP « autres formes », CdS polyvalents)
- Taux de MSP adhérentes à l'Accord conventionnel interprofessionnel (ACI)
- Nombre de MSP/CdS universitaires
- Nombre d'actes de télémedecine et nombre de sites équipés : cf. fiche e-santé

5.1.2.2.4 Articulation

- Plan d'accès aux soins « Renforcer l'accès territorial aux soins »
- Plan d'action pour l'hôpital public « Attractivité de l'exercice médical »
- URPS
- Universités
- Collèges régionaux des généralistes enseignants
- Conseil régional
- Collectivités territoriales
- Fédérations des maisons de santé

5.1.2.2.5 Transversalité

- Fiches 5.1 : Renforcer l'offre de soins dans les territoires au service des patients : une présence médicale et soignante accrue
- Fiche 5.2.1 : Plan d'action régional sur les urgences - PARU
- Fiche 5.5 : Développer la e-santé
- Fiche 7.1 : Territorialisation

5.1.3 Adapter l'offre de formation à l'évolution des besoins de santé de la population

5.1.3.1 Contexte et problématique

Le volet de la formation initiale est un des leviers importants pour répondre à la problématique de la démographie des professionnels de santé. Universités, Région, instituts de formation et ARS sont autant d'acteurs qui interviennent dans le champ de la formation.

Par ailleurs, le développement des nouvelles technologies en santé, l'évolution des modes de prise en charge, le développement des pathologies chroniques, le déploiement de plans de santé publique obligent les professionnels de santé à actualiser de façon régulière leurs connaissances, via le dispositif de formation continue.

5.1.3.2 Objectifs généraux



Objectif général n°1 : veiller à l'articulation entre les besoins de santé de la population et la formation des professionnels

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Adaptation, dans le cadre des orientations définies par le Contrat de plan régional de développement des formations et de l'orientation professionnelles (CPRDFOP), des quotas et capacités d'accueil des formations paramédicales et de sages-femmes
- Recensement et territorialisation des lieux de formation présents sur la région
- Amélioration de la répartition, les conditions d'accueil et d'organisation des stages des étudiants en formation médicale et paramédicale :
- Promotion d'une politique de stage locale et favoriser les stages ambulatoires
- Mise en œuvre de la réforme du 3ème cycle des études médicales et travaux du comité régional de l'observatoire national de la démographie des professionnels de santé (ONDPS) sur la fixation du nombre de postes d'internes à former dans le cadre de la réforme de l'internat



Objectif général n°2 : développer les stages des futurs médecins en cabinet de ville

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Réalisation de stage ambulatoire en médecine générale pour 100 % des étudiants de 2ème cycle
- Développement des stages ambulatoires de tous les professionnels de santé en formation
- Renforcement de la connaissance de l'exercice de la médecine libérale dans les autres spécialités ambulatoires (gynécologie médicale, ophtalmologie, pédiatrie, cardiologie, dermatologie gastro-entérologie)

Résultats attendus :

- Atteinte de l'objectif fixé au niveau national : 100% des étudiants bourguignons francs-comtois
- Développement des stages de 3^{ème} cycle auprès des médecins libéraux spécialistes et proposer aux internes de médecine générale (MG) des stages en ambulatoires couplés en pédiatrie, gynécologie médicale et dermatologie
- Poursuite des séminaires « interdisciplinarité » existant en FC et les initier en Bourgogne
- Travail sur la répartition des lieux de stage et des offres de logement sur les territoires
- Concertation avec les unités de formation et de recherche (UFR) santé pour analyser les grilles actuelles d'évaluation des stages réalisés



Objectif général n°3 : augmenter le nombre de médecins libéraux enseignants et soutenir la recherche en soins primaires

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Augmentation du nombre de postes de chefs de cliniques des universités en médecine générale. Cette mesure participe à la valorisation de la filière universitaire de médecine générale.
- Elargissement du statut de chefs de clinique des universités à d'autres spécialités médicales de ville comme par exemple la gynécologie médicale, l'ophtalmologie, la pédiatrie, ou la dermatologie.
- Création de postes d'assistants partagés entre la ville et l'hôpital
- Soutien à la recherche en soins primaires : mise en place de maisons et centres de santé universitaires

Résultats attendus :

- Reconnaissance et attrait de la filière universitaire de médecine générale



Objectif général n°4 : impliquer les professionnels médicaux dans les démarches d'actualisation de leurs connaissances, de développement de leurs compétences et d'amélioration des pratiques via la formation par simulation notamment

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Actions de formation en lien avec les priorités définies par l'ARS
- Etat des lieux et développement de la formation par simulation sur le territoire BFC

Résultats attendus :

- Respect de l'obligation de développement professionnel continu (DPC) par tous les professionnels de santé
- Mise en place d'actions de formation spécifiques par les organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA) en lien avec les priorités définies par l'Agence
- Liste des établissements/instituts développant la formation par simulation
- Accompagnement de l'Agence au développement de la formation par simulation

5.1.3.3 Indicateurs

- Nombre de maîtres de stage agréés (Contractualisation avec le Collège régional des généralistes enseignants de Bourgogne et de Franche-Comté)
- Nombre de postes de chef de clinique universitaire de médecine générale (CCU-MG) créés dans les subdivisions de Besançon et Dijon
- Nombre d'assistants partagés créés entre la ville et l'hôpital

5.1.3.4 Articulation

- Plan d'accès aux soins « Renforcer l'accès territorial aux soins »
- Plan d'action pour l'hôpital public « Attractivité de l'exercice médical »
- Universités
- Conseil régional
- Instituts de formation
- Etablissements de santé
- Organismes paritaires collecteurs agréés
- Maîtres de stage

5.1.3.5 Transversalité

- Fiches 5.1 : Renforcer l'offre de soins dans les territoires au service des patients : une présence médicale et soignante accrue
- Fiche 5.2 : Plan d'action régional sur les urgences - PARU
- Fiche 5.5 : Développer la e-santé
- Fiche 7.1 : Territorialisation

5.1.4 Accompagner les établissements dans la conduite du changement liée à la transformation du système de santé

5.1.4.1 Contexte et problématique

Dans un contexte de fragilité de la démographie médicale, ajouté à un secteur hospitalier en pleine restructuration et recomposition (GHT), les conditions de travail et les organisations sont fortement impactées et entraînent des conséquences sur la gestion de leurs personnels. Les établissements sont ainsi amenés à mettre en œuvre une Gestion Prévisionnelle des Métiers et Compétences (GMPC), et encouragés à développer une démarche de Qualité de vie au travail.

5.1.4.2 Objectifs généraux



Objectif général n°1 : soutenir les établissements dans leurs problématiques Ressources humaines et dans le cadre des restructurations

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Accompagnement des établissements dans leur GPEC :
 - o Elaboration d'une cartographie des métiers pour favoriser la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) en identifiant les emplois en tension et les besoins en formation des agents
- Accompagnement social des établissements :
 - o Favoriser le dialogue social
 - o Accompagnement financier de l'ARS dans le cadre d'opérations de restructuration

Résultats attendus :

- Cartographie actualisée des métiers réalisée à l'échelle régionale
- Mise en place d'un plan d'actions suite à réalisation de la cartographie des métiers
- Réunions de dialogue social



Objectif général n°2 : inciter les établissements à développer des dynamiques de « qualité de vie au travail »

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Encourager des dynamiques sous le format de « cluster » autour de la thématique « qualité de vie au travail » (QVT)
- Accompagner les établissements dans une démarche « QVT »
- Elaboration de fiches de recommandation de prévention des RPS

Résultats attendus :

- Appels à projet pour de Contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT) dans les établissements du secteur sanitaire et médico-social
- Mise en place de « cluster » d'établissement de santé et capitalisation des actions « QVT » existantes au sein des établissements et structures
- Prévenir les RPS.

5.1.4.3 Articulation

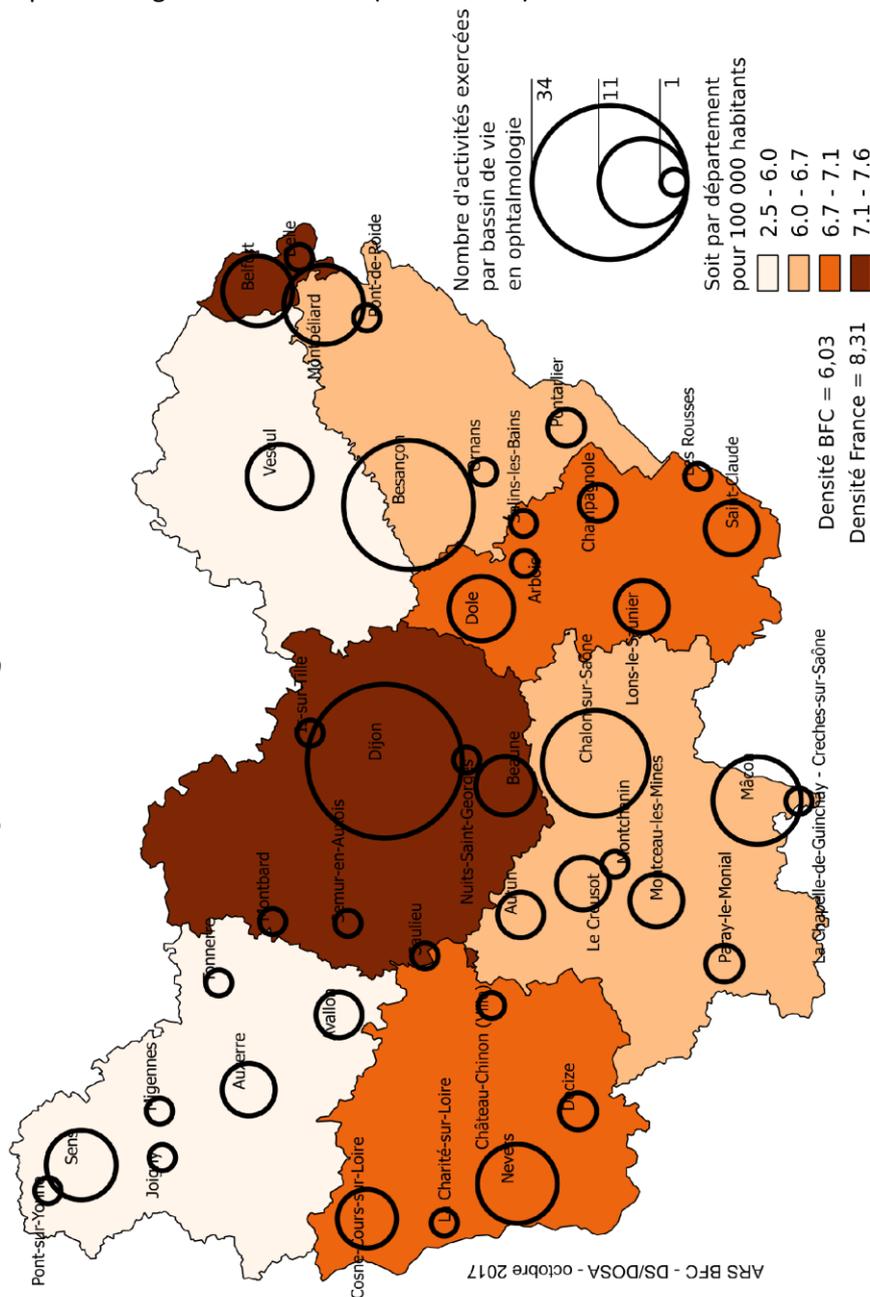
- Plan d'accès aux soins « Renforcer l'accès territorial aux soins »
- Plan d'action pour l'hôpital public « Attractivité de l'exercice médical »
- Etablissements de santé et médico-sociaux
- Organismes paritaires collecteurs agréés
- Fédérations

5.1.4.4 Transversalité

- Fiches 5.1 : Renforcer l'offre de soins dans les territoires au service des patients : une présence médicale et soignante accrue
- Fiche 5.2 : Plan d'action régional sur les urgences - PARUS
- Fiche 5.5 : Développer la e-santé
- Fiche 7.1 : Territorialisation

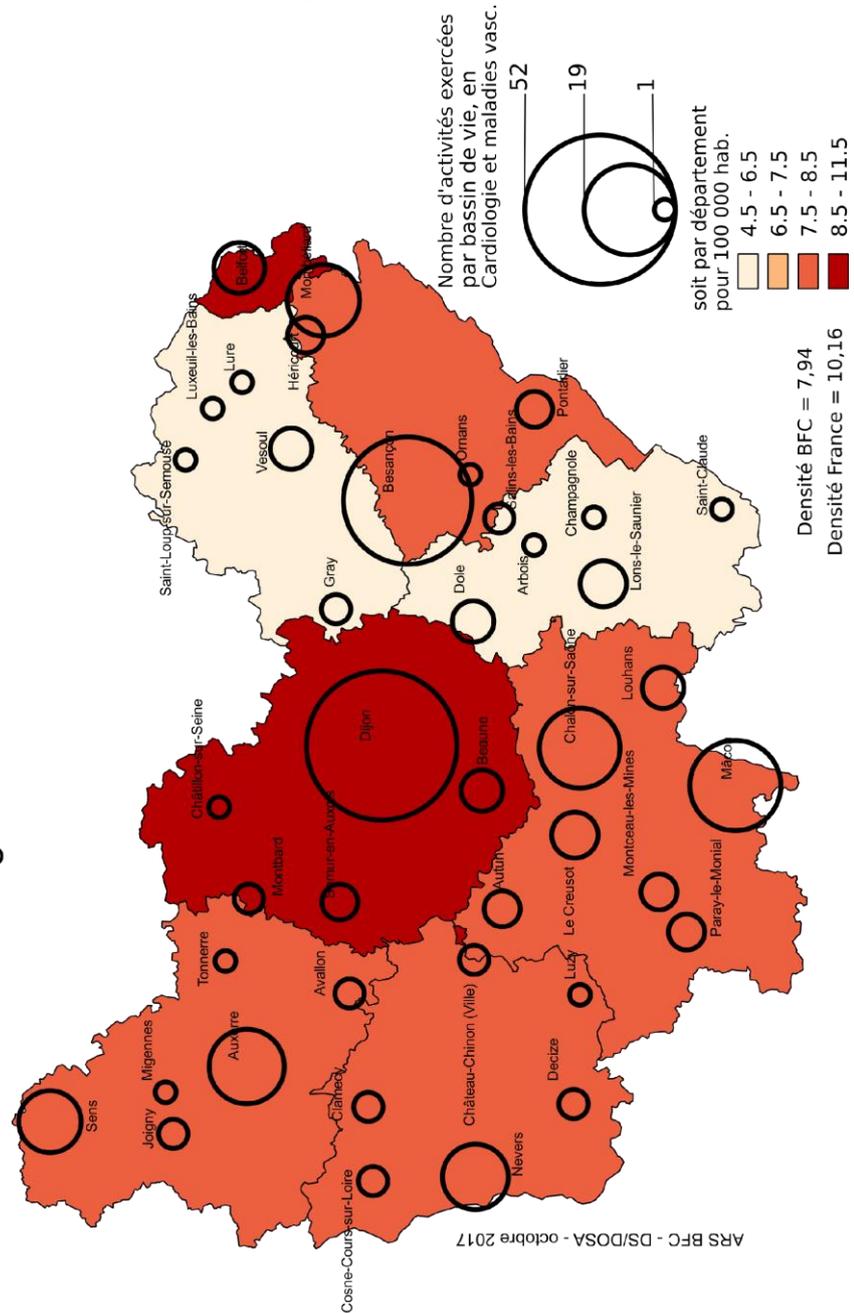
- La densité des médecins spécialisés libéraux et salariés en **ophtalmologie** en juin 2017 (cf. carte) dans la région Bourgogne-Franche-Comté, de 6,0 médecins pour 100 000 habitants, est inférieure à la moyenne nationale (8,3). L'Yonne et la Haute-Saône sont les deux départements les moins dotés avec une densité inférieure à la densité régionale. La Côte d'Or et le Territoire de Belfort sont les mieux dotés avec des densités entre 7,1 et 7,6 qui restent inférieures à la moyenne nationale. L'activité est concentrée sur les grands pôles urbains. En nombre, la région compte 175 médecins spécialisés en ophtalmologie au 01.01.2016 (statiss 2016).

Médecins spécialistes libéraux et salariés, densité par départements et nombre d'activités par bassin de vie, juin 2017, Bourgogne-Franche-Comté Ophtalmologie



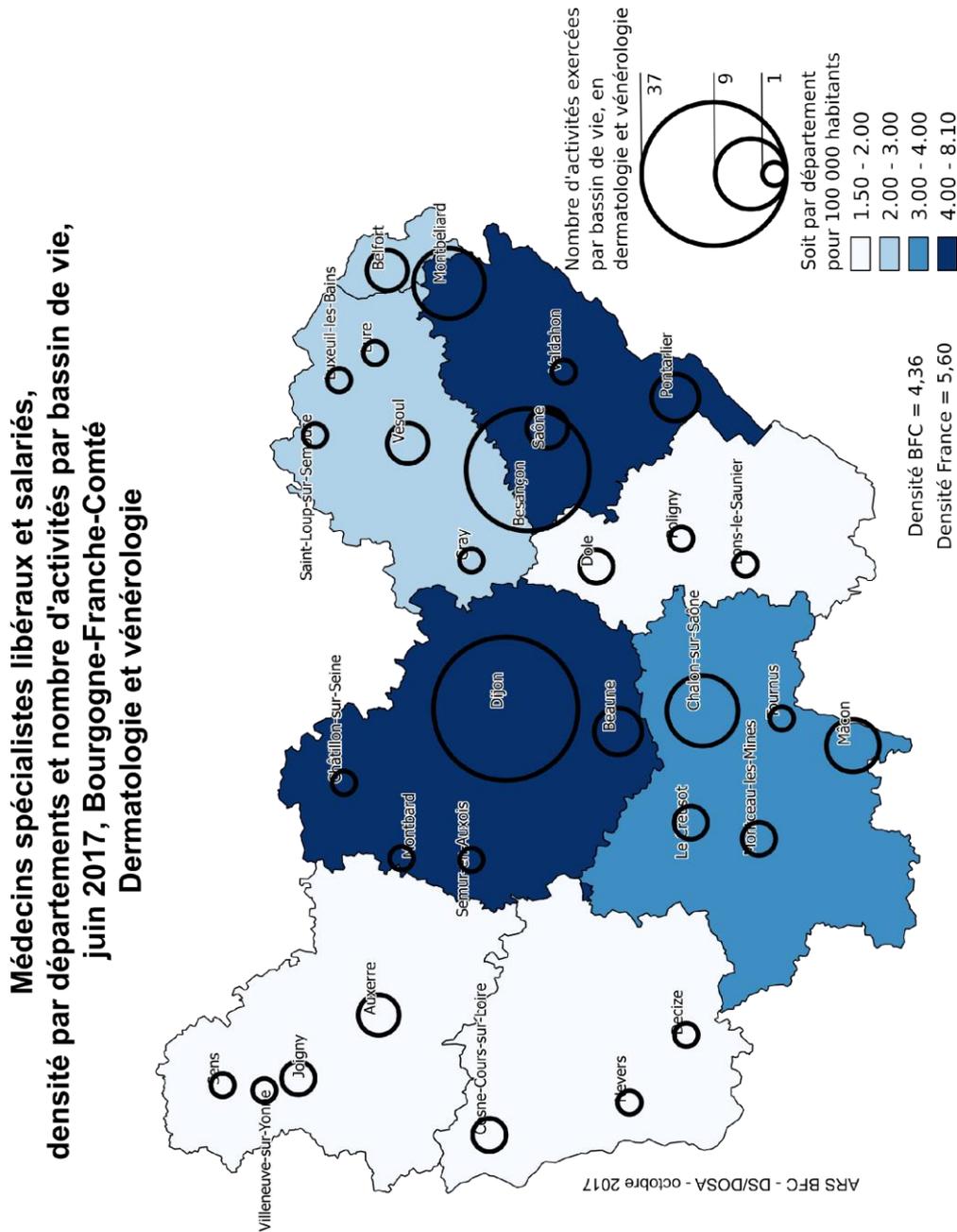
2. La densité des médecins spécialisés libéraux et salariés en **cardiologie et maladies vasculaires** en juin 2017 (cf. carte) dans la région Bourgogne-Franche-Comté, de 7,9 médecins pour 100 000 habitants, est inférieure à la moyenne nationale (10,2). La Haute-Saône et le Jura sont les deux départements les moins dotés avec des densités inférieures à la densité régionale. L'ensemble des autres départements, à l'exception de la Côte d'Or qui est proche de la moyenne nationale, a une densité entre 7,5 et 8,5. L'activité est concentrée sur les grands pôles urbains. En nombre, la région compte 228 médecins spécialisés en cardiologie et maladies vasculaires au 01.01.2016 (statiss

**Médecins spécialistes libéraux et salariés,
densité par départements et nombre d'activités par bassin de vie,
juin 2017, Bourgogne-Franche-Comté
Cardiologie et maladies vasculaires**



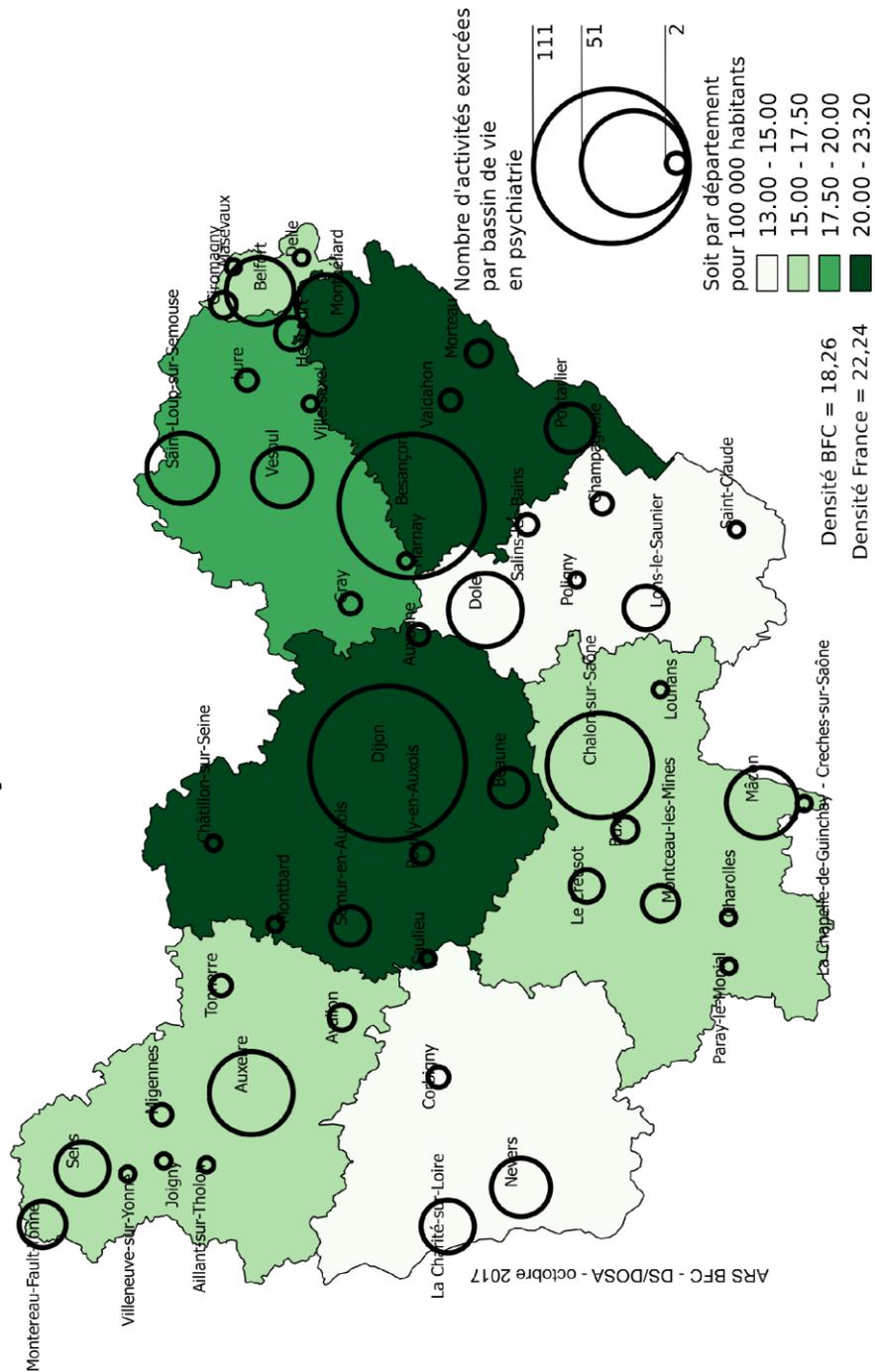
2016).

3. La densité des médecins spécialisés libéraux et salariés en **dermatologie et vénéréologie** en juin 2017 (cf. carte) dans la région Bourgogne-Franche-Comté, 4,4 médecins pour 100 000 habitants, est inférieure à la moyenne nationale (5,60). Cinq départements ont une densité inférieure à la moyenne régionale (Yonne, Nièvre, Jura, Haute-Saône et Saône et Loire). L'Yonne, la Nièvre et le Jura ont une densité très faible, située entre 1,5 et 2. L'activité est concentrée sur les grands pôles urbains. En nombre, la région compte 137 médecins spécialisés en dermatologie et vénéréologie au 01.01.2016 (statiss 2016).

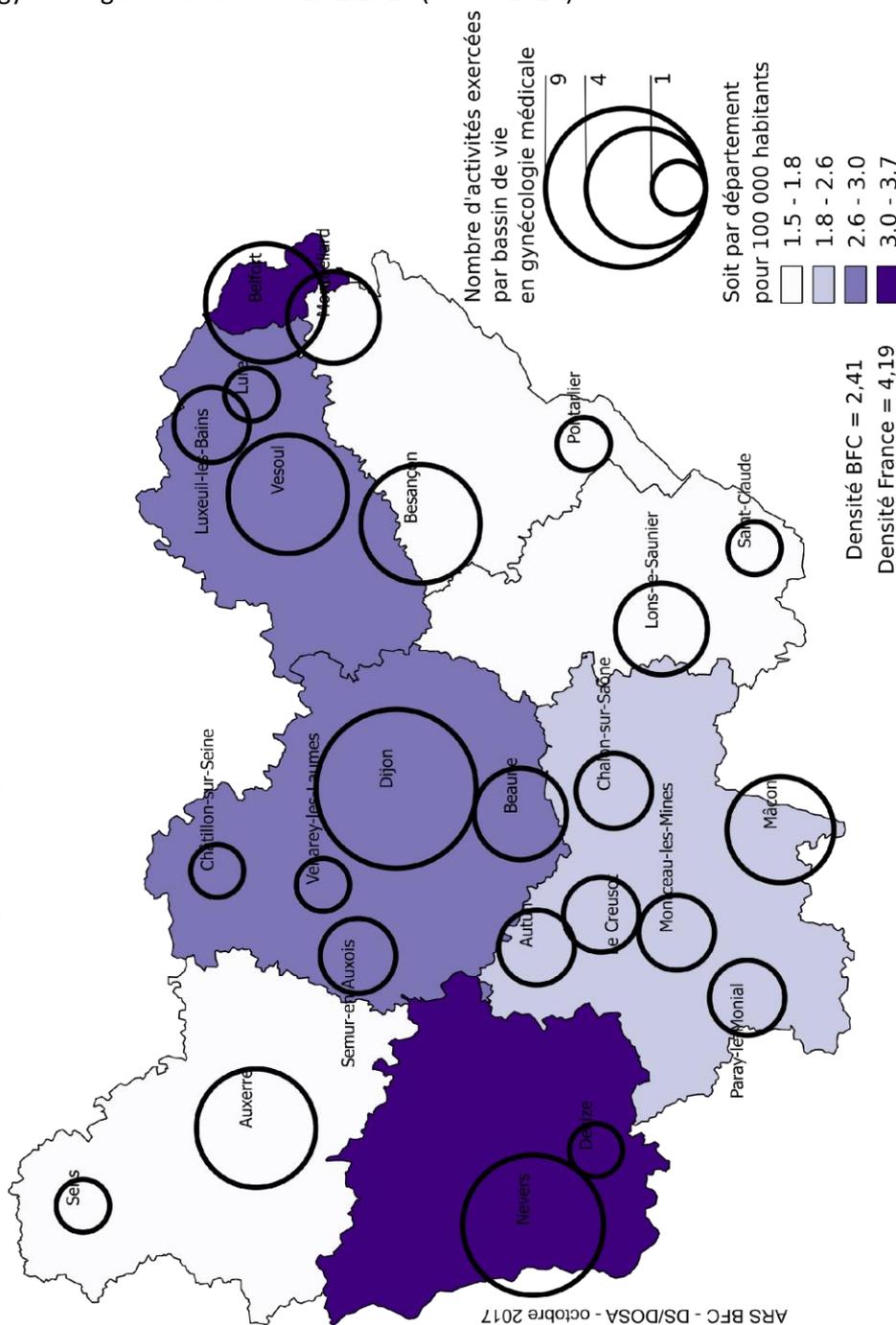


4. La densité des médecins spécialisés libéraux et salariés en **psychiatrie** en juin 2017 (cf. carte) dans la région Bourgogne-Franche-Comté, de 18,3 médecins pour 100 000 habitants, est inférieure à la moyenne nationale (22,2). Les départements les moins dotés sont la Nièvre et le Jura avec une densité entre 13,0 et 15,0, puis la Saône et Loire et l'Yonne avec une densité entre 15,0 et 17,5. L'activité est concentrée sur les grands pôles urbains mais également dans des pôles de moindre densité de population. En nombre, la région compte 488 médecins spécialisés en psychiatrie au 01.01.2016 (statiss 2016).

**Médecins spécialistes libéraux et salariés,
densité par départements et nombre d'activités par bassin de vie,
juin 2017, Bourgogne-Franche-Comté
Psychiatrie**



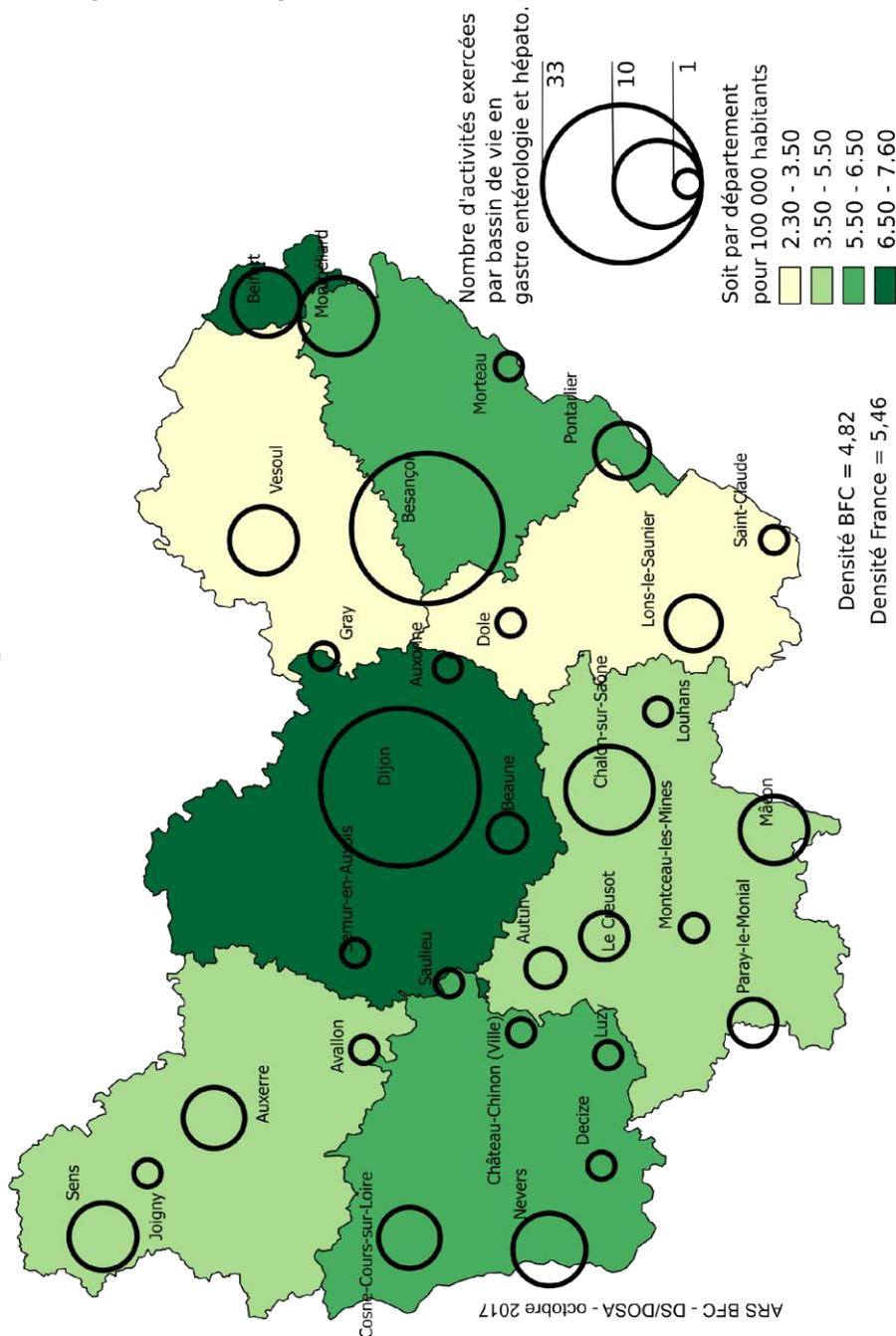
**Médecins spécialistes libéraux et salariés,
densité par départements et nombre d'activités par bassin de vie,
juin 2017, Bourgogne-Franche-Comté
Gynécologie médicale**



5. La densité des médecins spécialisés libéraux et salariés en **gynécologie médicale** en juin 2017 (cf. carte) dans la région Bourgogne-Franche-Comté, de 2,4 médecins pour 100 000 habitants, est inférieure à la moyenne nationale (4,2). Les départements les moins dotés sont l'Yonne, le Jura et le Doubs avec une densité entre 1,5 et 1,8, puis la Saône et Loire avec une densité entre 1,8 et 2,6. L'activité est concentrée sur les grands pôles urbains. En nombre, la région compte 77 médecins spécialisés en gynécologie médicale au 01.01.2016 (statiss 2016).

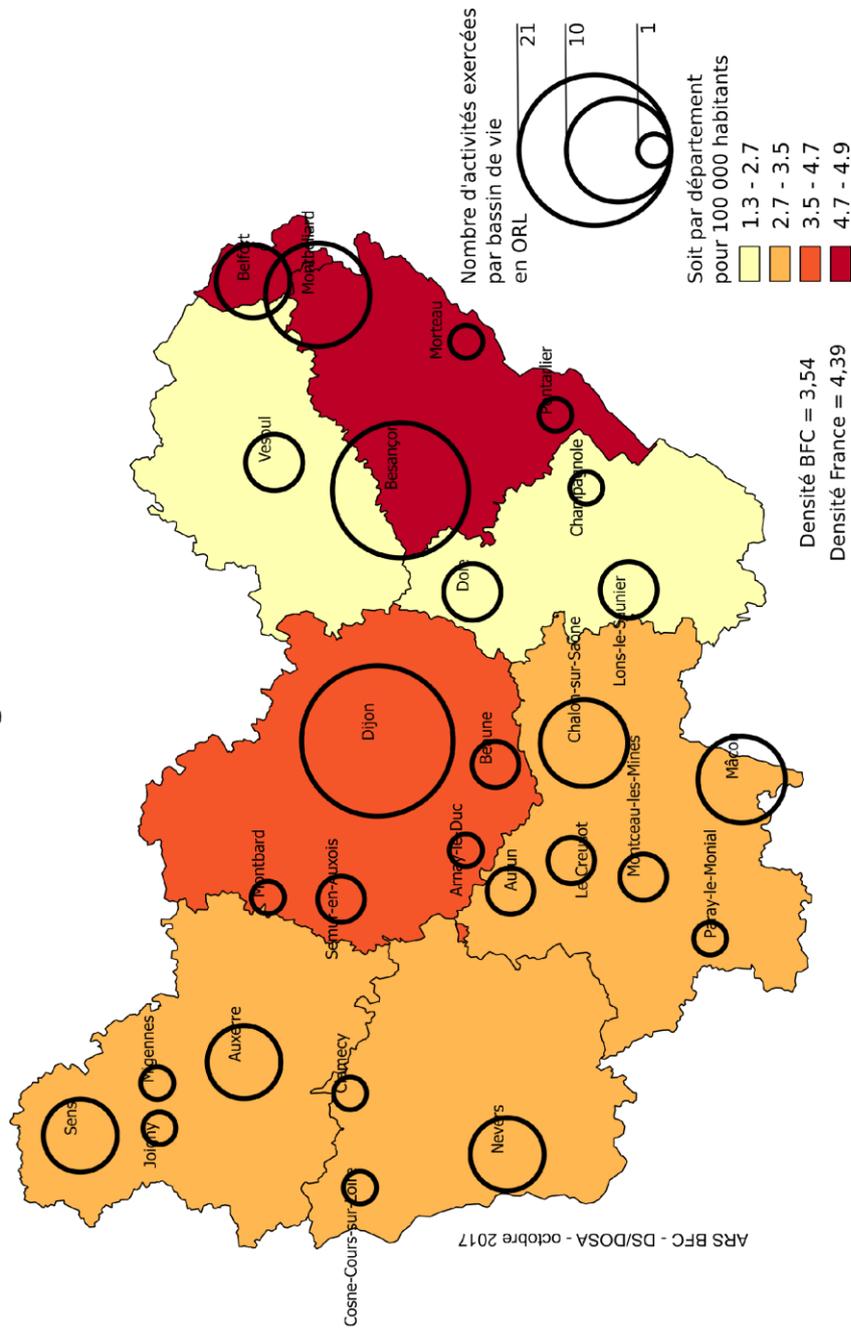
7. La densité des médecins spécialistes libéraux et salariés en **gastro-entérologie** en juin 2017 (cf. carte) dans la région Bourgogne-Franche-Comté, de 4,82 médecins pour 100 000 habitants, est inférieure à la moyenne nationale (5,5). Les départements les moins dotés sont le Jura et la Haute-Saône avec une densité entre 2,3 et 3,5, puis la Saône et Loire et la Nièvre avec une densité entre 3,5 et 5,5. La densité de la Côte d'or et du territoire de Belfort est supérieure à la moyenne nationale (entre 6,5 et 7,6). L'activité est concentrée sur les grands pôles urbains. En nombre, la région compte 138 médecins spécialistes en gastro-entérologie au 01.01.2016 (statiss 2016).

**Médecins spécialistes libéraux et salariés,
densité par départements et nombre d'activités par bassin de vie,
juin 2017, Bourgogne-Franche-Comté
Gastro-entérologie**

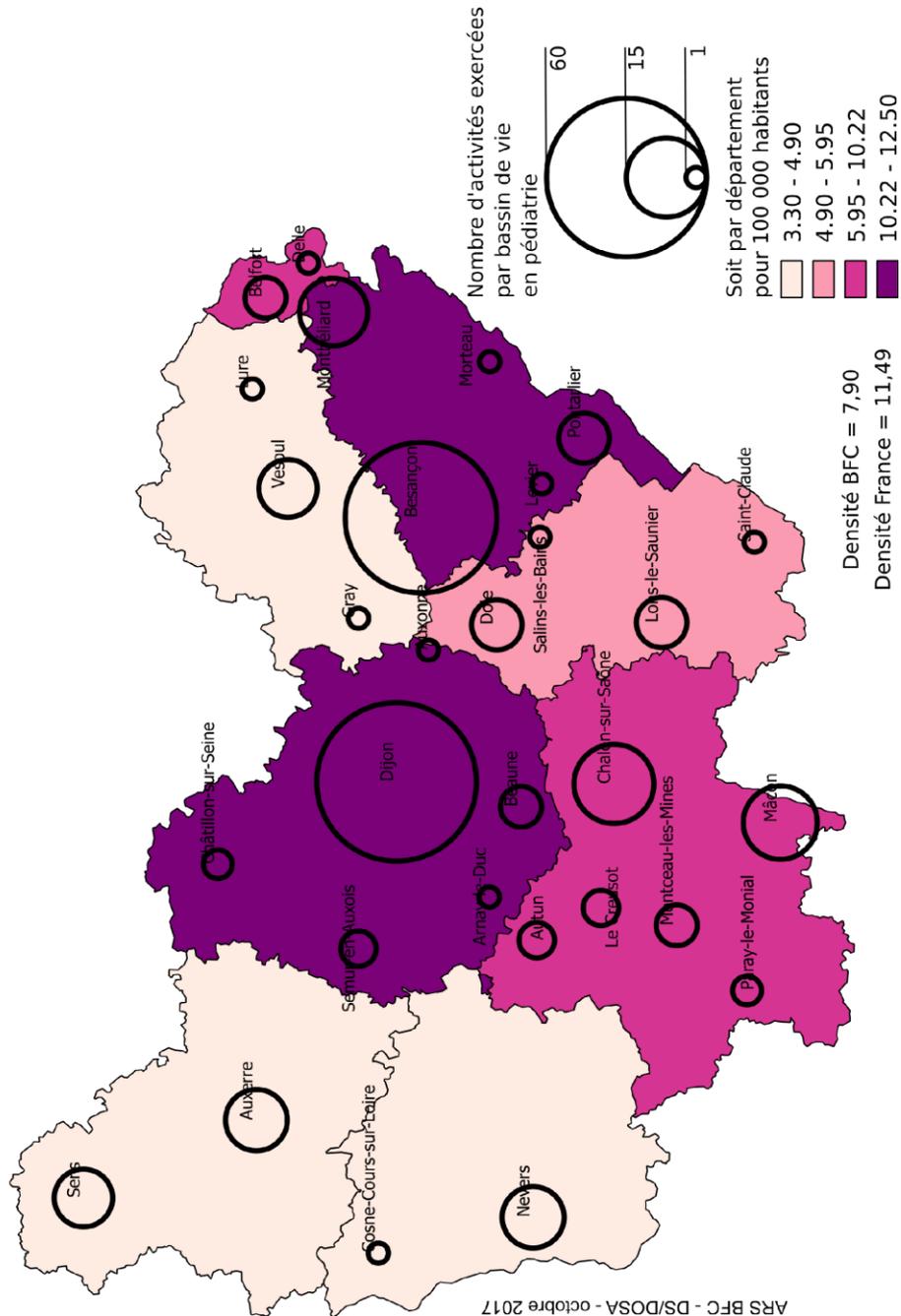


8. La densité des médecins spécialisés libéraux et salariés en **O.R.L. et/ou chirurgie cervico-faciale** en juin 2017 (cf. carte) dans la région Bourgogne-Franche-Comté, de 3,5 médecins pour 100 000 habitants, est inférieure à la moyenne nationale (4,4). Les départements les moins dotés sont le Jura et la Haute-Saône avec une densité entre 1,3 et 2,7, puis la Saône et Loire, la Nièvre et l'Yonne avec une densité entre 2,7 et 3,5. La densité du Doubs est supérieure à la moyenne nationale (entre 4,7 et 4,9). L'activité est concentrée sur les grands pôles urbains. En nombre, la région compte 132 médecins spécialisés en O.R.L. et/ou chirurgie cervico-faciale au 01.01.2016 (statiss 2016).

**Médecins spécialistes libéraux et salariés,
densité par départements et nombre d'activités par bassin de vie,
juin 2017, Bourgogne-Franche-Comté
O.R.L. et/ou chirurgie cervico faciale**

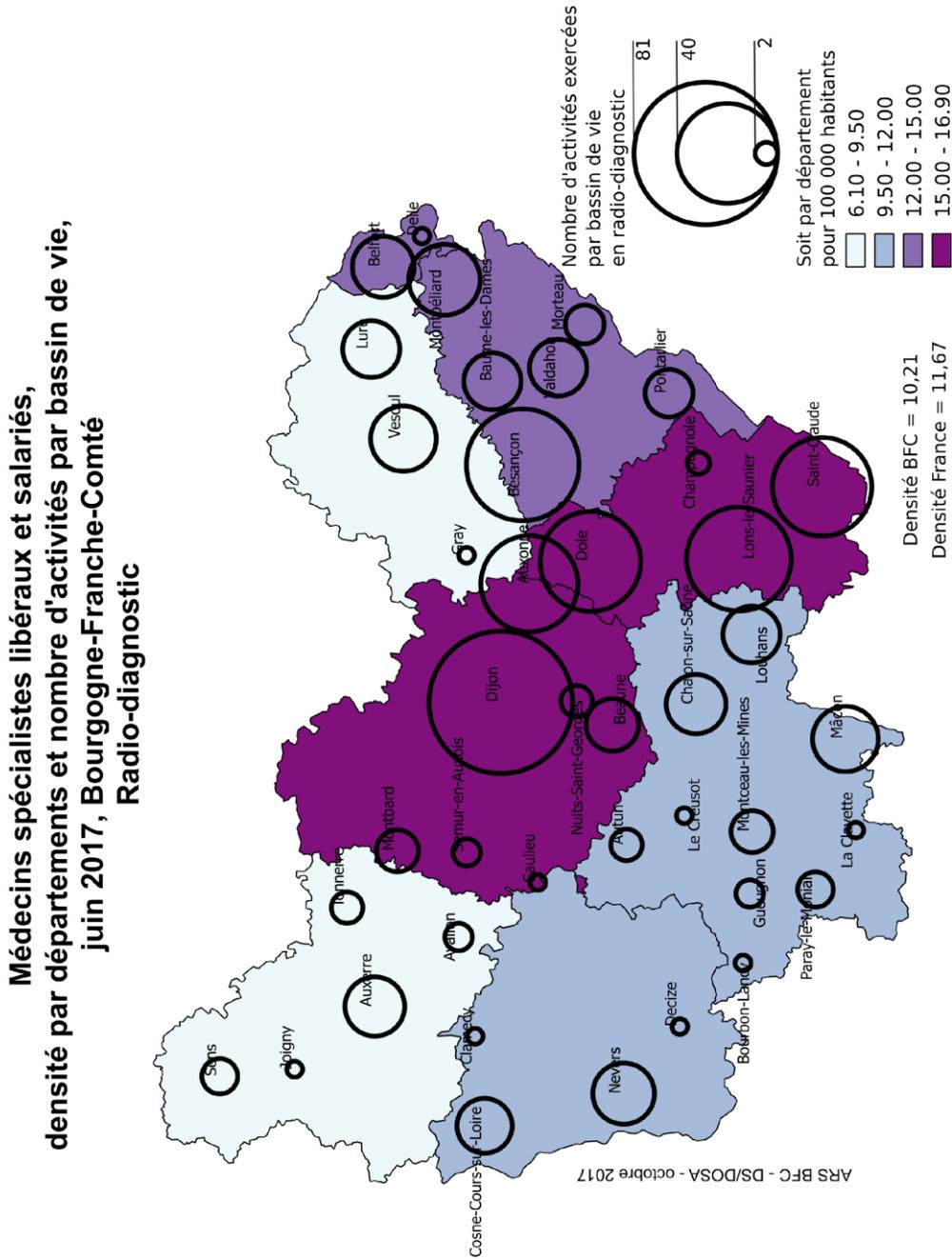


**Médecins spécialistes libéraux et salariés,
densité par départements et nombre d'activités par bassin de vie,
juin 2017, Bourgogne-Franche-Comté
Pédiatrie**



9. La densité des médecins spécialisés libéraux et salariés en **pédiatrie** en juin 2017 (cf. carte) dans la région Bourgogne-Franche-Comté, de 7,9 médecins pour 100 000 habitants, est inférieure à la moyenne nationale (11,5). Les départements les moins dotés sont l'Yonne, la Nièvre et la Haute-Saône avec une densité entre 3,3 et 4,9, puis le Jura avec une densité entre 4,9 et 6,0. L'activité est concentrée sur les grands pôles urbains. En nombre, la région compte 240 médecins spécialisés en pédiatrie au 01.01.2016 (statiss 2016).

11. La densité des médecins spécialisés libéraux et salariés en **radiodiagnostic** en juin 2017 (cf. carte) dans la région Bourgogne-Franche-Comté, de 10,2 médecins pour 100 000 habitants, est inférieure à la moyenne nationale (11,7). Les départements les moins dotés sont l'Yonne et la Haute-Saône avec une densité entre 6,1 et 9,5, puis la Saône et Loire et la Nièvre avec une densité entre 9,5 et 12,0. Le Doubs, la Côte d'Or et le Jura ont une densité supérieure à la moyenne nationale (entre 12,0 et 15,0 pour le Doubs et entre 15,0 et 16,9 pour le Jura et la Côte d'Or). L'activité est concentrée sur les grands pôles urbains mais également dans des pôles de moindre densité de population. En nombre, la région compte 294 médecins spécialisés en radiodiagnostic au 01.01.2016 (statiss 2016).



5.2 Améliorer l'accès aux soins non programmés et urgents

5.2.1 Plan d'action régional sur les urgences - PARU

5.2.1.1 Contexte et problématique

Le Plan d'action régional sur les urgences (PARU) comporte 3 volets qui traitent de l'accès aux soins urgents et non programmés et de l'organisation des services d'urgences y compris en amont et en aval des urgences et visant :

- la pérennité des soins de proximité par le développement d'expérimentations autour de la prise en charge des soins non programmés en lien avec les Centres hospitaliers de proximité, les maisons médicales de garde (MMG) et les acteurs du premiers recours en exercice coordonné et/ou regroupé (maison de santé pluri professionnelles - MSP -,...) ;
- l'amélioration de l'accès aux soins urgents par un bon fonctionnement de la régulation médicale hospitalière et libérale, un maillage adapté des structures et des transports et une organisation territoriale des équipes ;
- l'amélioration des flux « urgences » : organisation interne des services de médecine d'urgences (SU) ainsi que l'amont et l'aval et mise en œuvre de filières spécialisées des urgences (gériatrie, santé mentale, pédiatrie..) ;
- l'anticipation et la gestion des situations de tensions hospitalières et gestion de crise.

Le PARU repose sur une approche territoriale et nécessite un cadrage régional. Sa déclinaison en 3 volets doit viser une organisation innovante, adaptée et efficiente qui articule les urgences hospitalières et la médecine de ville afin d'apporter une réponse coordonnée et pertinente aux demandes de soins urgents et non programmés assurant continuité et pérennité de ces soins.

Cf. cartographies en fin de fiche

5.2.1.2 Objectifs généraux



Objectif général n°1 : améliorer l'accessibilité à des soins urgents

Cet objectif se décline en 5 objectifs opérationnels :

- Renforcer la permanence et la continuité des soins de ville et leurs articulations avec la régulation CRRA et la médecine d'urgence

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Actualisation du cahier des charges régional de la Permanence des soins ambulatoire (PDSA)
- Définition de réponses alternatives et adaptées pour répondre aux demandes de soins non programmés en développant les consultations non programmées notamment au sein des MSP (Cf. Fiche 6.1.7 : Médecine d'urgence)

Résultats attendus :

- Cahier des charges régional de la PDSA révisé, en œuvre en août 2018

- Optimiser le fonctionnement de la régulation de l'aide médicale urgente et de la médecine générale

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Mise en œuvre du 116117, numéro national d'accès à la PDSA
- Analyse de l'opportunité de mutualiser et spécialiser certaines missions de régulation
- Déploiement de SI SAMU - système d'information national des SAMU (Cf. fiche 6.1.7 : Médecine d'urgence)
- Communiquer auprès de la population sur la juste utilisation du 116117 et du 15
- Regroupement de l'ensemble des CRRA et des référents SAMU départementaux au sein d'un Groupement de coopération sanitaire (GCS) de médecine d'urgence pour porter une politique régionale commune favorisant une mise en commun et une utilisation partagée de ressources dans le cadre de l'aide médicale urgente

Résultats attendus :

- Mise en œuvre du numéro national d'accès à la PDSA dès l'officialisation du déploiement national

- Garantir un accès aux soins urgents en moins de 30 mn par un maillage territorial adapté des SU, des SMUR – structure mobile d'urgences et de réanimation - terrestres et hélicoptés ou dispositifs alternatifs¹⁶

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Mise en forme d'une stratégie d'utilisation des vecteurs hélicoptés de la région
- Définition de réponses adaptées, régulées par le 15, pour chaque territoire situé à plus de 30mn d'un SMUR en s'appuyant sur l'ensemble des ressources (urgentistes, MCS – médecins correspondants de SAMU, hôpitaux de proximité, SDIS – Service départemental d'incendie et de secours, ambulanciers privés, infirmières libérales...)

¹⁶ Conformément à l'article 23 de la loi n° 2016-1888 du 28 décembre 2016 de modernisation, de développement et de protection des territoires de montagne

Résultats attendus :

- Définition et application d'une doctrine d'emploi régionale des transports sanitaires hélicoptérés
- Elaboration d'un cahier des charges régional des MCS
- Suivi et diminution du pourcentage de la population située à plus de 30 mn d'un accès aux soins urgents, sans solution alternative
- Actualisation du diagnostic des populations situées à plus de 30 mn d'un accès aux soins urgents
- Cartographie des ressources situées à plus de 30 mn d'un accès aux soins urgents

- Développer les coopérations territoriales en médecine d'urgence au sein des territoires de santé (Cf. fiche 6.1.7 : Médecine d'urgence)

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Mise à disposition d'un diagnostic territorial à l'usage des territoires de santé en lien avec l'ORU (observatoire régional des urgences)
- Suivi des PMP (projets médicaux partagés) sur la base de la note de cadrage relative au PARU adressée aux Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) en novembre 2016
- Organisation des implantations et évolutions des structures d'urgence, en lien avec les CRRA15 dont elles dépendent afin de tenir compte des contraintes démographiques des urgentistes
- Impulsion d'une dynamique d'équipe médicale de territoire

Résultats attendus :

- Amélioration de la réponse territoriale et cohérence territoriale de l'offre
- Application du référentiel sur le temps de travail des urgentistes sans augmentation du recours à l'intérim

- Améliorer la mobilisation des effecteurs de transports dans le cadre de l'AMU (aide médicale urgente) sur la base des référentiels en vigueur¹⁷

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Travail avec les partenaires (CRRA15, SDIS et les ambulanciers privés) sur la mise en œuvre d'arbres décisionnels pour le déclenchement des moyens et d'utilisation des ressources (dont départs réflexes)
- Organisation des transports bariatriques
- Etude d'impact des restructurations des services d'urgences sur les transports

¹⁷ Circulaire du 5 juin 2015 relative à l'organisation du SAP (Secours à Personne)/AMU (Aide Médicale Urgente) et référentiel commun SAMU/transports sanitaires de 2009 sur l'Amélioration de la prise en charge de l'urgence pré-hospitalière par les ambulanciers privés

Résultats attendus :

- Evaluation de l'impact de l'arbre décisionnel d'aide à la décision de déclenchement des départs réflexes des sapeurs-pompiers élaboré et mis en œuvre en Franche-Comté fin 2015
- Amélioration de la réponse ambulancière aux urgences pré hospitalières (diminution des indisponibilités ambulancières ; optimisation de la garde ambulancière) Elaboration d'un schéma régional d'organisation du transport bariatrique
- Définition des modalités d'orientation et transports vers des lieux autres que les structures des urgences

**Objectif général n°2 : traiter la saturation des services d'urgences**

Cet objectif se décline en 6 objectifs opérationnels :

- Prévenir la saturation des services d'urgences en améliorant les flux entrants et sortants

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Appui des urgences par un gestionnaire de lits ou une cellule de gestion des lits
- Meilleure articulation médecine de ville et urgences hospitalières en amont afin de mettre en place des solutions alternatives au passage aux urgences en s'appuyant sur les SI (systèmes d'information) et dispositifs de coordination type PTA (plateforme territoriale d'appui)
- Protocolisation des retours à domicile s'appuyant sur les SI (systèmes d'information) et dispositifs de coordination type PTA (plateforme territoriale d'appui)
- Optimisation des transports en sortie d'hospitalisation ou inter-hospitaliers

Résultats attendus :

- Diminution du temps de passage aux urgences (analysé par parcours)

- Améliorer l'organisation au sein des services d'urgence (Cf. fiche 6.1.7 : Médecine d'urgence)

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Développement de la délégation de tâches (ex : protocoles infirmiers, prescriptions anticipées)
- Optimisation des circuits et recours aux plateaux techniques en lien avec la PDSSES – permanence des soins en établissements de santé

Résultats attendus :

- Efficience de l'organisation
- Sécurisation de la prise en charge

- Définir le maillage gradué des accueils et des transports pédiatriques en trois niveaux : recours régional CHU, recours infra régional, recours de proximité (Cf. fiche VI.1.7 : Médecine d'urgence)

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Meilleure valorisation par les RPU et analyse de l'activité existante ;
- Organisation des modalités d'accueil par territoires d'implantation selon les niveaux de prise en charge en lien avec les services de pédiatrie : recours régional CHU, niveau infra-régional, niveau de proximité ;
- Optimisation du fonctionnement et du recours au SMUR pédiatrique sur l'ensemble de la région

Résultats attendus :

- Amélioration de la prise en charge pédiatrique et néonatale
- Remontée effective des RPU (résumés de passage aux urgences) dans l'ORU

- Mettre en œuvre la filière PA – personnes âgées - aux urgences ainsi qu'en amont et en aval des urgences (Cf. fiche 6.1.7 : Médecine d'urgence et fiche 2.1 : Parcours Personnes âgées)

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Organisation des prises en charge directes dans le service adapté en lien avec les CRR15
- Recours à un spécialiste dès la prise en charge aux urgences, notamment en UHCD
- Prévention des ré-hospitalisations en urgence en organisant la sortie de la personne âgée avec des professionnels de santé de proximité, en 1er lieu le médecin traitant, et avec la contribution des plateformes territoriales d'appui (PTA)

Résultats attendus :

- Diminuer les passages aux urgences évitables des personnes âgées
- Sécuriser le parcours de soins

- Permettre une meilleure prise en charge des personnes en situation de handicap en médecine d'urgence (Cf. fiche 6.1.7 : Médecine d'urgence et fiche 2.1 : Parcours Handicap : une réponse accompagnée pour tous)

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Formation des professionnels des urgences à la prise en charge des personnes en situation de handicap
- Recensement et diffusion des outils existants permettant la coordination entre les établissements et services médico-sociaux et le service des urgences : fiche de liaison, dossier liaison urgences, protocole d'accueil, convention

Résultats attendus :

- Des professionnels des urgences mieux formés à la prise en charge du handicap
- Des accueils aux urgences préparés et facilités
- L'accompagnant ou l'aidant familial reconnu comme partenaire du soin

- Mettre en œuvre la filière de soins psychiatriques aux urgences et en aval des urgences (Cf. fiche 6.1.7 : Médecine d'urgence et fiche 3.1 : Parcours Santé mentale et psychiatrie)

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Accès à un avis psychiatrique dans tout service d'accueil des urgences
- Organisation d'une réponse graduée en fonction des caractéristiques du territoire
- Mise en place d'organisations permettant aux personnes reçues aux urgences de bénéficier d'une évaluation dans les 72 heures après leur venue

Résultats attendus :

- Tout médecin urgentiste peut recourir à un avis psychiatrique
- Diminution des admissions en soins sans consentement pour péril imminent demandées par les services d'urgence
- Une consultation de suivi est proposée systématiquement dans les 72 heures après le passage aux urgences

**Objectif général n°3 : anticiper les situations de tension**

Cf. Fiche 5.4.3 : Prévention et traitement des risques sanitaires/ORSAN

Cet objectif se décline en 2 objectifs opérationnels :

- Anticiper les situations de tension par l'utilisation des dispositifs ROR et HET

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Développement du Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR)
- Application de la procédure Hôpital En Tension (HET) dans les établissements et à l'ARS

Résultats attendus :

- Partage dans le ROR des procédures ARS et établissements
- Adaptation du système hospitalier à l'afflux de personnes aux urgences

- Organiser la réponse aux situations de crise sanitaire exceptionnelle

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Elaboration du schéma ORSAN - organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles (dont attentats)
- Préparation des structures par participation à des exercices dont damage control

Résultats attendus :

- Procédure commue ARS/établissement pour répondre à l'afflux massif de victimes



Objectif général n°4 : organiser la gouvernance du PARU articulant les niveaux régional et territorial

Cet objectif se décline en 2 objectifs opérationnels :

- Simplifier la gouvernance du PARU et coordonner les instances existantes

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Création d'un GCS de médecine d'urgence, structure d'appui à la mise en œuvre du PRS
- Regrouper les deux instances : CODAMUPS - COMité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires - et comité départemental « SAP AMU »¹⁸

Résultats attendus :

- Efficience des échanges
- Création d'un GCS médecine d'urgence à échéance maximale de fin 2018

- Redéfinir le rôle des réseaux des urgences

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Regroupement des deux réseaux urgence au sein du GCS de médecine d'urgence
- Définition de son rôle d'appui à la mise en œuvre du PRS
- Mise en œuvre d'un ORU – observatoire régional des urgences - unique et analyse de ses données

Résultats attendus :

- Contractualisation
- Création d'un ORU unique

¹⁸ Mise en place d'un comité départemental préconisée dans la circulaire interministérielle n° DGOS/R2/DGSCGC/2015/190 du 5 juin 2015 relative à l'application de l'arrêté du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente

5.2.1.3 Indicateurs

- Part de la population située à plus de 30 mn d'une structure des urgences
- Taux de passage en Classification Clinique des Malades aux Urgences de degré 1 (CCMU 1)
- Nombre de journées d'hospitalisation en tension hospitalière

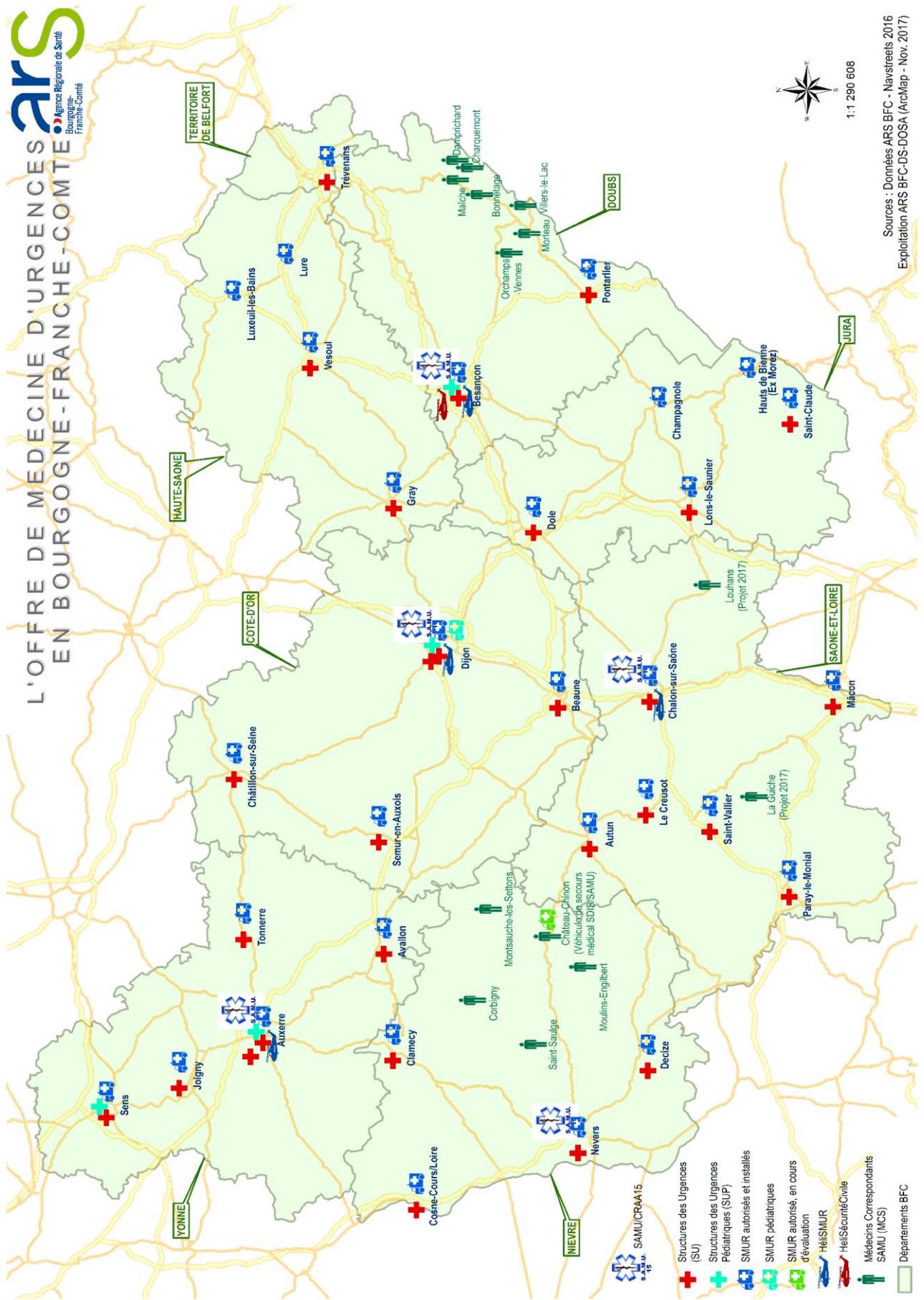
5.2.1.4 Articulation

- Les réseaux des urgences : RUB – réseau des urgences de Bourgogne/ORUB – observatoire régional des urgences de Bourgogne et RRUH-FC – réseau des urgences hospitalières de Franche-Comté
- Les établissements de santé et médico-sociaux
- Les CDOM – conseil départemental de l'ordre des médecins
- Les URPS – union régionale des professionnels de santé
- Les associations de médecine libérale participant à l'AMU (ex structures SOS, associations de régulation libérale)
- Les fédérations hospitalières : FHF – fédération hospitalière de France, FHP – fédération de l'hospitalisation privée, FEHAP – fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne
- Les SDIS
- Les ATSU – association départementale des transports sanitaires urgents (et les ambulanciers privés)
- Les préfetures
- Les représentants des usagers

5.2.1.5 Transversalité

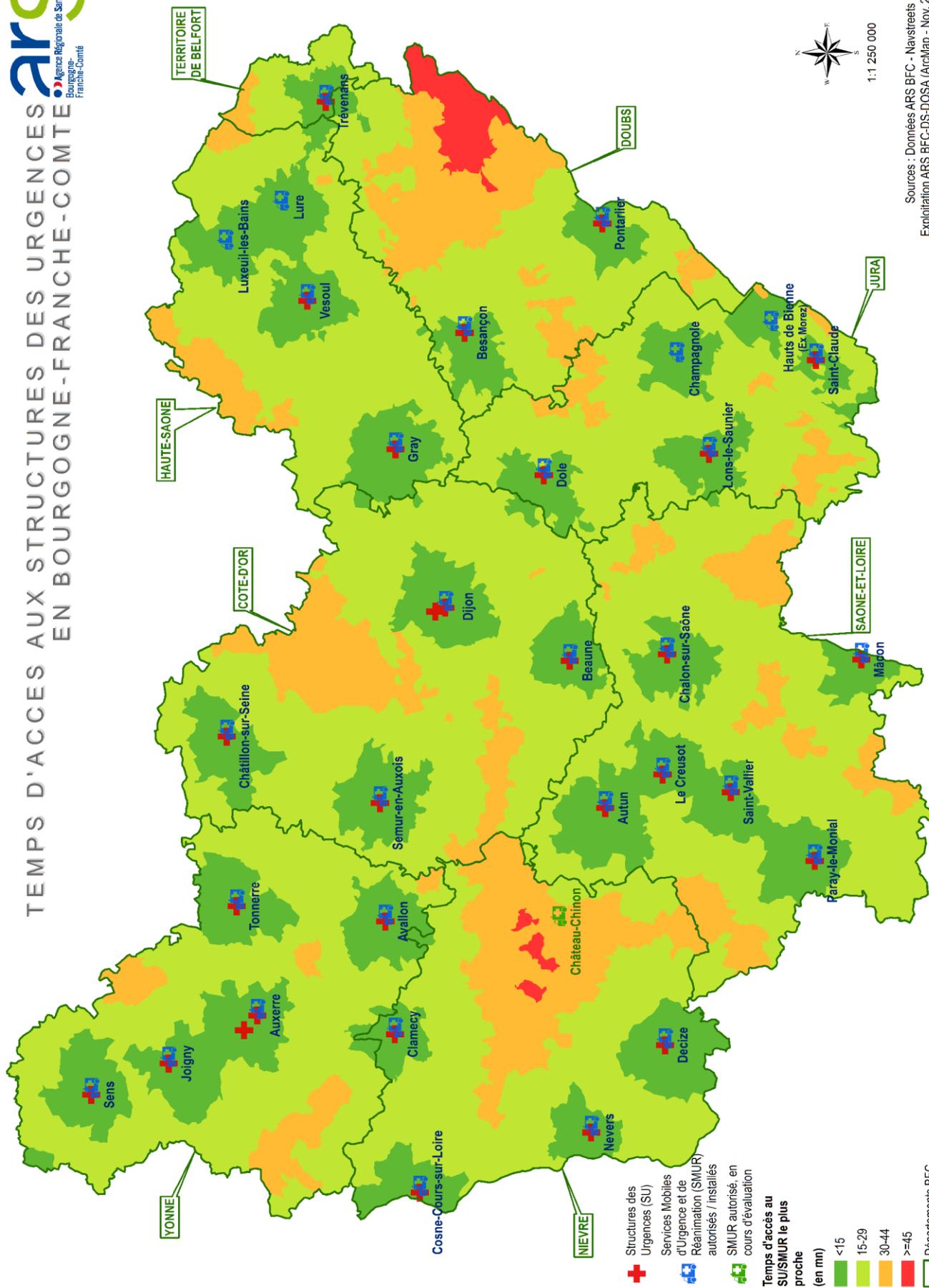
- Fiche 2.1 : Parcours Personnes âgées
- Fiche 2.2 : Parcours Handicap : une réponse accompagnée pour tous
- Fiche 3.1 : Parcours Santé mentale et psychiatrie
- Fiche 4.7 : Parcours Développement de l'enfant
- Fiche 5.1 : Renforcer l'offre de soins dans les territoires au service des patients : une présence médicale et soignante accrue
- Fiche 5.2.2 : Permanence des soins en établissements de santé - PDESES
- Fiche 5.3 : Améliorer l'efficacité du système de santé
- Fiche 5.4 : Assurer la qualité, la sécurité et la pertinence des soins
- Fiche 6.1.7 : Médecine d'urgence

L'OFFRE DE MEDECINE D'URGENCES EN BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE



Sources : Données ARS BFC - Navstreets 2016
Exploitation ARS BFC-DOSA (ArcMap - Nov. 2017)

TEMPS D'ACCÈS AUX STRUCTURES DES URGENCES EN BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ



5.2.2 Permanence des soins en établissement de santé - PDSSES

5.2.2.1 Contexte et problématique

La réorganisation de la Permanence Des Soins dans les Etablissements de Santé (PDSSES) doit s'articuler avec le **Plan d'Action Régional sur les Urgences (PARU)** dont elle est un des éléments.

Définition et périmètre de la PDSSES

La PDSSES est une mission de service public au termes de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), définie par une instruction DGOS de 2011 comme « l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients nécessitant des soins urgents la nuit, le samedi après-midi, le dimanche ou un jour férié », qui se distingue de la continuité des soins, des activités non programmées de jour, et de la permanence des soins ambulatoire.

La PDSSES concerne le seul champ des activités de court séjour (Médecine, Chirurgie, Obstétrique, psychiatrie d'urgence) en lien avec un service d'accueil des urgences, ainsi que les activités médico-techniques liées à la prise en charge des urgences (biologie, radiologie, pharmacie).

Elle couvre :

- **Les spécialités réglementées**, pour lesquelles les modalités de permanence médicale sont définies par les textes, correspondant aux filières de soins d'urgence spécialisées à organiser, dans le cadre de la gradation des soins hospitaliers (autres que les structures de médecine d'urgence stricto sensu) : réanimation, périnatalité, néonatalogie, chirurgie cardiaque, cardiologie interventionnelle, unités de soins intensifs, neurochirurgie, neuroradiologie interventionnelle, plateaux techniques spécialisés.
- **D'autres spécialités médicales et chirurgicales, relevant de la continuité des soins**, mais qui peuvent nécessiter l'organisation d'une PDSSES, éventuellement mutualisée.

La PDSSES s'articule avec les volets MCO (médecine, chirurgie et obstétrique) et urgences du SRS, les besoins en permanence des soins étant liés à la répartition des autorisations d'activités.

Le mode de financement de la PDSSES relève du FIR, l'enveloppe qui lui est consacrée en BFC représente en 2016 31,5 M€, soit 21% du FIR.

Les enjeux généraux de la PDSES

- Organiser la PDSES selon une approche territoriale, dans le cadre des territoires d'activités de soins du SRS.
- Assurer l'accès aux activités de soins autorisées à l'échelon le plus adapté, la nuit, le weekend et les jours fériés afin de permettre au patient d'être pris en charge au bon endroit en sécurisant les parcours de soins non programmés.
- Favoriser l'efficacité du dispositif, compte tenu des contraintes sur la démographie médicale et des contraintes de financement sur le FIR, par la limitation du nombre de sites assurant la PDSES H24 pour une même activité au sein d'un territoire ou la mutualisation de certaines gardes ou astreintes.
- Prendre en compte les modalités d'organisation innovantes favorisées par le développement de la télémédecine
- Permettre de réduire les délais de prise en charge en rendant plus lisibles pour les professionnels et les usagers l'organisation existante avec l'appui de la régulation par le centre de réception et de régulation des appels (CRR) 15
- Faciliter la participation des praticiens libéraux au dispositif, y compris s'ils exercent en établissements privés.
- Evaluer ce dispositif afin de permettre des adaptations progressives.

La mise en place des groupements hospitaliers de territoire issus de la loi 2013-41 du 26 janvier 2016 implique l'adoption d'un **schéma territorial de la permanence et de la continuité des soins organisé et coordonné au niveau de chaque GHT**, prévu par l'arrêté du 30 avril 2003 modifié par l'arrêté du 4 novembre 2016. Les schémas territoriaux devront être la déclinaison des principes du SRS.

L'arrêté du 4 novembre 2016 modifie l'indemnisation des astreintes dès lors que les GHT auront adopté un schéma territorial de la continuité et de la permanence des soins. En particulier il n'y a plus lieu de distinguer les astreintes opérationnelles et les astreintes de sécurité.

Le contexte particulier en 2017

Les ARS des deux anciennes régions Bourgogne et Franche Comté ont révisé le volet PDSES de leur SROS respectif en 2015, avec des objectifs généraux analogues mais déclinés selon des modalités différentes. Il importe donc dans le cadre de la nouvelle région BFC d'harmoniser les deux schémas.

5.2.2.2 Objectifs généraux



Objectif général n°1 : définir un schéma unique de la PDES pour l'ensemble de la région Bourgogne-Franche-Comté, en faisant converger les principes des schémas des deux anciennes régions

Cet objectif se décline en 2 objectifs opérationnels :

- **Définir les principes du schéma à partir d'une harmonisation entre les ex schémas Bourgogne et Franche-Comté** sur l'organisation de la PDES dans les spécialités suivantes, sur chaque territoire d'implantation d'activités de soins :

1. Spécialités réglementées : le schéma retient les lignes de gardes ou astreintes requises pour les sites autorisés.

- **Réanimation** :
 - 1 garde par service de réanimation polyvalente ou par réanimation spécialisée
- **Gynécologie-obstétrique** : les lignes reconnues sont conditionnées par le niveau d'activité :
 - 1 astreinte pour < 1500 naissances,
 - 1 garde entre 1500 et 3000 naissances,
 - 1 garde et 1 astreinte senior au-delà de 3000 naissances.
 - Au-delà de 3500, 2 gardes sénior ou 1 garde + 1 astreinte et 1 garde d'interne.
- **Anesthésie** : selon le niveau d'activité cumulée chirurgie + maternité,
 - 1 garde ou 1 astreinte sur les sites concernés
 - S'agissant de l'anesthésie spécifique à la maternité, 1 garde au-delà de 2000 naissances
- **Néonatalogie** :
 - 1 astreinte de pédiatre sur les sites de maternité ou 1 garde à partir du niveau 2B
- **Cardiologie** :
 - USIC : une ligne de garde par USIC (ou une ligne d'astreinte sénior et une ligne de garde d'interne).
 - Cardiologie interventionnelle : une astreinte par site d'implantation, ou mutualisée entre 2 sites
 - La garde en USIC peut, le cas échéant, être mutualisée avec l'astreinte de cardiologie interventionnelle.
- **Chirurgie cardiaque, neurochirurgie, neuro-radio-interventionnelle** : 1 astreinte
- **Neurologie** :
 - une astreinte par unité neuro-vasculaire (UNV)
 - une garde dans les USINV

2. Spécialités non réglementées ou relevant de la continuité des soins:
- **Médecine polyvalente** : les astreintes relèvent de la continuité des soins et non de la permanence des soins, les services d'accueil des urgences prenant en charge les patients la nuit lorsqu'ils ne sont pas orientés vers une spécialité– Il est possible de reconnaître des demi-astreintes le week-end.
 - o Une demi-astreinte de WE sur les sites avec SAU
 - o Une ligne d'astreinte de médecine pour les établissements dont le service d'urgences sera fermé la nuit.
 - **Pneumologie** : une ligne d'astreinte dans les établissements ayant une unité de soins intensifs (les 2 CHU et l'HNFC)
 - **Gastro-entérologie** : une ligne d'astreinte par territoire d'implantation d'activité de soins, ou commune à 2 territoires
 - **Cardiologie** : recours à l'avis du cardiologue de garde en USIC pendant les périodes de PDS, donc pas d'astreinte supplémentaire en dehors de la garde USIC et de l'astreinte de cardiologie interventionnelle
 - **Néphrologie** : la PDSSES, sous forme d'une astreinte, ne concerne que la prise en charge en unité de soins intensifs (USI). Sur les autres sites les astreintes ou présences médicales pendant les séances de dialyse relèvent des obligations réglementaires de continuité des soins propres à cette spécialité.
 - o une ligne d'astreinte par unité de soins intensifs de néphrologie
 - **Gériatrie** : expérimenter sur les territoires volontaires une ligne d'astreinte, permettant un recours à un gériatre par téléphone, accessible aux acteurs hospitaliers et extra-hospitaliers.
 - **Psychiatrie** : Il appartient aux centres hospitaliers concernés de passer convention, si besoin, avec les établissements ayant une activité de psychiatrie, pour définir les modalités d'intervention des psychiatres et de financement des astreintes. Selon les recommandations du volet psychiatrie santé mentale du PRS :
 - o 1 ligne d'astreinte urgences psychiatriques adultes et 1 ligne d'astreinte urgences de pédo-psychiatrie dans les CHU
 - o 1 ligne d'astreinte par territoire d'implantation sur les sites d'accueil des urgences (SAU) hors CHU ayant des capacités à hospitaliser les patients présentant une pathologie psychiatrique.
 - **Chirurgie orthopédique** :
 - o une ligne d'astreinte par site d'accueil des urgences (SAU) dans les établissements publics et privés autorisés pour l'activité de chirurgie, pouvant être mutualisée sur deux sites en nuit profonde (de minuit à 8 h).
 - o possibilité d'une garde dans les CHU

- **Chirurgie viscérale :**
 - o L'astreinte de chirurgie viscérale s'impose sur les sites de maternité si les obstétriciens n'ont pas la compétence chirurgicale.
 - o une ligne d'astreinte par site d'accueil des urgences (SAU) dans les établissements publics et privés autorisés pour l'activité de chirurgie, pouvant être mutualisée sur deux sites (de minuit à 8 h).
 - o possibilité d'une garde dans les CHU
- **Chirurgie urologique :**
 - o une ligne d'astreinte par territoire d'implantation d'activité de soins ou commune à 2 territoires
- **Chirurgie vasculaire :**
 - o une ligne d'astreinte par territoire d'implantation d'activité de soins ou commune à 2 territoires
- **Chirurgie ophtalmologique:**
 - o une ligne d'astreinte pour chacune de ces spécialités, par territoire d'implantation d'activité de soins ou commune à 2 territoires
- **Chirurgie ORL :**
 - o une ligne d'astreinte pour chacune de ces spécialités, par territoire d'implantation d'activité de soins ou commune à 2 territoires
- **Imagerie :** L'objectif est de mettre en place une permanence régionale de médecins radiologues pour l'interprétation par téléradiologie des examens urgents dans les établissements de santé accueillant des urgences. Le nombre sera calibré en fonction de l'activité. Ces gardes seront assurées par l'ensemble des radiologues de la région, hospitaliers et libéraux, selon une organisation à définir (cf : fiche SRS imagerie).
 Dans la période intermédiaire, maintenir sur les centres hospitaliers avec SAU, une astreinte **ou une** garde, selon l'organisation actuelle.
 Toute nouvelle autorisation d'équipement lourd sera conditionnée par l'obligation de participer à la PDSSES.
- **Biologie :**
 - o une astreinte par territoire d'implantation d'activité de soins avec biologie délocalisée pour tous les examens ou pour certains d'entre eux, dans le cadre des GHT.
 - o deux astreintes sur les territoires de Côte d'Or et du Doubs, en sus de certaines astreintes spécialisées propres aux CHU
 - o dans la période intermédiaire maintenir une astreinte sur les centres hospitaliers avec SAU
- **Pharmacie :**
 - o au minimum une astreinte en pharmacie par territoire d'implantation d'activité de soins, en fonction des possibilités juridiques de mutualisation.
 - o dans la période intermédiaire maintenir une astreinte sur les centres hospitaliers avec SAU

- **Définir les modalités d'intégration des lignes de gardes d'internes au schéma de la PDSES :** reconnaître les lignes de gardes d'internes participant à la PDSES en appui d'une astreinte de sénior, dans les deux CHU et à l'Hôpital Nord Franche-Comté, compte tenu de son niveau d'activité comparable à celui d'un CHU.



Objectif général n°2 : adapter ces principes au contexte de chaque zone d'implantation, en prenant en compte l'organisation existante, la situation de la démographie de spécialistes, et les évolutions potentielles de l'ensemble des établissements de santé publics et privés assurant l'offre de soins hospitaliers, en respectant l'objectif de réduction du nombre de lignes de PDSES, les situations temporaires de tension;

Cet objectif se décline en 2 objectifs opérationnels :

- Rédiger un schéma territorial de la PDSES déterminant par zone d'implantation le nombre de lignes de PDSES par spécialité et les modalités d'organisation : garde ou astreinte, astreinte mutualisée ou demi-astreinte, en tenant compte de la démographie médicale et de la soutenabilité financière.
- Déterminer par territoire le nombre de lignes de PDSES par spécialité et les modalités d'organisation : garde ou astreinte, ou demi-astreinte, en tenant compte de la démographie médicale et de la soutenabilité financière.
- Utiliser le répertoire opérationnel des ressources (ROR) pour faciliter la lisibilité du dispositif



Objectif général n°3 : principes généraux de financement de la PDSES

L'organisation de la PDSES est sous la responsabilité des établissements porteurs des activités autorisées (structures d'urgence) et réglementées (maternité, réanimation, unités de soins intensifs et surveillance continue).

Il appartient à l'établissement porteur de passer convention avec d'autres établissements pour définir les modalités d'intervention de spécialistes extérieurs à l'établissement et les modalités de financement des astreintes. Lorsque l'établissement extérieur requis est privé, cette convention conditionnera la convention tripartite conclue avec l'ARS pour le financement des astreintes.

Résultats attendus :

- Adoption d'un schéma territorial de la permanence et de la continuité des soins dans chaque GHT sur la base des principes du schéma régional
- Mise en place des lignes de permanence des soins dans chaque territoire selon les objectifs fixés, dans le délai du SRS



Objectif général n°4 : évaluer les impacts de la mise en œuvre du schéma régional de la permanence des soins : co-construire les indicateurs avec le comité régional de la PDES pour suivre l'activité, les transferts et les impacts sur les transports médicalisés ou non, le recours au CRRA15

5.2.2.3 Indicateurs

- A partir d'une enquête bisannuelle réalisée auprès des établissements concernés :
 - o Activité effective de chaque ligne de PDES
 - o Nombre de médecins participant à la PDES
 - o Modalités d'organisation par zone d'implantation : équipes mutualisées ou non

5.2.2.4 Articulation

- Articulation avec les Projet Médicaux Partagés des GHT dont la PDES est un volet

5.2.2.5 Transversalité

- Fiche 5.2.2 : Plan d'action régional sur les urgences - PARU (lien direct avec la répartition des structures d'urgences)
- Partie 6 : Planifier les activités de soins (les besoins en permanence des soins étant liés à la répartition des autorisations d'activités)

Annexe : tableau de répartition des lignes de PDES par territoire

G = garde AS = astreinte	ZONE COTE D'OR	
Liste des spécialités retenues dans le schéma régional PDES (dont activités réglementées *)	RAPPEL SCHEMA CIBLE 2011-2016	SCHEMA CIBLE DE LA PDES 2017- 2022
Cardiologie interventionnelle *	2 AS sur Dijon (site public et site privé)	1 AS sur CHU Dijon
USIC * - Cardiologie/affection vasculaire/pathologie cardio-vasculaire	3 G (3 USIC)	1G par USIC : CHU Dijon, CH Semur, HPDB
Gynécologie-obstétrique *	2 G sur maternités niveaux 3 2 AS sur maternités niveaux 1	1 AS si <1500 accouchements (Semur, Beaune) 1 G si > 1500 accouchements (HPDB) 1G + 1AS si > 2500 accouchements (CHU Dijon)
Neurochirurgie *	1 AS	1 AS sur CHU Dijon + 1 garde d'interne
Neuroradiologie interventionnelle *	1 AS sur Dijon	1 AS sur CHU Dijon + 1 garde d'interne
Réanimation médicale adulte *	1 G sur Dijon	1 G sur CHU Dijon
Réanimation chirurgicale et polyvalente dont réa cardiaque post chir*	2 G sur Dijon	2 G sur CHU Dijon
Pédiatrie-Néonatalogie - réanimation pédiatrique *	2 G sur Dijon (site public et site privé) dont 1 G commune avec réanimation pédiatrique au CHU 2 AS sur Semur et Beaune	1G + 1AS sur CHU Dijon 1 G HPDB 1 AS Semur 1AS Beaune
Anesthésie dont anesthésie maternité	3 G sur CHU Dijon dont 1 G maternité 1 G Beaune, 1 G Semur Sites privés : 1 G maternité + 1,5 AS	3 G sur CHU Dijon + 2 AS 1 G sur Beaune, 1 G sur Semur HPDB : 1 G + 1 AS sur l'ensemble des activités dont maternité
Médecine polyvalente	3 AS sur Semur, Beaune et Chatillon	1demi-AS (week-end) sur site SAU et 1 AS complète sur site d'urgences fermé la nuit
Gastro-entérologie et hépatologie et endoscopie digestive	1 AS sur Dijon	1 AS + 1 G interne au CHU Dijon
Hématologie	2 AS sur Dijon (CHU et CGFL pour oncologie)	1 AS + 1 G interne au CHU Dijon
Néphrologie	1 AS USI CHU	1 AS + 1 G interne USI au CHU Dijon
Neurologie - UNV *	1 G USINV 0,5 AS EEG	1 G USINV + 1G d'interne CHU Dijon
Pneumologie et endoscopie pneumo	1 AS sur Dijon	1 AS + 1 G internes au CHU Dijon
Chirurgie orthopédique et traumatologique	1,5 AS sur site Dijon (demi-AS sur site privé) 0,5 AS sur site Beaune 0,5 AS sur site Semur A terme AS mutualisées GHT	1 AS et 1 garde d'internes au CHU Dijon 0,5 AS par site SAU autorisé en chirurgie (1ère partie de nuit et WE) 1 AS sur HPDB
Chirurgie viscérale et digestive	1,5 AS sur site Dijon (demi-AS sur site privé) 2 AS sur Semur et Beaune	1 AS et 1 garde d'internes au CHU Dijon + 1 AS par site maternité
SOS mains	2 AS sur Dijon (site public et site privé)	1AS HPDB
Chirurgie urologique	1 AS	1 AS sur Dijon + 1 garde d'interne
Chirurgie cardiaque *, chir. vasculaire et thoracique	1 AS chirurgie cardiaque 1 AS chirurgie vasculaire sur Dijon 1 AS chirurgie thoracique sur Dijon	1 AS chirurgie cardiaque CHU Dijon 1 AS chirurgie vasculaire sur Dijon 1 AS chirurgie thoracique sur Dijon
Chirurgie pédiatrique	2 AS sur site Dijon (1 AS chirurgie viscérale et 1 AS chirurgie traumatologique)	2 AS sur Dijon (1 AS chirurgie viscérale et 1 AS chirurgie traumatologique) + 1 garde d'interne
ORL, odontologie, chirurgie maxillo-faciale	3 AS sur Dijon : 1 AS ORL, 1 AS odontologie, 1 AS chirurgie maxillo-faciale	3 AS sur CHU Dijon : 1 AS ORL, 1 AS odontologie (régionale), 1 AS chirurgie maxillo-faciale
Ophthalmologie	1 AS sur Dijon	1 AS sur CHU Dijon
Psychiatrie d'urgence	3 AS au titre des soins sans consentement sur Dijon et Semur	1AS psychiatrie adulte CHU Dijon 1AS psychiatrie adulte CH Semur 1 AS pédopsychiatrie CHU Dijon
Biologie médicale	6,5 AS laboratoires spécialisés sur Dijon	3 AS + 1 G internes au CHU Dijon 1 AS Nord Côte d'Or (mutualisation de lignes spécialisées avec CHU Besançon).
Radiodiagnostic et imagerie médicale	2 AS sur Dijon (site public et site privé) 2 AS sur Semur et Beaune A terme PDES organisée par plateforme régionale de téléradiologie	1 G infra-régionale en télé-radiologie Dans la période intermédiaire : 1 AS maintenue sur les sites SAU + 1 garde d'interne au CHU.
Pharmacie	1 AS	2 AS : CHU Dijon et CH Semur 1 garde d'internes
Autres spécialités médicales		1 AS d'infectiologie au CHU Dijon mutualisée avec le CHU Besançon 1G gériatrie pour le territoire à expérimenter 1 an et évaluer

G = garde AS = astreinte	ZONE NIEVRE	
Liste des spécialités retenues dans le schéma régional PDES (dont activités réglementées *)	RAPPEL SCHEMA CIBLE 2011-2016	SCHEMA CIBLE DE LA PDES 2017- 2022
Cardiologie interventionnelle *	1 AS Nevers	1 AS CHA Nevers
USIC *- Cardiologie/affection vasculaire/pathologie cardio-vasculaire	1 G site USIC	1 G USIC CHA Nevers
Gynécologie-obstétrique *	2 AS sur sites de Nevers et Cosne	2 AS sur sites maternités si < 1500 accts CHA Nevers et clinique Cosne/Loire
Neurochirurgie *		
Neuroradiologie interventionnelle *		
Réanimation médicale adulte *		
Réanimation chirurgicale et polyvalente *	1 G	1 G sur CHA Nevers
Pédiatrie-Néonatalogie*	1 G sur site Nevers + 1 AS sur site Cosne	1 G Nevers + 1 AS sur maternité de Cosne assurée par le CHAN
Anesthésie dont anesthésie maternité	1 G sur Nevers 1 AS sur Cosne 0,5 AS sur Decize (1ère partie de nuit)	1 G sur CHA Nevers 1 AS sur clinique Cosne 0,5 AS sur CH Decize (1ère partie de nuit et week-end)
Médecine polyvalente	1,5 AS sur Nevers 1 AS sur Decize 1 AS sur Cosne	1demi-AS (week-end) sur site SAU et 1 AS complète sur site d'urgences fermé la nuit
Gastro-entérologie et hépatologie et endoscopie digestive	1 AS mutualisée sur le territoire	1 AS sur Nevers
Hématologie		
Néphrologie	1 AS sur Nevers compte tenu de l'éloignement de Dijon	1 AS USI néphrologie CHA Nevers
Neurologie - UNV *	1 AS sur Nevers si mise en place d'une UNV (en conformité avec SROS)	1 AS sur CHA Nevers si mise en place d'une UNV (en conformité avec SRS)
Pneumologie	1 AS sur Nevers compte tenu de l'éloignement de Dijon	
Chirurgie orthopédique et traumatologique	1 AS sur Nevers 0,5 AS sur Decize et 0,5 sur Cosne (1ère partie de nuit)	1 AS CHA Nevers 0,5 AS par site autorisé en chirurgie avec SAU (première partie de nuit et week-end)
Chirurgie viscérale et digestive	1 AS sur Nevers 1 AS sur Cosne 0,5 AS sur Decize (1ère partie de nuit)	1 AS CHA Nevers 0,5 AS par site autorisé en chirurgie avec SAU (première partie de nuit et week-end)
SOS mains		
Chirurgie urologique	1 AS à organiser en collaboration public/privé	1 AS sur Nevers
Chirurgie cardiaque *, chir. vasculaire et thoracique	1 AS chirurgie vasculaire sur Nevers	1 AS chirurgie vasculaire CHA Nevers
Chirurgie pédiatrique		
ORL, odontologie, chirurgie maxillo-faciale	1 AS ORL sur Nevers	1 AS ORL CHA Nevers
Ophtalmologie	1 AS ophtalmologie sur Nevers	1 AS ophtalmologie CHA Nevers
Psychiatrie d'urgence	2 AS au titre des soins sans consentement sur sites de La Charité et Nevers	1 AS sur Nevers
Biologie médicale	Objectif = 1 AS organisée pour le territoire	1 AS CHA Nevers organisée pour le territoire
Radiodiagnostic et imagerie médicale	Objectif = 1 AS en télé-imagerie sur site Nevers en télé-radiologie, après mise en place plateforme régionale	1 G régionale ou infra-régionale en télé-radiologie Dans la période intermédiaire : 1 AS par site SAU
Pharmacie	1 AS sur Nevers pour le territoire	1 AS sur CHA Nevers pour le territoire
Autres spécialités médicales		

G = garde AS = astreinte	ZONE NORD SAONE ET LOIRE	
Liste des spécialités retenues dans le schéma régional PDES (dont activités réglementées *)	RAPPEL SCHEMA CIBLE 2011-2016	SCHEMA CIBLE DE LA PDES 2017- 2022
Cardiologie interventionnelle *		1 à 2 AS pour le département organisée selon les conclusions du groupe de travail en cours
USIC *- Cardiologie/affection vasculaire/pathologie cardio-vasculaire	1 G site USIC	1 G sur USIC CH Chalons
Gynécologie-obstétrique *	1 G sur maternité Chalons 2 AS sur maternités niveau 1	1 G sur maternité CH Chalons 1 AS par sites avec maternités < 1500 accts
Neurochirurgie *		
Neuroradiologie interventionnelle *		
Réanimation médicale adulte *		
Réanimation chirurgicale et polyvalente *	1 G sur Chalons	1 G sur CH Chalons
Pédiatrie-Néonatalogie*	1 G sur Chalons 2 AS sur sites maternité niveau 1	1 G sur CH Chalons 3 AS sur clinique Autun, HD Le Creusot, CH Montceau
Anesthésie dont anesthésie maternité	1 G sur Chalons 3 AS sur sites Autun, Le Creusot, Montceau	1 G sur CH Chalons 2 AS sur sites maternités niveau 1
Médecine polyvalente	3 AS sur sites de SAU Montceau, Le Creusot, Autun	1demi-AS (week-end) sur site SAU et 1 AS complète sur site d'urgences fermé la nuit
Gastro-entérologie et hépatologie et endoscopie digestive	1 AS à organiser pour le territoire	1 AS commune aux 2 territoires du département dans le cadre d'une collaboration public-privé
Hématologie		
Néphrologie	continuité des soins, PDES sur USI Dijon	
Neurologie - UNV *	1 AS sur UNV Chalons	1 G USINV CH Chalons
Chirurgie orthopédique et traumatologique	1 AS sur Chalons 0,5 AS sur Autun + 0,5 sur Montceau (1ère partie de nuit et week-end) A terme mutualiser l'astreinte au niveau du GHT	1 AS sur CH Chalons 0,5 AS par site autorisé en chirurgie avec SAU (première partie de nuit et week-end) : clinique du Parc Autun et CH Montceau
Chirurgie viscérale et digestive	4 AS sur sites de Chalons, Autun, Montceau, Le Creusot	1 AS sur Chalons + 2 AS sur autres sites de maternité : Autun, Le Creusot
SOS mains		
Chirurgie urologique	1 AS sur Chalons site privé	1 AS dans le cadre d'une coopération public-privé
Chirurgie cardiaque *, chir. vasculaire et thoracique	1 AS chirurgie vasculaire sur Chalons	1 AS chirurgie vasculaire sur Chalons
Chirurgie pédiatrique		
ORL, odontologie, chirurgie maxillo-faciale	1 AS ORL sur site Le Creusot	1 AS ORL sur le territoire
Ophtalmologie	1 AS ophtalmologie sur site de Chalons	1 AS ophtalmologie sur Chalons
Psychiatrie d'urgence	2 AS au titre des soins sans consentement CHS Sevrey et clinique psychiatrique	1 AS sur CH Chalons assurée par le CHS Sevrey
Biologie médicale	A terme 1AS mutualisée GHT sur site Chalons (sur Autun collaboration avec laboratoire privé)	1 AS sur Chalons pour le territoire Dans l'attente du schéma territorial : maintien 1 AS sur Montceau
Radiodiagnostic et imagerie médicale	1 AS sur site Chalons en téléradiologie, après mise en place plateforme régionale	1 G régionale ou infra-régionale en télé-radiologie Dans la période intermédiaire : 1 AS sur site pivot du territoire
Pharmacie	1 AS pour le territoire dans le cadre GHT	2 AS sur le territoire
Autres spécialités médicales		1 AS gériatrie sur Chalons pour le territoire

G = garde AS = astreinte	ZONE SUD SAONE ET LOIRE	
Liste des spécialités retenues dans le schéma régional PDSSES (dont activités réglementées *)	RAPPEL SCHEMA CIBLE 2011-2016	SCHEMA CIBLE DE LA PDSSES 2017- 2022
Cardiologie interventionnelle *	1 AS sur Macon	1 à 2 AS pour le département organisée selon les conclusions du groupe de travail en cours
USIC *- Cardiologie/affection vasculaire/pathologie cardio-vasculaire	1 G sur site USIC	1 G sur USIC CH Mâcon
Gynécologie-obstétrique *	1 G sur Macon 1 AS maternité niveau 1	1 G sur maternité CH Mâcon 1 AS sur maternité CH Paray si < 1500 accts
Neurochirurgie *		
Neuroradiologie interventionnelle *		
Réanimation médicale adulte *		
Réanimation chirurgicale et polyvalente *	1 G sur Macon	1 G sur CH Mâcon
Pédiatrie-Néonatalogie*	1 G sur Macon 1 AS sur maternité Paray	1 G sur CH Mâcon 1 AS sur maternité CH Paray
Anesthésie dont anesthésie maternité	1 G sur Macon 1 AS sur Paray	1 G sur CH Mâcon 1 AS sur CH Paray
Médecine polyvalente	1 AS sur Macon 1 AS sur Paray	1demi-AS (week-end) sur site SAU
Gastro-entérologie et hépatologie et endoscopie digestive	1 AS à organiser sur le territoire en collaboration avec le secteur privé	1 AS commune aux 2 territoires du département à organiser
Hématologie		
Néphrologie	continuité des soins, PDSSES sur USI Dijon	
Neurologie - UNV *		1 AS UNV CH Mâcon si mise en place d'une UNV en conformité avec le SRS
Chirurgie orthopédique et traumatologique	1 AS sur Macon 0,5 AS sur Paray (1ère partie de nuit) A terme AS mutualisée dans le cadre du GHT	1 AS CH Mâcon 1 AS CH Paray
Chirurgie viscérale et digestive	1 AS sur Macon 1 AS sur Paray	1 AS sur CH Mâcon + 1 AS sur CH Paray (site de maternité)
SOS mains		
Chirurgie urologique	1 AS sur Macon (site privé)	1 AS sur Mâcon : polyclinique Val de Saône
Chirurgie cardiaque *, chir. vasculaire et thoracique	1 AS chirurgie vasculaire sur Macon	1 AS chirurgie vasculaire sur CH Mâcon
Chirurgie pédiatrique		
ORL, odontologie, chirurgie maxillo-faciale	1 AS ORL sur Macon en collaboration public/privé	1 AS ORL sur CH Mâcon en collaboration public/privé
Ophtalmologie	1 AS sur Macon en collaboration public/privé	1 AS sur CH Mâcon en collaboration public/privé
Psychiatrie d'urgence	1 AS sur Macon	1 AS CH Mâcon
Biologie médicale	1 AS sur Macon (sur Paray collaboration avec laboratoire privé)	1 AS pour le territoire
Radiodiagnostic et imagerie médicale	1 AS sur site Macon en téléradiologie, après mise en place plateforme régionale	1 G régionale ou infra-régionale en télé-radiologie Dans la période intermédiaire : maintien de 2 AS
Pharmacie	A terme AS mutualisée dans le cadre du GHT	2 AS : CH Mâcon et CH Paray
Autres spécialités médicales	1 AS gériatrie sur Paray	0

G = garde AS = astreinte	ZONE SUD YONNE	
Liste des spécialités retenues dans le schéma régional PDSSES (dont activités réglementées *)	RAPPEL SCHEMA CIBLE 2011-2016	SCHEMA CIBLE DE LA PDSSES 2017- 2022
Cardiologie interventionnelle *	1 AS sur Auxerre	1 AS Auxerre pour les 2 territoires de l'Yonne
USIC *- Cardiologie/affection vasculaire/pathologie cardio-vasculaire	1 G sur site USIC	1 G sur USIC CH Auxerre
Gynécologie-obstétrique *	1 G sur Auxerre	1 G sur Auxerre
Neurochirurgie *		
Neuroradiologie interventionnelle *		
Réanimation médicale adulte *		
Réanimation chirurgicale et polyvalente *	1 G sur Auxerre	1 G sur Auxerre
Pédiatrie-Néonatalogie*	1 G et 1 AS sur Auxerre	1 G néonatal sur Auxerre
Anesthésie dont anesthésie maternité	1 G maternité (>2000 accouchements) + 1 AS CH Auxerre 0,5 AS sur site privé (1ère partie de nuit)	1 G maternité +1 AS CH Auxerre 0,5 AS sur site privé si autorisé SAU
Médecine polyvalente	1,5 AS sur Auxerre (AS renforcée le week-end) 1 AS sur Tonnerre 1 AS sur Avallon 1 AS sur Clamecy en lien avec les SAU	1 demi-AS (week-end) sur site SAU et 1 AS complète sur site d'urgences fermé la nuit
Gastro-entérologie et hépatologie et endoscopie digestive	1 AS à organiser pour les 2 territoires du 89	1 AS à organiser pour les 2 territoires de l'Yonne
Hématologie		
Néphrologie		
Neurologie - UNV *	1 AS si mise en place d'une UNV sur le 89 en conformité avec SROS	1 AS pour l'Yonne à Sens si mise en place d'une UNV en conformité avec le SRS
Chirurgie orthopédique et traumatologique	1,5 AS sur Auxerre dont 0,5 AS sur site privé (1ère partie de nuit)	1,5 AS sur Auxerre dont 0,5 AS (première partie de nuit et week-end) sur site privé si autorisé SAU
Chirurgie viscérale et digestive	1,5 AS sur Auxerre dont 0,5 AS sur site privé (1ère partie de nuit)	1,5 AS sur Auxerre dont 0,5 AS (première partie de nuit et week-end) sur site privé si autorisé SAU
SOS mains		
Chirurgie urologique	1 AS sur Auxerre	1 AS sur Auxerre
Chirurgie cardiaque *, chir. vasculaire et thoracique		
Chirurgie pédiatrique		
ORL, odontologie, chirurgie maxillo-faciale	1 AS ORL public/privé à organiser pour les 2 territoires du 89	1 AS à organiser pour les 2 territoires de l'Yonne
Ophthalmologie	1 AS public/privé à organiser pour les 2 territoires du 89	1 AS à organiser pour les 2 territoires de l'Yonne
Psychiatrie d'urgence	2AS au titre des soins sans consentement sur le 89 (sites de Sens et Auxerre)	1 AS sur le CH Auxerre assurée par le CHSY
Biologie médicale	2 AS sur Auxerre et Tonnerre A terme 1 AS dans le cadre du GHT	1 AS pour le territoire
Radiodiagnostic et imagerie médicale	1 AS sur Auxerre, en téléradiologie pour les autres sites	1 G régionale ou infra-régionale en télé-radiologie Dans la période intermédiaire : maintien 1 AS sur Auxerre
Pharmacie	1 AS à organiser dans le cadre du GHT	1 AS pour le territoire
Autres spécialités médicales		

<i>G = garde</i> <i>AS = astreinte</i>	ZONE NORD YONNE	
Liste des spécialités retenues dans le schéma régional PDES (dont activités réglementées *)	RAPPEL SCHEMA CIBLE 2011-2016	SCHEMA CIBLE DE LA PDES 2017- 2022
Cardiologie interventionnelle *		1 AS Auxerre pour les 2 territoires de l'Yonne
USIC *- Cardiologie/affection vasculaire/pathologie cardio-vasculaire	1 G sur Sens	1 G sur site USIC : CH Sens
Gynécologie-obstétrique *	1 G sur Sens	1 AS ou 1 G sur CH Sens selon niveau d'activité
Neurochirurgie *		
Neuroradiologie interventionnelle *		
Réanimation médicale adulte *		
Réanimation chirurgicale et polyvalente *	1 G sur Sens	1 G CH Sens
Pédiatrie-Néonatalogie*	1 G sur Sens	1 AS CH Sens
Anesthésie dont anesthésie maternité	1 AS sur Sens	1 G CH Sens
Médecine polyvalente	1 AS sur Sens 1 AS sur Joigny en lien avec les SAU	1 demi-astreinte (de week-end) par site SAU
Gastro-entérologie et hépatologie et endoscopie digestive	1 AS à organiser pour les 2 territoires du 89	1 AS à organiser pour les 2 territoires de l'Yonne
Hématologie		
Néphrologie		
Neurologie - UNV *	1 AS si mise en place d'une UNV sur le 89 en conformité avec SROS	1 AS CH Sens si mise en place d'une UNV en conformité avec le SRS
Chirurgie orthopédique et traumatologique	1 AS sur Sens	1 AS sur Sens
Chirurgie viscérale et digestive	1 AS sur Sens	1 AS sur Sens
SOS mains		
Chirurgie urologique	1 AS sur Sens	1 AS sur Sens
Chirurgie cardiaque *, chir. vasculaire et thoracique		
Chirurgie pédiatrique		
ORL, odontologie, chirurgie maxillo-faciale	1 AS ORL public/privé à organiser pour les 2 territoires du 89	1 AS à organiser pour les 2 territoires de l'Yonne
Ophtalmologie	1 AS public/privé à organiser pour les 2 territoires du 89	1 AS à organiser pour les 2 territoires de l'Yonne
Psychiatrie d'urgence	2AS au titre des soins sans consentement sur le 89 (sites de Sens et Auxerre)	1 AS sur le CH Sens assurée par le CHSY
Biologie médicale	1 AS sur Sens à terme dans le cadre du GHT	1 AS CH Sens pour le territoire Dans la période intermédiaire maintien des AS actuelles
Radiodiagnostic et imagerie médicale	1 AS sur Sens, en téléradiologie pour les autres sites	1 G régionale ou infra-régionale en télé-radiologie Dans la période intermédiaire maintien des AS actuelles
Pharmacie	1 AS sur Sens à terme dans le cadre du GHT	1 AS CH Sens pour le territoire Dans la période intermédiaire maintien des AS actuelles
Autres spécialités médicales		

G = garde AS = astreinte	ZONE CENTRE FRANCHE COMTE	
Liste des spécialités retenues dans le schéma régional PDSSES (dont activités réglementées *)	RAPPEL SCHEMA CIBLE 2011-2016	SCHEMA CIBLE DE LA PDSSES 2017- 2022
Cardiologie interventionnelle *	1 AS CHU 1 AS clinique Saint Vincent Besançon	1 AS sur CHU Besançon
USIC *- Cardiologie/affection vasculaire/pathologie cardio-vasculaire	1 G CHU 1 G CH Dole 1 AS CHI Haute Comté 1 G clinique St Vincent Besançon	1 G par USIC : CHU Besançon, CH Dole, clinique St-Vincent
Gynécologie-obstétrique *	1 G + 1 AS gynécologie au CHU 1 AS au CH Dole 1 AS CHI Haute Comté 1 G polyclinique FC Besançon	1 AS si <1500 accouchements : CH Dole et CHIHC 1 G si > 1500 accouchements : Polyclinique FC 1G + 1AS si > 2500 accouchements : CHU Besançon
Neurochirurgie *	1 AS sénior + 1 G internes au CHU	1 AS + 1 G internes CHU Besançon
Neuroradiologie interventionnelle *	1 AS + 2 G internes pour la radiologie et neuroradio interventionnelle	1 AS + 1 G internes CHU Besançon
Réanimation médicale		1G CHU Besançon
Réanimation chirurgicale et polyvalente *	2 G	1 G CHU Besançon
Pédiatrie-Néonatalogie - réa pédiatrique*	1 G + 1 AS au CHU 1 AS CHI Haute Comté et 1 AS Dole 1 AS polyclinique FC Besançon	1G + 1 AS au CHU Besançon 1 AS PFC Besançon 1 AS CHI Haute Comté 1 AS CH Dole
Anesthésie dont anesthésie maternité	3 G + 3 AS au CHU 1 G CH Dole 1 G CHI Haute Comté 1 G polyclinique FC Besançon 1 AS clinique St Vincent Besançon	3 G au CHU Besançon (Maternité, chirurgie cardiaque, bloc) + 3AS 1 G CH Dole 1 G CHI Haute Comté 1 G polyclinique FC Besançon 1 demi AS clinique St Vincent Besançon pour la cardiologie interventionnelle dans l'attente du schéma territorial
Médecine polyvalente		1demi-AS (week-end) sur site SAU et 1 AS complète sur site d'urgences fermé la nuit
Gastro-entérologie et hépatologie et endoscopie digestive	1 AS + 1 G internes au CHU	1 AS + 1 G internes CHU Besançon
Hématologie	2 AS + 1 G internes au CHU	2 AS + 1 G internes CHU Besançon
Néphrologie	1 AS + 1 G internes au CHU 1 AS au CH Dole	1 AS + 1 G internes USI CHU Besançon
Neurologie - UNV *	1 G + 1 AS + 1 G internes au CHU	1 G USINV + 1G d'interne CHU Besançon
Pneumologie et endoscopie pneumo	1 AS + 1 G internes au CHU	1 AS + 1 G internes CHU Besançon
Chirurgie orthopédique et traumatologique	1 G au CHU 1 AS CH Dole 1 AS CHI Haute Comté	1G CHU Besançon 0,5 AS par site SAU autorisé en chirurgie (1ere partie de nuit et WE)
Chirurgie viscérale et digestive	1 G au CHU 1 AS CH Dole 1 AS CHI Haute Comté	1G au CHU + 1 AS par site maternité
SOS mains	1 AS au CHU	1 AS CHU Besançon
Chirurgie urologique	1 AS + 1 G internes au CHU 1 AS CHI Haute Comté	1 AS + 1 G internes CHU Besançon
Chirurgie cardiaque *, chir. vasculaire et thoracique	1 AS chirurgie cardio-thoracique 1 AS chirurgie vasculaire au CHU	2 AS chirurgie cardio-thoracique CHU Besançon 1 AS chirurgie vasculaire CHU Besançon
Chirurgie pédiatrique	2 AS + 1 G internes au CHU	2 AS + 1 G internes CHU Besançon
ORL, odontologie, chirurgie maxillo-faciale	1 AS ORL au CHU 1 AS chirurgie maxillo-faciale au CHU	1 AS ORL CHU Besançon 1 AS chirurgie maxillo-faciale CHU Besançon
Ophthalmologie	1 AS au CHU CH Dole : 1 AS	1 AS CHU Besançon
Psychiatrie d'urgence	1 AS + 1 G internes au CHU 1 AS CHI Haute Comté	1 Garde interne + 1 AS psychiatrie adulte CHU Besançon partagée avec CHS Novillars 1 AS pédopsychiatrie CHU Besançon selon les besoins 1 AS CHI HC 1 AS CH Dole assurée par CHS St Ylie
Biologie médicale	3 AS + 1 G internes au CHU 1 AS CH Dole 1 AS CHI Haute Comté 1 AS CH Gray	3 AS + 1 G internes CHU Besançon Dans l'attente du schéma territorial : maintien des AS sur les autres sites SAU
Radiodiagnostic et imagerie médicale	CHU : 1 AS + 2 G internes pour la radiologie et neuroradio interventionnelle CH Dole : 1 AS 1 AS CHI Haute Comté 1 AS CH Gray	1 G infra-régionale FC en télé-radiologie, Dans la période intermédiaire : 1 AS + 1 garde d'interne au CHU Besançon et 1 AS sur les autres sites SAU
Pharmacie	2 AS + 1 G internes au CHU CH Dole : 1 AS 1 AS CHI Haute Comté	3 AS pour le territoire : CHU, CH Dole, CHIHC + 1 garde d'interne CHU Besançon
Autres spécialités médicales	1 AS infectiologie au CHU	1 AS infectiologie mutualisée avec CHU Dijon

<i>G = garde</i> <i>AS = astreinte</i>	ZONE JURA	
Liste des spécialités retenues dans le schéma régional PDES (dont activités réglementées *)	RAPPEL SCHEMA CIBLE 2011-2016	SCHEMA CIBLE DE LA PDES 2017- 2022
Cardiologie interventionnelle *		
USIC *- Cardiologie/affection vasculaire/pathologie cardio-vasculaire	1 G CHI Jura sud	1 G par USIC : CHI Jura Sud
Gynécologie-obstétrique *	1 AS CHI Jura sud	1 AS CHI Jura sud
Neurochirurgie *		
Neuroradiologie interventionnelle *		
Réanimation chirurgicale et polyvalente *	1 G CHI Jura sud	1 G CHI Jura sud
Pédiatrie-Néonatalogie*	1 G CHI Jura sud 1 AS CH St-Claude	1 G CHI Jura sud
Anesthésie dont anesthésie maternité	1 G CHI Jura sud 1 G CH St-Claude	1 G CHI Jura sud
Médecine polyvalente		1demi-AS (week-end) sur site SAU et 1 AS complète sur site d'urgences fermé la nuit
Gastro-entérologie et hépatologie et endoscopie digestive	1 AS CHI Jura Sud	1 AS CHI Jura sud
Hématologie		
Néphrologie	1 AS CH St-Claude	0
Neurologie - UNV *	1 AS CHI Jura sud	1 AS UNV CHI Jura sud
Pneumologie endoscopie pneumologique	1 AS CHI Jura sud	0
Chirurgie orthopédique et traumatologique	1 AS CHI Jura sud 1 AS CH St-Claude	1 AS CHI Jura Sud
Chirurgie viscérale et digestive	1 AS CHI Jura sud 1 AS CH St-Claude	1 AS CHI Jura Sud
SOS mains		
Chirurgie urologique		1 AS CHI Jura Sud à mettre en place avec le CHRU
Chirurgie cardiaque *, chir. vasculaire et thoracique		
Chirurgie pédiatrique		
ORL, odontologie, chirurgie maxillo-faciale		
Ophthalmologie		
Psychiatrie d'urgence		1 AS CHI Jura Sud assurée par CHS S-Ylie
Biologie médicale	1 AS CHI Jura sud 1 AS CH St-Claude	1 AS pour le territoire Dans l'attente du schéma territorial maintien 1 AS sur St-Claude
Radiodiagnostic et imagerie médicale	1 AS CHI Jura sud 1 AS CH St-Claude 1 AS CH Champagnole	1 G régionale ou infra-régionale en télé-radiologie Dans la période intermédiaire maintien des AS actuelles
Pharmacie	1 AS CHI Jura sud	1 AS pour le territoire
Autres spécialités médicales		

<i>G = garde</i> <i>AS = astreinte</i>	ZONE NORD FC	
Liste des spécialités retenues dans le schéma régional PDES (dont activités réglementées *)	RAPPEL SCHEMA CIBLE 2011-2016	SCHEMA CIBLE DE LA PDES 2017- 2022
Cardiologie interventionnelle *		1 AS HNFC
USIC *- Cardiologie/affection vasculaire/pathologie cardio-vasculaire	2 G HNFC	1 G HNFC USIC
Gynécologie-obstétrique *	2 G HNFC 1 AS clinique Montbéliard	HNFC : 2 G si > 3500 accouchements selon l'organisation interne mise en place
Neurochirurgie *		
Neuroradiologie interventionnelle *		
Réanimation chirurgicale et polyvalente *	2 G HNFC	2 G HNFC
Pédiatrie-Néonatalogie*	HNFC : 1 AS + 1 G 1 AS clinique Montbéliard	HNFC : 1 G + 1 AS + 1 garde d'interne
Anesthésie dont anesthésie maternité	3 G HNFC 1 AS clinique Montbéliard	2 G HNFC dont 1 G anesthésie maternité + 1 garde d'interne
Médecine polyvalente		0,5 AS (week-end)
Gastro-entérologie et hépatologie et endoscopie digestive	1 AS HNFC	1 AS HNFC
Hématologie		
Néphrologie	1 AS HNFC	1 AS USI HNFC
Neurologie - UNV *	1 AS HNFC	1 AS HNFC
Pneumologie et endoscopie pneumo	1 G HNFC	1 AS HNFC
Chirurgie orthopédique et traumatologique	2 AS HNFC	1 AS HNFC + 1 garde d'interne
Chirurgie viscérale et digestive	1 AS HNFC	1 AS HNFC
SOS mains		
Chirurgie urologique		1 AS HNFC
Chirurgie cardiaque *, chir. vasculaire et thoracique		1 AS chirurgie vasculaire HNFC
Chirurgie pédiatrique		
ORL, odontologie, chirurgie maxillo-faciale	1 AS ORL HNFC	1 AS HNFC
Ophthalmologie	1 AS HNFC	1 AS HNFC
Psychiatrie d'urgence	1 AS HNFC	1 AS Psychiatrie HNFC assurée par l'AHBFC
Biologie médicale	2 AS HNFC	1 AS HNFC pour le territoire
Radiodiagnostic et imagerie médicale	1 AS HNFC	1 G infra-régionale en télé-radiologie Dans la période intermédiaire : 1 demi-garde et une demi-AS HNFC
Pharmacie		1 AS pour le territoire
Autres spécialités médicales		1 AS de gériatrie à expérimenter

G = garde AS = astreinte	ZONE HAUTE SAONE	
Liste des spécialités retenues dans le schéma régional PDES (dont activités réglementées *)	RAPPEL SCHEMA CIBLE 2011-2016	SCHEMA CIBLE DE LA PDES 2017- 2022
Cardiologie interventionnelle *		
USIC *- Cardiologie/affection vasculaire/pathologie cardio-vasculaire	1 G CHI 70	1 G USIC GH Haute-Saône
Gynécologie-obstétrique *	1 AS CHI 70	1 AS GH Haute-Saône
Neurochirurgie *		
Neuroradiologie interventionnelle *		
Réanimation chirurgicale et polyvalente *	1 G CHI 70	1 G GH Haute-Saône
Pédiatrie-Néonatalogie*	1 AS CHI 70	1 AS GH Haute-Saône
Anesthésie dont anesthésie maternité	1 G CHI 70	1 G GH Haute-Saône
Médecine polyvalente		1 demi-astreinte (de week-end) par site SAU et 1 AS commune aux sites de Lure et Luxeuil
Gastro-entérologie et hépatologie et endoscopie digestive	1 AS CHI 70	1 AS GH Haute-Saône
Hématologie		
Néphrologie	1 AS CHI 70	0
Neurologie - UNV *		1 AS dans le cas de la mise en place d'une UNV selon objectif du SRS
Pneumologie et endoscopie pneumologique	1 AS CHI 70	0
Chirurgie orthopédique et traumatologique	1 AS CHI 70	1 AS GH Haute-Saône
Chirurgie viscérale et digestive	1 AS CHI 70	1 AS GH Haute-Saône
SOS mains		
Chirurgie urologique	1 AS CHI 70	1 AS GH Haute-Saône
Chirurgie cardiaque *, chir. vasculaire et thoracique		
Chirurgie pédiatrique		
ORL, odontologie, chirurgie maxillo-faciale	1 AS CHI 70	1 AS GH Haute-Saône
Ophtalmologie	1 AS CHI 70	1 AS GH Haute-Saône
Psychiatrie d'urgence		1 AS GH Haute-Saône assurée par l'AHBFC
Biologie médicale	1 AS CHI 70	1 AS GH Haute-Saône pour le territoire
Radiodiagnostic et imagerie médicale	1 AS CHI 70	1 G infra-régionale en télé-radiologie Dans la période intermédiaire : 1 AS GH Haute-Saône
Pharmacie	1 AS CHI 70	1 AS GH Haute-Saône pour le territoire
Autres spécialités médicales		1 AS gériatrie pour le territoire à expérimenter

5.3 Améliorer l'efficacité du système de santé

5.3.1 Efficacité et performance du système de santé

5.3.1.1 Contexte et problématique

La France a un système de santé performant qui doit préserver sa viabilité en relevant un certain nombre de défis structurels : face au poids croissant des maladies chroniques à traiter, à l'évolution des technologies et aux ressources financières limitées, le maintien d'un système de santé solidaire implique l'évolution structurelle de ce système de santé, alliant qualité des soins et maîtrise des dépenses.

Le Plan National de Gestion du Risque et d'Efficacité du Système de Soins (PNGRESS), définit les objectifs pluriannuels de gestion du risque ainsi que les objectifs relatifs à l'efficacité du système de soins.

Il se structure en quatre grands axes stratégiques :

- améliorer la pertinence des actes prescrits et diffuser les recommandations de bon usage pour réduire les soins et prescriptions redondants et inadéquats ;
- accompagner le virage ambulatoire en adaptant mieux les prises en charge, en aidant aux changements de pratique tout en appuyant les patients, les établissements et les professionnels de santé ;
- améliorer l'efficacité de la dépense hospitalière pour pérenniser la qualité de service et préserver la santé financière des établissements ;
- promouvoir la prescription des génériques et poursuivre les efforts sur les prix des médicaments et des dispositifs médicaux.

En région Bourgogne-Franche-Comté, le PNGRESS se traduit dans un Plan Pluriannuel Régional de Gestion du Risque et d'Efficacité du Système de soins (PPRGRESS) et se décline en trois objectifs prioritaires :

- la maîtrise de la dépense de santé en région et le renforcement de la gestion du risque ;
- la rationalisation de la gestion des établissements et l'accélération du redressement financier des plus déficitaires ;
- la garantie de la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge.

La finalité du PPRGRESS est de développer le juste soin au juste coût dans le cadre d'une démarche continue d'amélioration de la qualité des soins, en accompagnant les établissements et les professionnels de santé dans l'évolution de l'organisation des prises en charges.

Sa mise en œuvre s'appuie sur une collaboration renforcée entre l'ARS et l'Assurance Maladie, notamment dans la conception, la mise en œuvre et le suivi des actions impliquant les établissements de santé, au profit de l'efficacité du système de soins et de l'atteinte des objectifs définis par l'ONDAM.

5.3.1.2 Objectifs généraux



Objectif général n°1 : maîtriser la dépense de santé en région et renforcer la gestion du risque

Cet objectif vise d'une part à renforcer le suivi et l'analyse des dépenses de santé en région et d'autre part à améliorer la pertinence des prescriptions des établissements de santé et à optimiser les dépenses de transport et de médicaments. L'optimisation des dépenses de transports doit passer par des actions d'incitation, de contrôle et de communication. S'agissant des médicaments, l'amélioration de la pertinence de la prescription et l'optimisation du rapport efficacité-prix, passent par l'incitation des établissements à maîtriser le recours à certains médicaments de spécialité, à prescrire dans le répertoire des génériques et à utiliser la liste en sus de façon opportune ainsi qu'à assurer un meilleur suivi grâce au numéro RPPS.

Cet objectif se décline en 2 objectifs opérationnels :

- Maîtriser l'évolution des dépenses liées aux prescriptions de transports par les établissements de santé

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Développement de la contractualisation avec les établissements de santé avec l'application du dispositif des contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES)
- Amélioration de l'organisation de la commande de transports et des circuits de prescription de transports

Résultats attendus :

- Maîtrise de l'évolution des dépenses de transports

- Améliorer la pertinence de la prescription, promouvoir les prescriptions de médicaments génériques et optimiser le rapport efficacité-prix

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Contractualisation de l'évolution des prescriptions hospitalières de médicaments exécutées en ville (PHMEV) et des produits des listes de produits et prestations pris en charge par l'assurance maladie (LPP) en proposant la mise en œuvre d'un contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES) ;
- Promotion du bon usage de l'utilisation de médicaments de classes thérapeutiques ciblées et identifiées « à risques »
- Sensibilisation et accompagnement des établissements dans leur plan d'actions d'amélioration

Résultats attendus :

- Maîtriser les dépenses liées aux prescriptions hospitalières de médicaments exécutées en ville
- Maîtriser les dépenses des produits de la liste en sus - médicaments
- Progression du taux de prescription de médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques



Objectif général n°2 : rationaliser la gestion des établissements et accélérer le redressement financier des plus déficitaires

Cet objectif vise tout d'abord à s'assurer que les économies réalisées sur les dépenses d'assurance maladie ne se traduisent pas par l'émergence de déficits hospitaliers dans le secteur public, en renforçant le suivi et l'accompagnement des établissements en difficulté financière ainsi que l'anticipation des éventuelles dégradations, en maîtrisant l'augmentation de la masse salariale dans l'ensemble des établissements de santé, en développant la fonction achat pour dégager des marges de manœuvre supplémentaires et plus généralement en accompagnant les établissements de santé dans les restructurations, mutations et coopérations nécessaires à la modernisation de leur organisation et à l'optimisation de leur performance.

Cet objectif se décline en 4 objectifs opérationnels :

- Développer et institutionnaliser la fonction achat pour dégager des marges de manœuvre supplémentaires tout en maintenant le même niveau de qualité des soins : programme performance hospitalière pour des achats responsables (PHARE)

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Professionnalisation de la fonction achat
- Incitation des établissements à recourir aux groupements et à la mutualisation
- Développement et promotion des outils d'analyse et de benchmark à disposition des établissements

Résultats attendus :

- Réaliser des gains achats

➤ Maîtriser la croissance de la masse salariale

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Contractualisation de l'évolution des dépenses du Titre 1
- Développement et promotion des outils de suivi et de gestion à disposition des établissements

Résultats attendus :

- Maîtriser l'augmentation de la masse salariale

➤ Optimiser les enveloppes d'aides exceptionnelles par l'évolution du taux de marge brut et accompagner les établissements de santé en difficulté financière

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Supervision des établissements sous contrat de retour à l'équilibre financier (CREF)/plan de retour à l'équilibre (PRE)
- Standardisation des outils d'analyse et de contrôle, en particulier pour les établissements en COPERMO (comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins)
- Echange autour des bonnes pratiques et élaborer des fiches pratiques sur les leviers d'efficience mobilisables

Résultats attendus :

- Diminuer les aides exceptionnelles sans augmentation des déficits hospitaliers
- Intégrer dans les CREF des établissements des objectifs précis sur les cibles d'équilibre financier et les effectifs rémunérés

➤ Générer des gains d'efficience par la simplification et la modernisation du parcours administratif hospitalier (processus accueil/facturation/recouvrement)

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Mise en œuvre des chantiers « paiement à l'entrée » et « paiement à la sortie » visant à simplifier le parcours administratif du patient et assurer le paiement des créances patient avant la sortie de l'hôpital
- Déploiement de FIDES (facturation individuelle des établissements de santé)

Résultats attendus :

- Diminution des restes à recouvrer pour la part patient



Objectif général n°3 : garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge

Cet objectif vise d'une part à renforcer la démarche de pertinence des actes hospitaliers visant à réduire les variations de pratiques médicales pour les actes hospitaliers au bénéfice d'une meilleure qualité des prises en charge et d'une efficacité renforcée des dépenses de santé, et d'autre part à promouvoir un développement ambitieux des prises en charge ambulatoires en substitution de l'hospitalisation complète et à adapter les organisations et les capacités en conséquence.

Cet objectif se décline en 2 objectifs opérationnels :

- Réduire les variations de pratiques médicales selon les thèmes prioritaires régionaux : cf. fiche V.4.1 : Qualité et sécurité des soins
- Développer les prises en charge alternatives à temps partiel et ambulatoires

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Contractualisation pour améliorer la pertinence des soins délivrés par les établissements de santé dans le cadre du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) ;
- Soutien financier des établissements de santé dans le développement des modes de prises en charge (en substitution de l'hospitalisation complète)
- Identification des spécialités médicales prioritaires à investiguer pour développer l'activité en hôpital de jour

Résultats attendus :

- Favoriser la réduction du recours à l'hospitalisation à temps plein
- Développer la réhabilitation améliorée en chirurgie (RAC)
- Réduire la durée moyenne de séjour (DMS) et améliorer l'indice de performance de la durée moyenne de séjour (IPDMS) en MCO
- Proposer une meilleure graduation de l'offre (hospitalisation complète, hospitalisation partielle, prise en charge ambulatoire, ville, etc.) et une organisation du parcours patient en utilisant ces différents outils de façon pertinente

5.3.1.3 Indicateurs

- Indicateurs du Plan pour l'Efficacité et la Performance du Système de Santé (PEPSS) par territoire

5.3.1.4 Articulation

Les objectifs du PPRGDRESS sont intimement liés entre eux, notamment :

- en ce qui concerne le virage ambulatoire dont les effets devraient générer des gains sur les dépenses de santé et
- la mise en place des GHT qui devraient permettre la mise en œuvre, par les établissements de santé, d'une stratégie de prise en charge graduée des soins impliquant la mise en commun d'activités et de fonctions.

5.3.1.5 Transversalité

- La plupart des fiches : l'amélioration de l'efficacité du système de santé implique qu'à chaque étape du SRS ces questions soient au cœur des réflexions.

5.3.2 Coopérations hospitalières

5.3.2.1 Contexte et problématique

La mise en place des groupements hospitaliers de territoire est prévue par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé (article 107).

Le GHT constitue un véritable outil de mise en œuvre la restructuration hospitalière. Les projets médicaux partagés (PMP) élaborés par chaque GHT doivent permettre de décliner le schéma régional de santé sur le territoire.

Les démarches déjà effectuées

- Historique des coopérations hospitalières dans la région BFC

Dans les deux ex-régions Bourgogne et Franche-Comté, la coopération entre établissements a été développée notamment à travers la mise en place de directions communes à plusieurs établissements, de fusions entre établissements et de communautés hospitalières de territoire CHT.

Ainsi 6 conventions de CHT ont été signées entre 2012 et 2015, dont 5 CHT en Bourgogne, 1 en Franche-Comté et des directions communes ont été mises en place pour 5 d'entre elles en Bourgogne : Jura Sud, Sud Yonne-Haut-Nivernais, Saône-et-Loire-nord Morvan, nord Yonne, Bourgogne méridionale, Nièvre.

Par ailleurs, une politique active de fusion d'établissements publics de santé a été menée, dans les départements de Franche Comté et en Côte d'Or : CHI Haute-Saône, CH locaux du triangle d'Or dans le Jura, CHI de Haute-Comté (Pontarlier), CH Haute Côte d'Or, CHI Beaune.

- La constitution des GHT en 2016

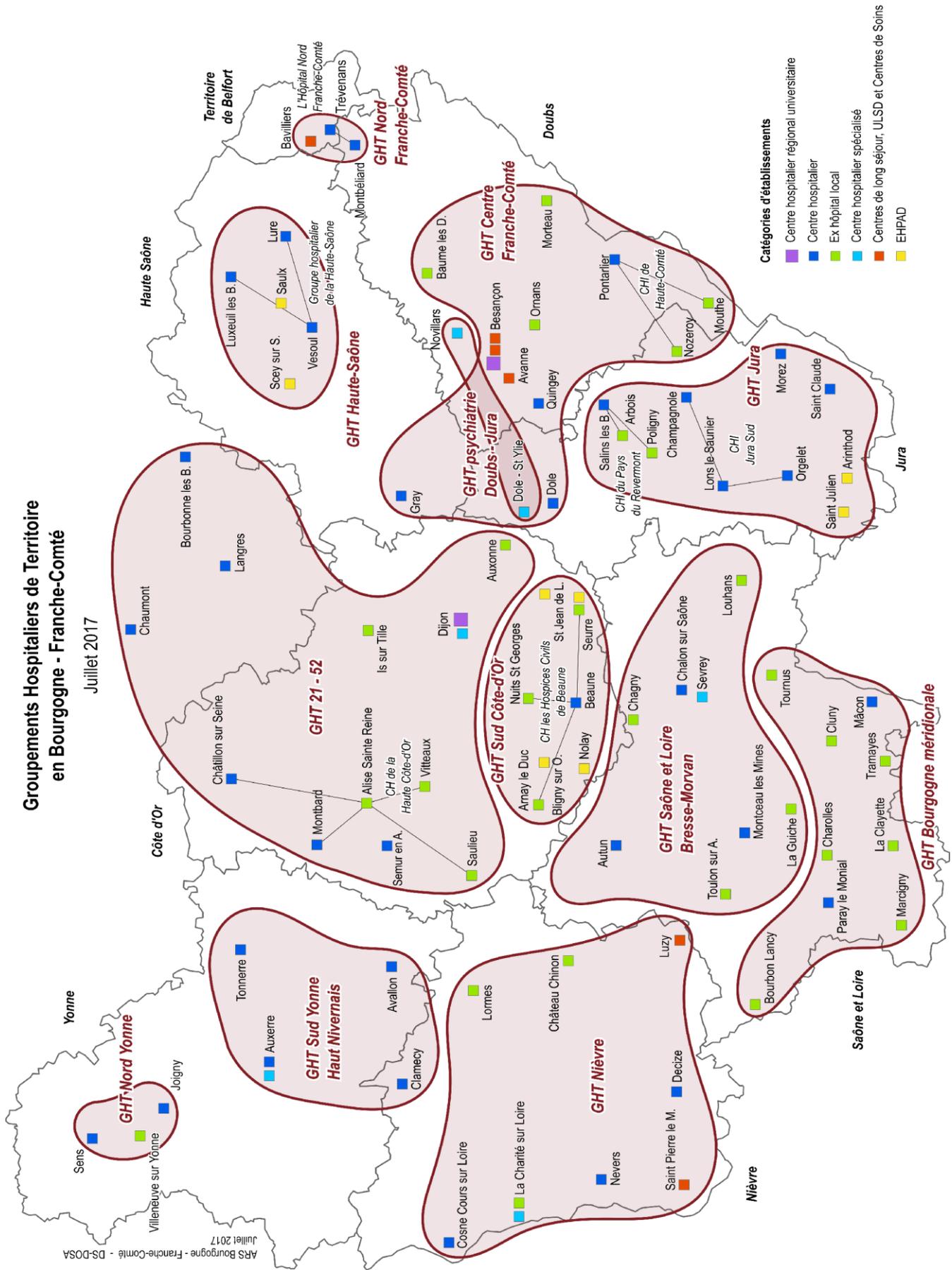
Ce processus s'est déroulé selon les étapes suivantes :

- Constitution de 11 GHT fixée par arrêté du 1^{er} juillet 2016 après en avoir arrêté le périmètre en lien étroit avec les acteurs de chaque territoire
- 2 dérogations provisoires 6 mois renouvelables jusqu'au 1^{er} juillet 2017 pour le CH Hospices Civils de Beaune et le CHS de l'Yonne
- Un 12^{ème} GHT (GHT Sud Côte d'Or), a été constitué en 2017 après consensus des partenaires concernés au vu des résultats d'une mission diligentée par l'ARS sur les scénarii de rattachement du CH HC de Beaune à un GHT
- Approbation des conventions constitutives signées entre juin et octobre, qui contiennent les axes prioritaires des futurs projets médicaux partagés (PMP)

- Diffusion d'une feuille de route aux établissements sur les thématiques à traiter dans les PMP : lettres d'approbation des conventions et courrier adressé à l'ensemble des GHT pour rappeler les priorités de l'ARS sur les parcours, le plan d'action régional des urgences, le plan national soins palliatifs, les objectifs du plan triennal en matière de renforcement des prises en charge ambulatoires et extra-hospitalières, le développement des techniques de e-santé (télé-médecine, télé-consultations, ...), le lien avec les contrats territoriaux de santé.
- Les enjeux
- L'approbation des PMP, qui doivent être la déclinaison des orientations du SRS dans les territoires d'autorisation d'activités de soins, eux-mêmes cohérents avec le périmètre des GHT
- La mise en œuvre effective des GHT avec une stratégie de groupe public qui permette de réorganiser l'offre de soins en renforçant les coopérations dans chaque territoire, et de faire face aux difficultés de la démographie médicale, aux exigences de qualité et sécurité, et aux enjeux financiers de l'assurance maladie.

Groupements Hospitaliers de Territoire en Bourgogne - Franche-Comté

Juillet 2017



5.3.2.2 Objectifs généraux

Les objectifs des GHT tels que définis par la loi sont :

-  Réorganiser l'offre de soins hospitaliers publics par territoire de GHT dans une logique de gradation des soins par filière : garantir une offre de proximité et une offre de référence et de recours ;
-  Formaliser l'association avec le CHU de référence sur les missions relatives à la formation médicale, à la politique de recrutement médical, à la recherche clinique et aux activités de recours régional ;
-  Rationaliser les modes de gestion par une mise en commun de fonctions supports (département d'information médicale, fonction achats, politique de formation, coordination des instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) et médico-techniques (biologie, pharmacie et radiologie).

Ces objectifs se déclinent en plusieurs objectifs opérationnels :

- Finalisation d'un Projet médical partagé dans chaque GHT avec un plan d'actions par filière de soins en conformité avec le SRS : adoption d'un premier projet pour le 1^{er} juillet 2017, pour 5 ans, avec la possibilité de réviser et compléter le PMP par avenant
- Adoption d'un schéma territorial de la permanence et de la continuité des soins dans chaque GHT déclinant les principes régionaux de la PDES tels que figurant dans le SRS
- Réorganisation des activités de biologie, pharmacie et imagerie au niveau de chaque GHT, en conformité avec les schémas et préconisations régionaux
- Conclusion d'une convention entre chaque GHT et le CHU de référence
- Mise en place d'un département d'information médicale de territoire (DIM) selon les modalités définies dans la convention ou par avenant à la convention de GHT
- Mise en place de la fonction achat du GHT selon les principes déclinés par les textes et le guide national, déclinés dans un avenant à la convention de GHT
- Démarche de convergence des systèmes d'information avec l'accompagnement de l'ARS et de l'ASIP
- Développement de la e-santé selon le cadrage régional mis en place (télémédecine, territoire de soin numérique etc...)
- Coordination des politiques de formation
- Démarche engagée en vue de la certification conjointe
- Accompagnement de l'ARS pour la mise en place des équipes médicales de territoire

5.3.2.3 Indicateurs

- Coopération/mutualisation mises en œuvre dans le cadre des PMP des GHT :
 - o par filière de soins (médecine, pédiatrie, oncologie, gériatrie et radiologie ...)
 - o et par type de fonctions (support, médico-technique ... ex PUI, biologie médicale, imagerie)

5.3.2.4 Articulation

- Programme de prévention
- Schéma régional des ressources humaines en santé, offre médico-sociale
- PEPSS
- Politique qualité et sécurité des soins
- Programme régional e-santé
- Convention ARS/Assurance Maladie

5.3.2.5 Transversalité

- Parties 2, 3, 4 : fiches Parcours – déclinaison des parcours dans les PMP
- Fiche 5.2.1 : Plan d'action régional sur les urgences - PARU
- Fiche 5.2.2 : Permanence des soins en établissements de santé – PDES
- Partie 6 : Planifier les activités de soins

5.4 Assurer la qualité, la sécurité et la pertinence des soins

5.4.1 Qualité, sécurité et pertinence des soins

5.4.1.1 Contexte et problématique

Véritables enjeux de santé publique, la qualité et la sécurité des soins ont été positionnées, avec la loi Hôpital patients santé et territoires (HPST), comme des outils de gestion interne des établissements de santé et des instruments de régulation externe et de dialogue entre les opérateurs hospitaliers et les ARS.

Si la loi HPST a introduit des critères de performance pour les établissements et services médico-sociaux (ESMS), c'est la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2016 qui généralise les contrats pluri-annuels d'objectifs et de moyens (CPOM) sur le champ médico-social.

Ainsi, les démarches d'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des usagers fédérant l'ensemble des activités de soins, constituent un des leviers que l'ARS mobilisera pour atteindre les objectifs du SRS.

Les agences régionales en Bourgogne et en Franche-Comté ont déjà engagé des programmes visant à renforcer ces démarches dans les champs sanitaire, médico-social et ambulatoire, notamment sur les thématiques suivantes :

- Le traitement des événements indésirables graves associés aux soins,
- Le suivi des procédures de certification des établissements de santé et les évaluations des établissements médico-sociaux,
- L'accompagnement des professionnels de santé par des structures de vigilance et d'appui,
- La promotion de la qualité de la sécurité et de la pertinence des soins.

De nombreux outils et dispositifs contribuant à assurer la sécurité des soins sont déjà en place ou en cours de déploiement, comme par exemple les équipes mobiles d'hygiène de territoire. Certains domaines des soins, tels que la lutte contre l'antibiorésistance ou la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse, ont fait l'objet de politiques dédiées en termes de qualité et de sécurité.

Ces approches réussies, dans des périmètres sectoriels définis, doivent être poursuivies et complétées par d'autres actions transversales.

5.4.1.2 Objectifs généraux

Pour faire progresser la qualité et la sécurité des prises en charge, l'ARS se doit de définir, mettre en œuvre et évaluer sa politique et son programme en matière d'évaluation, d'amélioration et de sécurisation des organisations, des soins et des produits.

La politique régionale s'appuiera :

- sur les programmes et orientations nationales dont elle assurera une déclinaison régionale (Loi de santé 2016, Programme national pour la sécurité des patients (PNSP), programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS), décrets événements indésirables graves de santé (EIGS), plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS)...), Politique Régionale du médicament et des produits de santé (cf. fiche 5.4.2 : Politique régionale du médicament et des produits de santé)
- sur les dispositifs d'évaluation et indicateurs nationaux (certification de la haute autorité de santé (HAS), évaluations/enquêtes dans les structures médico-sociales, indicateurs de lutte contre les infections nosocomiales (LIN), de qualité et de sécurité des soins (IQSS), et incitation financières à l'amélioration de la qualité (IFAQ)).

Il s'agira de définir le juste niveau d'intervention de l'agence en veillant à assurer un suivi et un accompagnement des établissements sanitaires, des établissements médico-sociaux et des professionnels de ville.

Organisation régionale de la Fonction Qualité et Gestion des risques



Objectif général : définir un maillage régional en matière d'accompagnement des établissements et des professionnels de la région en déployant le réseau régional de vigilance et d'appui (RREVA)

Cet objectif se décline en 4 objectifs opérationnels :

- Elaborer un programme régional d'actions en matière de Qualité et de Sécurité des Soins
- Poursuivre le processus de coordination des structures régionales de vigilance et d'appui (SRVA) et le suivi de ces structures :

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Elaboration des CPOM des structures régionales de vigilance et d'appui,
- Mise en place d'une réunion régionale de sécurité sanitaire

- Organiser le recueil et le suivi des signalements à l'échelle régionale :

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Formalisation et diffusion d'une procédure régionale de déclaration des événements indésirables à l'agence
- Promotion du portail des signalements

- Mettre en place des retours d'expérience et des actions régionales d'amélioration des pratiques et des soins en s'appuyant sur les équipes et les réseaux professionnels

Résultats attendus :

- Développer un pilotage régional en matière de qualité et de sécurité des soins
- Améliorer la déclaration et la prise en compte des événements indésirables associés aux soins et des dysfonctionnements graves

Suivi des démarches qualité



Objectif général : déployer la politique régionale au sein des structures et des professionnels de santé et rendre sa mise en œuvre effective au travers de la contractualisation avec les établissements sanitaires et les établissements et services médico-sociaux en tenant compte des nouvelles organisations (GHT, coopérations médico-sociales)

Cet objectif se décline en 3 objectifs opérationnels :

- Assurer l'évaluation des structures au travers des CPOM et des contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) des établissements sanitaires et de la contractualisation des établissements médico-sociaux via les CPOM
- Disposer de données analysées sur l'ensemble des champs sanitaire, médico-social et ambulatoire

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Développement du recueil de données quantitatives et qualitatives sur le champ médico-social et ambulatoire pour lequel il n'existe pas encore de suivi harmonisé des démarches qualité et de gestion des risques
- Amélioration du suivi des certifications et accompagner les projets de GHT dans leur objectif d'harmonisation des démarches qualité
- Développement des cartes d'identité établissements, comme outils partagés par les directions de l'agence

- Impliquer les réseaux de professionnels de la qualité et de la gestion des risques œuvrant au sein des établissements de la région, les fédérations et les ordres

Résultats attendus :

- Donner un poids significatif à la qualité et à la sécurité des soins dans les contrats signés avec les établissements et lors de leur réactualisation, en y intégrant plusieurs objectifs et indicateurs de résultats
- Disposer d'une cartographie et d'un tableau de bord en matière de données qualitatives et de résultats quantitatifs pour piloter la politique qualité et sécurité des soins.

Appui aux acteurs



Objectif général : accompagner les acteurs de santé, les patients et les usagers pour leur permettre de percevoir les enjeux de la sécurité des soins, les objectifs à poursuivre pour garantir la sécurité et les moyens de s'améliorer, individuellement et collectivement

Cet objectif se décline en 5 objectifs opérationnels :

- Développer la pertinence des prises en charge et réduire les variations de pratiques médicales selon les thèmes prioritaires régionaux

Cet objectif vise d'une part à renforcer la démarche de pertinence des actes hospitaliers visant à réduire les variations de pratiques médicales pour les actes hospitaliers au bénéfice d'une meilleure qualité des prises en charge. Un soin est qualifié de pertinent lorsqu'il est dispensé en adéquation avec les besoins du patient, sur la base d'une analyse bénéfiques/risques, et conformément aux données actuelles de la science, aux recommandations de la haute autorité de santé (HAS) et des sociétés savantes nationales et internationales.

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Contractualisation pour améliorer la pertinence des soins délivrés par les établissements de santé dans le cadre du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) ;
- Mise en œuvre des mises sous accord préalable (MSAP) selon les thèmes prioritaires régionaux
- Sensibilisation du grand public, des usagers, des professionnels
- Accompagnement des établissements dans l'amélioration de leurs pratiques

Résultats attendus :

- Réduire le nombre d'actes non pertinents

- Accroître les mesures d'accompagnement individuel et collectif

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Elaboration d'une procédure d'accompagnement gradué des établissements sanitaires au regard de leurs résultats de certification
- Développement d'un référentiel commun d'évaluation interne des ESMS pour la région Bourgogne-Franche-Comté

- Assurer la diffusion et la promotion des outils qui ont été ou pourront être créés en région.

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Promouvoir les évaluations des pratiques professionnelles EPP

- Développer la culture de la qualité et de la sécurité des soins en mettant à disposition outils et formations

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Organisation de journées d'information et de promotion à destination de l'ensemble des professionnels

- Associer les représentants d'utilisateurs à ces démarches

Résultats attendus :

- Fédérer les professionnels de santé des différents secteurs de soins et les utilisateurs autour de priorités partagées et d'objectifs communs

5.4.1.3 Indicateurs

- CPOM des SRVA signés
- RREVA installé (règlement intérieur validé)
- Programme d'actions diffusé et mis en œuvre (pourcentage d'actions mises en œuvre)
- Nombre d'objectifs qualité et sécurité des soins définis dans les contrats signés avec les structures de soins
- Tableau de bord finalisé et suivi
- Procédure d'accompagnement formalisée
- Journées régionales qualité et sécurité associant professionnels, représentants d'utilisateurs et utilisateurs

5.4.1.4 Articulation

Les actions et programmes visant à garantir la qualité et la sécurité des prises en charge, déployés à un niveau régional, sont portées en lien et avec le concours :

- Des établissements sanitaires, établissements et services médico-sociaux et professionnels de santé
- Des structures régionales d'appui et de vigilance : réseau qualité des établissements de santé de Franche Comté (RéQUA), observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques (OMEDIT), centre de prévention des infections associées aux soins (CPIAS), centre régional de pharmacovigilance (CRPV), ...

Ces actions inscrites dans le cadre de la politique régionale de l'ARS s'articulent avec les plans nationaux ou programmes définis au sein des agences, telles que la HAS, l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)...

5.4.1.5 Transversalité

Les actions qualité et sécurité des soins doivent s'intégrer et se coordonner aux programmes définis pour les parcours transversaux de prise en charge des personnes. Elles doivent s'articuler avec les programmes de pertinence des soins.

Elles nécessitent d'être partagées et investies par l'ensemble des directions de l'agence.

- Partie 2 : Accompagner les personnes fragiles dans leur autonomie et le respect de leurs droits
- Partie 3 : Se mobiliser fortement sur la santé mentale
- Partie 4 : Fluidifier les parcours de santé pour mieux accompagner les usagers
- Fiche 5.4.2 : Politique régionale du médicament et des produits de santé (PRM)
- Fiche 7.3 : Coopération et contractualisation

5.4.2 Politique régionale du médicament et des produits de santé (PRM)

5.4.2.1 Contexte et problématique

Depuis 2014, il est apparu à l'ARS nécessaire de mettre en place une « Politique Régionale du Médicament » (PRM), en raison de l'enjeu prioritaire de santé publique que constitue le médicament, tant par son volet sanitaire et le risque potentiel lié à l'iatrogénie, que par son volet économique lié au coût pour la société.

Les professionnels de santé des trois champs du système de soins des patients (ambulatoire, sanitaire et médico-social) sont conscients que son utilisation n'est pas à banaliser tout au long des étapes de la prise en charge médicamenteuse : les médecins pour l'acte de prescription, les pharmaciens pour l'acte de dispensation ou le personnel soignant pour son administration.

Le patient lui-même doit devenir, et devient, de plus en plus acteur de sa santé et reste attentif à la qualité des soins qui lui sont dispensés.

Devenue « Politique Régionale du médicament et des produits de santé », la PRM rassemble en un comité stratégique à la fois les compétences internes de l'ensemble des directions de l'ARS, ainsi qu'en externe l'ensemble des partenaires (assurance maladie, structures d'appui, fédérations professionnelles, réseaux, experts et patients).

Elle a pour objectif d'améliorer la qualité de prise en charge des patients en articulant des actions autour de trois axes prioritaires régionaux :

- la sécurité sanitaire ;
- le bon usage ;
- la pertinence et l'efficacité médico-économique.

Il convient de souligner que les 3 axes de la PRM sont très liés : la sécurité sanitaire passe par la pertinence et le bon usage et impacte donc directement le coût ; le bon usage est destiné à diminuer voire éviter la iatrogénie et ainsi améliorer la sécurité sanitaire et l'efficacité.

Les 3 axes sont tour à tour déclinés dans 6 thématiques :

- anti-infectieux et lutte contre l'antibiorésistance, ;
- santé publique, comprenant différentes actions transversales ;
- gestion du risque (aspect médico-économique) ;
- cancer ;
- personnes âgées ;
- dispositifs médicaux.

L'ARS organise les travaux des thématiques « Santé Publique, Anti-infectieux, et Gestion du risque ». Pour les thématiques « Cancer, Personnes âgées, et Dispositifs médicaux », le suivi des actions menées par différents partenaires ou structures est confiée à l'observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique de Bourgogne-Franche-Comté (OMEDIT-BFC).

En 2017, la PRM est structurée sur tout le territoire de Bourgogne-Franche-Comté. La fusion administrative régionale entre Bourgogne et Franche-Comté a été l'occasion de mettre en lumière et d'organiser les actions menées à la fois par les deux ex-régions et celles menées conjointement, dans un but de convergence des dispositifs, et en cohérence avec les autres dispositifs prioritaires de l'ARS que sont notamment les parcours, dont le parcours cancer et le parcours personnes âgées, particulièrement concernés par les problématiques du médicament.

La PRM définit, en lien avec les parcours prioritaires et les orientations nationales, les priorités d'actions à retenir pour la région BFC en matière de médicaments et de dispositifs médicaux, et pilote leur mise en œuvre en soutenant sur le plan organisationnel et financier le cas échéant l'amorçage de projets innovants, qui ont cependant vocation à devenir pérennes de façon autonome.

La PRM forme ainsi un dispositif innovant et structurant au service de la santé, cohérent avec les différents enjeux et orientations de la Stratégie Nationale de Santé repris dans le Cadre d'orientation stratégique (COS), dans le but de concourir à l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins, de la sécurité des patients et des prises en charge.

5.4.2.2 Objectifs généraux

La PRM a pour **objectif opérationnel transversal** la valorisation régionale des actions et des dispositifs mis en place par les structures d'appui et les partenaires, en vue de leur déploiement sur le territoire de Bourgogne-Franche-Comté.

Elle contribue à la visibilité régionale des actions en organisant notamment une journée régionale d'échanges annuelle permettant de mettre en avant les actions et les dispositifs mis en place sur le territoire BFC par les différents porteurs de projets. Un document annuel de synthèse qui intègre les éléments structurant et un état des lieux détaillé de la PRM est aussi élaboré à cette intention.

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- mise en place de formations et d'outils d'aide aux professionnels de santé ; dont des outils utilisant les nouvelles technologies et systèmes d'information partagés (e-learning...)
- expérimentation d'actions ville hôpital
- travaux menés à l'échelle des GHT
- sécurisation du circuit du médicament en établissements de santé, établissements médicosociaux et secteur libéral
- implication du patient comme acteur de sa santé

La contribution des actions menées pour atteindre les objectifs nationaux de santé publique doit pouvoir être quantifiée par les indicateurs définis en lien avec les objectifs des thématiques.

Les objectifs généraux concernant les 6 thématiques prioritaires de la PRM sont les suivants :



Maitriser l'antibiorésistance et promouvoir un usage raisonné des antibiotiques (pilote ARS)

Les ARS ont reçu pour mission (instruction du 19 juin 2015) de mettre en œuvre le plan d'alerte sur les antibiotiques dans les trois secteurs de soins (Etablissements de santé, Etablissements Médico-Sociaux et Ville), en lien avec l'assurance maladie, les structures d'appui et les professionnels ainsi que de renforcer et animer les réseaux autour d'actions prioritaires.

Préserver l'efficacité des antibiotiques est maintenant une des priorités de la SNS.

La feuille de route interministérielle de Novembre 2016 précisait déjà les orientations prioritaires visant à **réduire de 25 % la consommation d'antibiotiques et réduire les conséquences sanitaires (humaines et animales) et environnementales**, selon 40 actions réparties en 13 mesures phares, selon **4 axes** principaux (le 5^{ème} concernant l'international) dont les objectifs généraux sont :

La communication auprès du grand public

- Promouvoir l'information et l'implication du patient sur l'usage raisonné des antibiotiques

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Action de communication menée lors de la semaine sécurité des patients, actions conjointes à construire avec l'Assurance maladie
- Mise en place de travaux d'échanges de pratiques visant à faire connaître et promouvoir les actions transversales à développer en BFC en associant des usagers (ex : Journée de regards croisés mise en place conjointement ARS et DRAAF-Ecoantibio)

- Promouvoir la prévention des infections auprès des enfants et adolescents

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Déploiement de l'outil e-bug dans les établissements scolaires
- Mise en place d'actions ciblées de communication sur l'hygiène et la vaccination auprès des jeunes à travers notamment le site du PASS santé, et dans le secteur médico-social

La formation des professionnels de santé et bon usage des antibiotiques en médecine humaine

- Mobiliser l'ensemble des professionnels de santé tant sur la ville, l'hôpital que le secteur médico-social

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Mise en ligne d'outils et de formations en lien avec les URPS

- Organiser le Conseil en antibiothérapie (en lien avec la fiche PRS 6.1.3 médecine) qui comprend :
 - Le conseil au prescripteur d'antibiotiques : avis / expertise apportés à un prescripteur face à un cas particulier d'un patient
 - La diffusion d'outils d'aide à la décision et à la prescription
 - La sensibilisation et la diffusion d'informations pour améliorer les pratiques

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Déploiement du conseil en antibiothérapie sur les territoires des GHT en favorisant le recrutement d'infectiologues, constitution d'un réseau pluri-professionnel regroupant les référents en antibiothérapie, biologistes, pharmaciens, hygiénistes ...

- Développer les partages d'expériences et améliorer l'adoption de mesures de prévention efficaces

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Organisation de journées régionales telles que le « Symposium antibioticum »
- Organisation de journées dédiées pour les référents en antibiothérapie non infectiologiques ...

La recherche et innovation en matière de maîtrise de l'antibiorésistance

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Développement d'actions de recherche en lien avec d'autres organismes de recherche régionaux tels que le CNR de résistance aux antibiotiques et l'UMR 6249, le CNRS Chrono-environnement (Besançon),
- Soutien de projet de recherche innovant en vue de réduire les prescriptions d'antibiotiques et l'antibiorésistance avec le CHU de Besançon

La mesure de l'antibiorésistance avec le renforcement des réseaux de surveillance

- Mettre en œuvre des actions prioritaires en lien avec le PROPIAS – Programme National d'action de prévention des infections associées aux soins - (dont son axe 2 sur la lutte contre l'antibiorésistance) et les mesures de maîtrise médicalisée de contractualisation (dont les CAQES – Contrats d'amélioration de la qualité et sécurité des soins).

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Animation d'un réseau pluri professionnel régional dans le cadre du RREVA
- Contractualisation avec le CPIAS BFC pour objectiver les actions à mener sur les territoires (GHT) et dans les trois secteurs de soins pour le compte de l'ARS BFC
- Participation de l'ARS BFC en tant que représentant des DG-ARS au Comité de suivi national du PROPIAS

- Surveiller l'antibiorésistance à différentes échelles (région, GHT, établissement) et dans les trois secteurs de soins, identifier de nouveaux indicateurs qualité propres aux antibiotiques
Développer la connaissance de l'exposition environnementale aux antibiotiques inscrite dans le Programme Régional Santé Environnement 3 (PRSE3) (objectif 1 – action 3 du PRSE 3) (en lien avec la fiche PRS 1.4 Agir sur les déterminants de santé environnementale : plan régional santé environnement)

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Elévation de la connaissance de la consommation et de la résistance aux antibiotiques grâce à l'Observatoire de la consommation antibiotique et de la résistance bactérienne (OSCAR)... ; Introduction d'indicateurs spécifiques dans les CAQES ; Identification de priorités régionales à partir du suivi des indicateurs du tableau de bord des infections associées aux soins (BILANLIN)
- Surveillance de la couverture vaccinale vis-à-vis de la grippe saisonnière en EMS
- Surveillance de la contamination des eaux de captage par les bactéries résistantes aux antibiotiques
- Évaluation de la contamination fécale par BMR sur les captages d'eau destinée à la consommation humaine en utilisant la plus fréquente d'entre-elles – Escherichia coli productrice de bêta-lactamases à spectre étendu (BLSE)

Suite à la feuille de route ministérielle et les éléments de la SNS à venir, les objectifs ci-dessus seront affinés dans notre plan régional d'actions.



Mettre en place des actions spécifiques en rapport avec les missions de santé publique de l'agence (pilote ARS)

- Promouvoir le bon usage des anticoagulants oraux

Projet en cours de construction, en collaboration avec l'ARS, les UFR de Médecine-Pharmacie et les professionnels de santé ambulatoire et hospitaliers autour de l'accompagnement et l'éducation thérapeutique autour des anticoagulants oraux (AVK ou AOD).

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Jeu de cartes « mon traitement, je le prends correctement ! » réalisé dans le cadre de la semaine sécurité patient et proposé à tous les établissements sanitaires de la région
- Action « Pharm'ACO » porté par le CHU et l'UFR de Dijon sur l'accompagnement du patient lors de l'instauration d'un traitement par ACO (parcours hôpital-ville)
- Support de communication et d'éducation pour les primo prescriptions d'ACO
- Médicaments et sports/Santé (dont dopage) : Proposer des outils d'aide à la prescription de la pratique sportive aux médecins suivant des patients diabétiques polymédiqués
- Santé environnement : Evaluer les consommations de médicaments antiallergiques pendant le pic de pollinisation de l'ambroisie
- Promotion de l'implication des libéraux dans la prise en charge et le traitement des évènements indésirables graves (EIG) « erreurs médicamenteuses »

**Participer au programme régional de gestion du risque (GDR) – volet médicaments et produits de santé**

(pilote ARS, en lien avec la fiche 5.3.1 : Efficience et performance du système de santé et objectif de la GDR sur les indicateurs médicaments du CPOM Etat-ARS)

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Identification des classes pharmaceutiques impactantes en terme de PHEV - Optimisation des livrets thérapeutiques au regard des PHEV
- Proposer un outil semi-automatisé en ligne pour l'analyse des livrets thérapeutiques à disposition des ES pour permettre l'évaluation de l'impact du référencement sur les PHEV
- Mise en place d'un dispositif de prise en charge financière de traitement et médicaments onéreux hors liste en sus non pris en charge par un dispositif réglementaire à l'échelle région BFC

**Assurer plus d'équité et d'efficacité dans la mise en œuvre des mesures de lutte contre le Cancer (axe du plan cancer)**

(pilote OMEDIT BFC, en lien avec le Parcours Cancer (cf. fiche 4.1) et l'activité de soins Traitement du cancer (cf. fiche 6.1.9))

- **Objectif 3 du plan cancer** « Accompagner les évolutions technologiques et thérapeutiques » et notamment l'action et les sous actions suivantes : sécuriser l'utilisation des chimiothérapies orales :
 - définir les bonnes pratiques d'utilisation pour accompagner les professionnels en ville et à l'hôpital
 - adapter les organisations à l'essor des chimiothérapies orales
- **Objectif 5 du plan cancer** « Accélérer l'émergence de l'innovation au bénéfice des patients » et « promouvoir une politique globale du médicament en cancérologie »

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Développement des outils de formation/information aux chimiothérapies orales pour les professionnels via des sessions de e-learning
- Formation des professionnels ambulatoires (pharmaciens) sur les nouvelles thérapies ciblées voie orale (formation reconnue DPC par l'Université de Franche Comté)
- Sécurisation du circuit du médicament : Projet innovant de sécurisation du contrôle des préparations de chimiothérapies
- Mise en place d'un dispositif afin de lutter contre les inégalités d'accès aux médicaments et les pertes de chances, au regard des médicaments onéreux non pris en charge par un dispositif existant

➤ **Objectif 7 du plan cancer** « Assurer des prises en charges globales et personnalisées »

Préserver la continuité et la qualité de vie

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Conciliation/sécurisation du parcours thérapeutique

➤ **Objectif 15 du plan cancer** « se doter d'un système d'observation des cancers performant »

Accompagner les ES dans la mise en place des outils d'aide à la prescription pour la sécurisation, le bon usage, l'efficacité et la pertinence des pratiques.



Lutter contre la poly-médication inappropriée des personnes âgées

(pilote OMEDIT BFC en lien avec la fiche 2.1 : Parcours Personnes âgées)

➤ Fédérer un réseau de Professionnels de Santé autour de la thématique

Poursuivant la thématique « Gestion du Risque Médicamenteux » porté initialement par l'OMEDIT FC, l'OMEDIT BFC portera pour 2018 un projet pluridisciplinaire sur le sujet âgé.

En effet, un des premiers écueils retrouvés pour l'animation territoriale de cette thématique est l'absence de réseau formellement identifié et existant. En proposant aux acteurs de terrain des outils de formation à l'aide à la prise, l'OMEDIT souhaite trouver des interlocuteurs professionnels sur le terrain.

➤ Comprendre la poly-médication

La polymédication est une thématique largement connue et néanmoins qui persiste dans le temps. Le bon usage de certaines classes pharmacologiques comme les hypno-anxiolytiques est toujours un enjeu important. L'objectif fixé par l'OMEDIT BFC est de compléter l'étude DOSAGE avec le poids du vue du pharmacien et ainsi de pouvoir avoir des avis pluriels sur ce phénomène.

➤ La chute chez le sujet âgé

La chute est fortement pourvoyeuse de complications morbides chez le sujet âgé. Identifié comme problème de santé publique majeur, il est nécessaire de mettre en place des indicateurs pérennes sur ce phénomène en BFC. Tournés vers les professionnels de santé et vers les patients, ces éléments seront portés au niveau régional au sein de la PRM.

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Identification des facteurs explicatifs de la polymédication non justifiée chez le sujet âgé / identifier les leviers d'action à mettre en place pour réduire la surprescription et la surconsommation médicamenteuse des plus de 75 ans (étude DOSAGE)
- Formation des professionnels ambulatoires (pharmaciens) sur les bilans de médications (formation reconnue DPC par l'Université de Franche Comté)
- Expérimentation des dispositifs de conciliation médicamenteuse en entrée et sortie d'hospitalisation (dont le programme pour personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA)) et évaluer les différents dispositifs mis en place dans les établissements de la région BFC ;
- Préparation des piluliers hebdomadaires aux personnes âgées ciblées comme à risque de mésusage des médicaments pour améliorer l'observance à domicile
- Respect des recommandations (Haute autorité de santé (HAS)/ GDR) et dispositions réglementaires visant à réduire les consommations de benzodiazépines (Développer des actions d'observation/accompagnement des professionnels sur des thématiques particulières telles que benzodiazépines / neuroleptiques de la maladie d'Alzheimer... ; lien avec le programme d'inspections.)

Résultats attendus :

- Réduction de l'iatrogénie médicamenteuse

**Promouvoir le bon usage des dispositifs médicaux**

Travaux en cours de construction avec l'OMEDIT BFC.

5.4.2.3 Indicateurs

- Evolution régionale de la consommation globale d'antibiotiques (exprimée en DDJ/1000 personnes) sur les trois secteurs de soins ;
- Indicateurs sur l'évolution régionale de la résistance bactérienne sur les trois secteurs de soins :
 - o Proportion de SARM,
 - o Proportion d'E.Coli résistants aux C3G
- Nombre de personnes de plus de 75 ans en BFC ayant reçu plus de 10 molécules sur 3 mois
- Nombre de patients de plus de 75 ans en BFC recevant des benzodiazépines à ½ vie longue (en « simultané » un jour donné)
- Nombre de patients de plus de 75 ans en BFC sous zolpidem, zopiclone et hydroxyzine (depuis 2015) (à confirmer)

5.4.2.4 Articulation

- Assurance maladie
- Observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique de Bourgogne-Franche-Comté (OMEDIT BFC)
- Observatoire régional de la consommation antibiotiques et de la résistance (OSCAR)
- Centre de prévention des infections associées aux soins (CEPIAS)
- Réseau qualité des établissements de santé (RéQUa)
- Centres régionaux de pharmacovigilance (CRPV)
- Centre d'Evaluation et d'Information sur les Pharmacodépendances (CEIP) et Centre Antipoison et de Toxicovigilance (CAPTV)
- CHU Dijon et CHU Besançon et ES régionaux
- Fédérations, Unions régionales des professionnels de santé (URPS) libéraux (pharmaciens / médecins / infirmiers), associations d'usagers

5.4.2.5 Transversalité

Les travaux sont menés en transversalité et en articulation avec les travaux prioritaires de l'ARS, actuellement :

- Fiche 1.4 : Agir sur les déterminants de santé environnementale : plan régional santé environnement
- Fiche 2.1 : Parcours Personnes âgées
- Fiche 4.1 : Parcours Cancer
- Fiche 5.3.1 : Efficience et performance du système de santé
- Fiche 5.4.1 : Qualité, sécurité et pertinence des soins
- Fiche 6.1.9 : Traitement du cancer
- Fiche 6.1.3 : Médecine

5.4.3 Prévention et traitement des risques sanitaires

5.4.3.1 Contexte et problématique

Le système de santé doit se préparer à la gestion de situations sanitaires exceptionnelles en identifiant à partir de scénarios génériques des dispositifs de prise en charge prévoyant une montée en charge progressive en s'appuyant au maximum sur les dispositifs existants.

Par ailleurs, les professionnels de santé peuvent être confrontés à des situations dans leur pratique individuelle ou dans la structure à laquelle ils appartiennent qui nécessitent la mise en place de mesures au sein de la structure ou la mise en place de mesures de santé publique.

Cela nécessite d'anticiper l'organisation à mettre en place, les possibilités de montée en puissance du système de santé en tenant compte de marges d'adaptation qui seront fonction des moyens humains professionnalisés, de la mise en place de moyens matériels, de contre-mesures médicales et d'organisation des vecteurs pour les transports sanitaires secondaires.

Les risques susceptibles d'affecter le système de santé et sur lesquels l'ARS a intérêt à agir dans la région Bourgogne-Franche Comté sont :

Risques spécifiques à la région :

- risques liés à des activités installations industrielles fixes : 28 sites SEVESO seuil haut et 34 sites SEVESO seuil bas liés à des activités mobilisant des produits pétroliers, produits chimiques, produits phytosanitaires, explosifs ;
- risques nucléaires : En cas d'accident la région est sous influence des centrales nucléaires de Nogent sur Seine, Dampierre en Burly, Belleville sur Loire, Saint Vulbas, Creys-Meypieu, Fessenheim ;
- risques de rupture de barrages situés dans les départements du Doubs, du Jura et de la Nièvre en cas d'évènements météorologiques extrêmes ;
- risques d'accidents sur les infrastructures de transport (routes, voie ferrée, tunnels, aéroports) entraînant de nombreuses victimes, ou mobilisant des matières dangereuses ou nucléaires ;
- catastrophes naturelles spécifiques au territoire : inondations, coulées de boues, séisme (les départements 25, 39, 70, 90 sont soumis à un risque modéré) ;
- grandes manifestations sportives, culturelles, religieuses.

Risques non spécifiques :

- risques sanitaires : Evènements indésirables associés aux soins, vigilances réglementaires, épidémies, maladies émergentes, épizooties avec zoonoses, ...
- évènements météorologiques ou environnementaux majeurs : tempête, épisode de pollution de l'air, canicule, grand froid
- risques sociétaux : grèves,...
- explosion d'engins de guerre
- menace attentat ou attentat

Les risques spécifiques sont couverts dans leur grande majorité par des plans particuliers d'intervention (PPI) ou des dispositifs départementaux (Organisation de la réponse de sécurité civile (ORSEC), plan nombreuses victimes (NOVI), plan iode,) réalisés à la diligence des préfets de départements. Néanmoins il est nécessaire d'organiser les parcours de prise en charge dans des schémas ORSAN (organisation sanitaire en situation exceptionnelle).

La prise en charge s'organise autour de scénarios génériques :

- prise en charge de nombreuses victimes suite à des accidents technologiques, en cas de catastrophe naturelles ou de transport ou d'attentat ;
- mise en tension du système de santé par les conséquences d'évènements climatiques significatifs (canicule, grand froid...) ou d'épidémies ;
- capacité à mettre en place une campagne exceptionnelle de vaccination.

5.4.3.2 Objectifs généraux

Les missions et les objectifs opérationnels confiés aux acteurs du système de santé notamment les services d'aide médicale urgente (SAMU), les services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR), les établissements de santé, les établissements médico-sociaux et les professionnels de santé doivent être définis après avoir identifié les ressources régionales (libérales, pré-hospitalières, hospitalières) et analysé la gestion des flux (patients, logistique, transport en lien avec le niveau zonal pour le dispositif d'organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles (ORSAN) BIO et NRC (nucléaire, radiologique et chimique)).

Risques sanitaires



Objectif général : promouvoir le signalement afin d'améliorer la connaissance des phénomènes émergents pour mettre en place des actions de santé publique.

Cet objectif se décline en 2 objectifs opérationnels :

- Disposer d'un système de veille sanitaire connu des professionnels et avec des indicateurs de gestion
- Renforcer la préparation et l'anticipation des situations à fort impact sanitaire par les acteurs de santé

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Développement des capacités de détection et de maîtrise par les responsables de collectivités (établissements médicosociaux, ...) des épidémies de gastro entérite aiguës (GEA)/ infections respiratoires aiguës (IRA)/gale/grippe saisonnière en lien avec les structures régionales d'appui ;
- Organisation de journées d'échanges avec les acteurs de santé concernés (rétro information, sensibilisation, ...) ;
- Définition de modalités d'articulation avec les partenaires qui contribuent à la gestion des alertes sanitaires ;
- Définition avec les unions régionales de professionnels de santé (URPS) de modalités d'un renfort du secteur ambulatoire pour la mise en place d'actions de santé publique ;
- Développement de la capacité de laboratoires d'analyses médicales à surveiller les maladies émergentes

Accueil massif de victimes



Objectif général : organiser la prise en charge de nombreuses victimes en cas d'accident technologique, de catastrophe naturelle, de transport ou d'attentat sur la base de 25 % d'UA (urgences absolues) et 75 % d'UR (urgences relatives) et identifier les points de rupture de la région pour être en capacité de demander des renforts extra régionaux.

Cet objectif se décline en 5 objectifs opérationnels :

- Catégoriser dans chaque territoire de santé les établissements publics et privés en fonction des capacités de prise en charge et pré-identifier les capacités plancher de prise en charge en Urgences Absolues, Urgences Relatives :
 - les établissements de première ligne (établissements ayant des Unités Mobiles Hospitalières, étant en capacité d'assurer du damage control chirurgical et ayant des places de salle de surveillance post interventionnelle (SSPI))
 - les établissements de recours : établissement ayant un plateau technique spécialisé
 - les établissements de soutien ou de renfort : qui peuvent envoyer des équipes médico-chirurgicales
 - les établissements de repli qui peuvent prendre en charge des Urgences Relatives stabilisés et transportables et les autres patients pour libérer des lits (unités de soins continus et petits blocs de chirurgie)
- Disposer de fiches réflexes pour les acteurs de santé tenant compte de la catégorie à laquelle ils appartiennent
- Développer la formation des intervenants (damage control préhospitalier, chirurgie damage control, ...)

- Disposer d'un réseau de professionnels pour la prise en charge des troubles psycho-traumatiques post urgence dans les territoires de santé avec l'appui des Cellules d'Urgence Médico Psychologiques
- Positionner les stocks tactiques et équipements de décontamination dans les hôpitaux les plus proches des risques chimiques ou nucléaires (installations SEVESO)

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Test de l'organisation et de la connaissance de leur rôle par les différents acteurs lors d'exercices organisés à l'initiative des établissements de santé, des préfectures, de l'ARS ou du centre opérationnel de réception et de régulations des urgences sanitaires et sociales (CORRUSS)
- Elaboration et utilisation de systèmes d'information en capacité d'identifier les victimes et leur parcours de prise en charge et utilisés par les acteurs de santé concernés
- Elaboration et utilisation d'un système d'information géographique permettant de croiser les risques spécifiques à la région avec les enjeux sanitaires

Vaccination



Objectif général : organiser une réponse adaptée à l'objectif de la campagne de vaccination en situation sanitaire exceptionnelle disposant d'un processus décisionnel à même de choisir le moment venu le mode opératoire optimal

Cet objectif se décline en 2 objectifs opérationnels :

- Anticiper au mieux l'armement de sites de vaccination dédiés (lorsque ceux-ci s'avèrent nécessaires) en déterminant préalablement le nombre optimal de sites et leur localisation appropriée dans chaque département.
- Identifier les professionnels susceptibles de participer à une campagne de vaccination et organiser leur engagement.

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Estimation de la capacité du dispositif de droit commun à faire face à une vaccination de masse
- Conception et utilisation d'un outil de repérage rapide des territoires justifiant un renforcement au vu des exigences de la campagne
- Estimation du nombre de sites dédiés et de leur pré positionnement.

5.4.3.3 Indicateurs

- % d'évènements intervenus dans les collectivités ayant nécessité l'intervention de l'ARS
- % de plans blancs mis à jour en cohérence avec les schémas ORSAN
- Nombre annuel d'exercices réalisés à l'initiative des établissements de santé
- Nombre d'équipes pré hospitalières et chirurgicales opérationnelles par territoire de santé vis-à-vis du Damage Control
- Nombre de professionnels en santé mentale formés à la prise en charge des risques post-traumatiques
- Nombre de territoires disposant de sites prépositionnés

5.4.3.4 Articulation

- Partenaires : Préfets, services départementaux d'incendies et de secours (SDIS), Association des transporteurs sanitaires urgents (ATSU), Associations de sécurité civile, URPS
- Plans nationaux : plan pandémie grippale, Plan NRBC,
- Dispositifs de planification sous la responsabilité des préfets de départements : dispositifs ORSEC, Dossiers Départementaux des Risques Majeurs (DDRM), Contrat Territorial de Réponse aux Risques et aux effets potentiels des Menaces (COTRRIM).

5.4.3.5 Transversalité

- Fiche 2.1 : Parcours Personnes âgées
- Fiche 3.1 : Parcours Santé mentale et psychiatrie
- Fiche 5.2.1 : Plan d'action régional sur les urgences – PARU
- Fiche 6.1.5 : Chirurgie
- Fiche 6.1.7 : Médecine d'urgence
- Fiche 6.1.10 : Réanimation, soins intensifs et surveillance continue
- Fiche 7.3 : Coopération et contractualisation

5.4.4 Inspection-Contrôle

5.4.4.1 Contexte et problématique

La sécurité des soins et de l'accompagnement des patients et résidents est l'objectif prioritaire de l'ARS, devant celui de la qualité. En effet, la sécurité des soins est l'exigence fondamentale bien légitime de tout usager du système de santé et correspond à une forte attente de nos concitoyens. Le législateur a confié aux ARS le soin in fine de prendre les mesures régaliennes nécessaires pour assurer cette sécurité (suspension d'exercice de professionnels de santé, retrait, suspension d'autorisations à la suite de contrôles voir maintient d'autorisation malgré l'existence de réserves de la Haute autorité de santé - HAS, ou absence de certification du comité français d'accréditation - COFRAC, etc.)

La sécurité des soins demeure le sujet numéro 1 de santé publique : la gravité des signalements des professionnels, des réclamations des usagers, des événements indésirables graves (EIG) et ceux associés aux soins (EIAS) conduisent l'ARS à réaliser des inspections hors programme, la plupart dans l'urgence et de façon inopinée, sur tous ces champs.

Malgré le développement des démarches locales (unions régionales des professionnels de santé – URPS - pour le secteur libéral) et nationales de qualité, telles la certification des établissements sanitaires par la HAS, des laboratoires de biologie médicales par le COFRAC, et des structures médico-sociales par des évaluateurs externes habilités par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), « Les enquêtes nationales sur les événements indésirables liés aux soins (ENEIS) réalisées en 2005 puis 2009 mettent en évidence : une fréquence stable d'environ 1 EIG tous les 5 jours par secteur de 30 lits, et 4,5 % des séjours en établissements de santé causés par un EIG » (source HAS).

C'est pourquoi à côté de ces démarches qualité nécessaires, l'inspection est à la fois un principe tout aussi nécessaire que complémentaire compte tenu des limites de ces dispositifs qualité.

L'inspection garde toute sa place, tant par la compétence diversifiée des différents corps d'inspecteurs, que sa posture d'autorité à l'égard des organismes inspectés et d'indépendance à l'égard des décideurs. A la différence des organismes d'audit, de certification, l'inspection est soumise à des exigences légales qui lui imposent notamment que chaque thématique soit inspectée par un corps d'inspecteur disposant de l'expertise légale et technique sur la thématique contrôlée. Ces contrôles coordonnés donnent à la démarche d'inspection une légitimité et une crédibilité dans ces missions.

Par ailleurs, les démarches de qualité actuelles sont toutes basées sur l'intervention d'experts qui sont en situation d'activité professionnelle. Cette organisation présente l'avantage d'avoir en principe un regard expert du professionnel sur l'activité auditée. En revanche, il présente l'inconvénient du conflit d'intérêt inhérent à toutes les professions et activités qui s'autocontrôlent à savoir qu'un professionnel qui n'applique pas lui-même certaines recommandations sera enclin à sous-estimer leur importance chez ses collègues.

Si la question de l'inspection ne se pose pas, la problématique porte d'une part sur l'articulation entre les inspections hors programme et les programmes d'inspections à caractère préventif et d'autre part sur les mesures prises à l'issue des contrôles, mesures de police administrative dans les cas les plus graves (lettres d'injonctions, suspension d'activité, désignation d'administrateurs provisoires...) et intégration des recommandations dans la contractualisation, pour celles qui portent davantage sur des questions de qualité.

5.4.4.2 Objectifs généraux

Les programmes d'inspection-contrôle des établissements et services médico-sociaux, des établissements de santé et des professionnels de santé seront poursuivis.



Secteur médico-social

Afin de garantir la qualité de la prise en charge et la bientraitance, le socle minimum est de repérer de visu dans les établissements médico-sociaux assurant une fonction d'hébergement, les risques de maltraitance.

Le programme national pluriannuel 2013-2017 d'inspections pour le repérage et prévention des risques de maltraitance dans les établissements et services médico-sociaux (ESMS) relevant de la compétence des ARS fixe un objectif quantitatif de contrôles sur 5 ans (2013 à 2017) à 15% des établissements correspondant à 3% par an, soit 25 établissements pour la région BFC. Cela comprend les inspections de niveau 1 (préventives) et 2 (sur risques avérés).

Depuis la création des ARS, sa réalisation à grande échelle a permis d'identifier les principaux facteurs de risque et de proposer la mise en place de dispositifs d'accompagnement. Ce programme devra être maintenu au titre des orientations régionales jusqu'en 2027.

Objet du contrôle

Assurer la pérennité du programme de repérage des risques de maltraitance en ESMS en l'inscrivant au titre des orientations régionales jusqu'en 2027.

- Vérifier les organisations et actions mises en œuvre au sein des établissements afin de s'assurer de l'effectivité des pratiques et des procédures de prévention, de gestion et d'analyse des événements indésirables survenus au sein de la structure, afin de garantir la santé, la sécurité et le respect des droits des résidents. Ces inspections doivent permettre de mieux identifier les principaux risques et les actions correctrices adaptées afin de les réduire et les prévenir



Etablissements de santé

La région BFC comporte 54 établissements de santé dotés de services de court séjour, la plus grande proportion étant dans l'ex-Bourgogne (34).

Problématique : le développement de la certification HAS s'accompagne d'une progression des signalements de tous genres (signalements, réclamations, EIG, EIAS à présent) portant sur des manquements à la sécurité et à la qualité des soins.

L'inspection permet à travers des thématiques transversales traçantes d'apprécier de façon objective et factuelle le niveau global d'un établissement de santé en matière de sécurité et de qualité des soins.

L'ARS se doit, dans le cadre de la protection de la sécurité des patients, de poursuivre ce programme d'inspection basé sur une approche globale de la qualité et de la sécurité des soins en établissement de santé en l'ajustant aux évolutions réglementaires, comme par exemple les événements indésirables graves associés aux soins (EIGAS).

Objet du contrôle

Poursuivre les programmes d'inspection basés sur une approche de la sécurité des soins en établissement de santé en les ajustant aux résultats des contrôles et aux évolutions réglementaires. L'inspection permet à travers des thématiques transversales traçantes d'apprécier de façon objective et factuelle le niveau global d'un établissement de santé en matière de sécurité et de qualité des soins :

- la politique générale de pilotage des risques et de la qualité, avec un focus sur la sécurité et la qualité des soins
- le circuit du médicament ou stérilisation selon les pharmacies à usage interne (PUI)
- les risques sanitaires liés à la légionnelle avec un volet médical et un volet technique
- les risques sanitaires liés aux déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI)
- les risques sanitaires liés à l'amiante
- les risques sanitaires liés au radon
- la vaccination du personnel de santé
- la douleur
- les soins palliatifs
- le recueil, le traitement et les enseignements tirés des EIG et des réclamations
- le système de gardes et astreintes mis en place par les établissements de santé au regard des obligations réglementaires concernant la continuité et la permanence des soins.



Professionnels de santé

Pour mémoire : le directeur général de l'ARS dispose d'un pouvoir de suspension du droit d'exercice d'un professionnel de santé lorsqu'il expose ses patients à un danger grave (article L4113-14 du CSP).

Les inspections réalisées dans la région Franche-Comté depuis 2011 et en BFC depuis 2016 dans le champ de la prévention des infections liées aux soins dentaires ont ciblé les chirurgiens-dentistes car ils font partie des professionnels de santé dont l'exercice présente le plus de pratiques à risque. 1514 chirurgiens-dentistes sont en activité dans la région. L'inspection des cabinets dentaires nécessite donc un ciblage sur ceux qui présentent le plus de risque et un taux de contrôle minimum.

Cette thématique est devenue d'importance nationale en 2016. En effet, des scandales sanitaires relatifs aux activités des centres dentaires « low cost » ont conduit la Direction générale de la santé (DGS) à demander une inspection de ces centres à toutes les ARS.

Les résultats des années précédentes et les attentes des patients relayés par la presse sur ce sujet illustrent la nécessité de poursuivre les inspections dans ce secteur pendant toute la durée du PRS.

Objet du contrôle

Poursuivre l'inspection des professionnels de santé, tels les pharmaciens et les cabinets dentaires en ciblant sur ceux qui présentent le plus de risques et en assurant un taux de contrôle minimum.

- Les techniques (désinfection et stérilisation des dispositifs médicaux) évaluées dans les cabinets dentaires sur le volet prévention des infections liées aux soins

5.4.4.3 Articulation

- Services de l'Etat : préfets, Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRDJSCS)
- Justice (procureur de la république)
- Ordres professionnels
- Conseils départementaux
- Représentants des usagers
- Assurance maladie

5.4.4.4 Transversalité

- Fiche 1.4 : Agir sur les déterminants de santé environnementale : plan régional santé environnement
- Partie 2.1 : Accompagner les personnes fragiles dans leur autonomie et le respect de leurs droits
- Fiche 5.4.1 : Qualité, sécurité et pertinence des soins
- Fiche 7.3 : Coopération et contractualisation

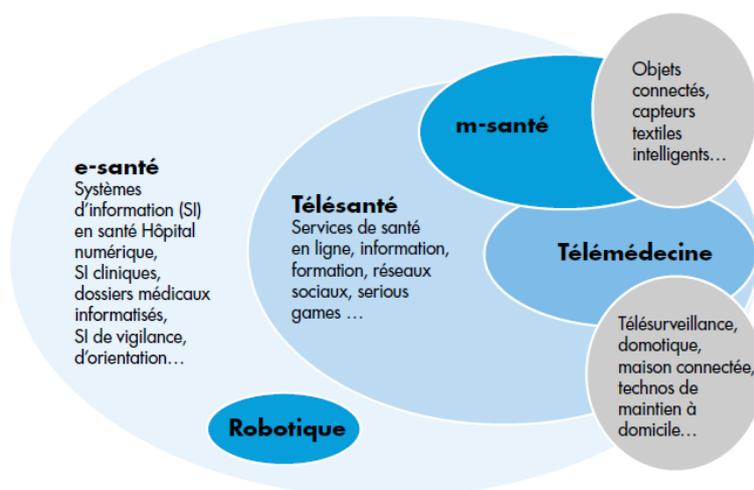
5.5 Développer la e-santé

5.5.1 Approche générale de la e-santé

5.5.1.1 Contexte et problématique

Définition

La e-santé couvre la télémédecine au sens du décret de 2010, les systèmes d'information des différents acteurs sanitaires, médico-sociaux et ambulatoires autour du patient/usager, les projets et services régionaux ou nationaux socles (hébergement de données de santé, serveur d'identité, environnement numérique régional sécurité, dossier médical partagé (DMP), messagerie sécurisée de santé ...) ainsi que l'ensemble des nouveaux usages s'appuyant sur le numérique (dispositifs connectés, outils numériques pour le patient,...).



« Santé connectée », CNOM, janvier 2015

Diagnostic

Le diagnostic réalisé dans le cadre du rapprochement des régions Bourgogne et Franche-Comté a permis d'identifier de nombreux atouts dans chacune des ex-régions :

- des expérimentations nationales : territoire de soins numérique (TSN)/e-territoire innovant coordonné santé social (eTICSS), DMP, Programme personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA), Article 36 de la LFSS 2014, télémédecine ;
- des services numériques au service de filières d'excellence telles que l'oncologie (Dossier Commun de Cancérologie) ou la prise en charge précoce de l'accident vasculaire cérébral (AVC) grâce à la télémédecine ;
- des similitudes dans les outils utilisés (outil d'orientation des patients ViaTrajectoire, Répertoire Opérationnel des Ressources, etc...) ;
- des complémentarités du point de vue des compétences des GCS e-santé ainsi que de leur offre de services au sein de l'Espace Numérique Régional en Santé.

L'installation du comité de pilotage régional e-santé (Copil e-santé) en juin 2016, a permis d'associer toutes les parties prenantes sur le champ du numérique en santé : ARS, GCS de e-santé, conseil régional, conseils départementaux, préfecture de région et/ou SGAR, communauté d'agglomération du Grand Besançon et du Grand Dijon, Assurance Maladie, CRSA, société française de télé médecine, Groupements Hospitaliers de territoire, fédérations sanitaires et médico-sociales, unions régionales des professionnels de santé libéraux, fédération des maisons de santé, représentants des usagers, Pôle des Microtechniques de Besançon, Pôle BFCare, Agence régionale de développement.

Cette instance doit permettre d'identifier une ambition commune concernant le développement de la e-santé répondant aux enjeux de chacun.

La e-santé au service de la Stratégie Nationale de Santé

Le numérique doit contribuer à l'égalité d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire. Il favorise la coopération et la coordination des acteurs de santé, la continuité des soins dans les parcours de santé grâce notamment au développement de la « médecine connectée ».

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

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

La e-santé comme déclinaison de la Stratégie Nationale e-santé 2020

Les systèmes d'information et le numérique sont des leviers de changement, d'amélioration dans l'organisation et le fonctionnement du système de santé (domaines sanitaire et médico-social).

La stratégie nationale « e-santé 2020 » mobilise le numérique à grande échelle au service des usagers, des professionnels et du pilotage du système de santé en visant notamment à :

- mettre le citoyen au cœur de la e-santé
C'est avant tout faciliter/renforcer l'accès aux soins rendu possible notamment par la télémédecine et les dispositifs de télésurveillance.
- déployer des services aux patients afin de favoriser leur autonomie
L'utilisateur doit accéder directement à ses données depuis des dispositifs mobiles grâce au DMP et au projet eTICSS. Il pourra ainsi les contrôler, les partager avec les professionnels de santé et les associer à d'autres dispositifs numériques de prévention, d'appropriation de sa santé et d'éducation thérapeutique.

- outiller la démocratie sanitaire
Les outils numériques permettent de s'inscrire dans les orientations de la loi de modernisation de notre système de santé qui prévoit la consultation des usagers dans les processus d'élaboration des politiques de santé.
Des plateformes collaboratives doivent permettre aux citoyens de contribuer à la veille sanitaire et aux initiatives d'innovation en matière de santé.
- soutenir l'innovation par les professionnels de santé
La culture numérique doit être intégrée dans les cursus de formation initiale des professionnels de santé.
Il convient également de soutenir les professionnels de santé dans leur engagement en faveur de l'innovation numérique en renforçant la cohérence des programmes d'appui et en sécurisant les initiatives dans le recours aux innovations numériques et aux objets connectés.
Les outils numériques permettront de mieux exploiter les connaissances médicales dans la perspective du développement des systèmes d'aide à la décision médicale.
Cette co-innovation entre patients, professionnels et industriels devra être favorisée par des dispositifs de partenariat et d'incubation de projets tels que les « living labs ».
- simplifier le cadre d'action pour les acteurs économiques
Une gouvernance plus lisible de l'e-santé doit être installée notamment grâce à une articulation entre le niveau national et régional.
Le partage de priorités entre acteurs publics et économiques doit être le garant de l'utilité et l'opérationnalité des outils numériques notamment au service de la coordination.
Les voies d'accès au marché des solutions numériques doivent être clarifiées notamment par la définition de modèles économiques pérennes et adaptés.
Un cadre d'interopérabilité doit être mis en œuvre facilitant l'intégration des innovations au sein d'une offre de services numériques grandissante.
- moderniser les outils de régulation de notre système de santé
Le numérique sera au service de la veille et de la surveillance sanitaire en s'appuyant sur les informations transmises directement par les professionnels de santé et les usagers depuis des dispositifs mobiles et des objets connectés.
La sécurité des systèmes d'information devra être assurée grâce notamment à la mise en œuvre de la politique générale de sécurité des systèmes d'information en santé (PGSSI-S).

5.5.1.2 Objectifs généraux

Afin de décliner ces ambitions au sein de la région Bourgogne Franche-Comté et des territoires, la stratégie régionale et les plans d'action régionaux intègrent des objectifs de mise en œuvre opérationnelle et de développement des usages :



Promouvoir la stratégie régionale de e-santé

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Animation de l'instance de gouvernance régionale (Copil e-santé régional pluri institutionnel).
- Mise en place une structure unique « groupement régional d'appui au développement de la e-santé » (GRADeS) avec une gouvernance renouvelée
- Maintien d'une dynamique pour être proactif, contribuer à et influencer sur la stratégie et les projets nationaux :
- Positionnement de l'ARS BFC comme une ARS ressources au niveau national en participant le plus possibles aux groupes de travail nationaux
- Positionnement de l'ARS BFC sur la plupart des appels à projet nationaux et les expérimentations
- Promotion de nos expérimentations et de nos bonnes pratiques au niveau national



Mettre en œuvre la stratégie de généralisation de la télémédecine au service des territoires

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Equipement des maisons de santé pluri professionnelles (MSP) de la région, certains cabinets isolés ainsi que les acteurs du champ du médico-social
- Développement des usages notamment sur les thématiques prioritaires ayant démontré leur faisabilité et leur gain (dermatologie, cardiologie, gériatrie, santé mentale, AVC)



Etendre au-delà des patients les plus complexes et généraliser eTICSS sur tout le territoire régional :

Cf. fiche 5.5.2 : Focus eTICSS

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Déploiement d'eTICSS sur l'intégralité du territoire régional pour les PTA et autres structures de coordination (MAIA), CPTS, professionnels de l'ambulatoire et hospitaliers
- Développement des e-parcours cardiologie, santé mentale, neurologie, diabète, cancer, périnatalité...
- Organisation de la gouvernance stratégique et opérationnelle d'eTICSS à l'échelle de la région



Développer de manière cohérente sur la région des outils numériques au service de la santé, en particulier le socle de services : serveur d'identité, dossier commun de cancérologie (DCC), ViaTrajectoire, répertoire opérationnel des ressources (ROR), MS Santé, DMP,...

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Développement et harmonisation sur la région du catalogue de services numériques
- Capitalisation sur les acquis et les expériences des deux ex-régions afin de pérenniser et les valoriser les réalisations concluantes (ROR, AVC, PACS, ...)
- Généralisation du déploiement d'un dossier commun en cancérologie pour tous les acteurs de la prise en charge autour du patient atteint du cancer
- Cohérence des différents pans fonctionnels de la e-santé (eTICSS, télémédecine, socle de service, SI des acteurs, innovations)



Favoriser le développement des outils numériques au service des professionnels parties-prenantes de la prise en charge et des parcours

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Accompagnement de l'évolution des SI des groupements hospitaliers de territoire (GHT)
- Développement des outils de e-santé nécessaires à chaque professionnel du champ sanitaire, médico-social et social notamment au sein des parcours

Afin de garantir le développement les usages, l'intégration de manière durable et pérenne de la e-santé dans les pratiques professionnelles et dans l'offre de soins, l'ensemble des actions conduites s'appuieront sur trois piliers :

- La conduite du changement, véritable « pilotage de l'innovation », afin de faciliter l'acceptation des changements induits par la mise en œuvre des projets et réduire les facteurs de rejet ;
- Le déploiement des outils et leur mise en œuvre technique notamment grâce à l'appui des groupements régionaux d'appui au développement de la e-santé GRADeS ;
- L'accompagnement très opérationnel des professionnels de santé dans leurs pratiques quotidiennes et les usages des outils numériques au profit de l'utilisateur

5.5.1.3 Indicateurs

- Part de MSP équipées en télémédecine
- Nombre et type d'actes de télémédecine (dont médecine, HAD, SSR...)
- Nombre de DMP
- A compter de 2019 ou 2020 : nombre de e-parcours développés en BFC

5.5.1.4 Articulation

- GCS de e-santéconseil régional,
- conseils départementaux,
- préfecture de région et/ou SGAR,
- communauté d'agglomération du Grand Besançon et du Grand Dijon,
- Assurance Maladie,
- CRSA,
- société française de télé médecine,
- Groupements Hospitaliers de territoire,
- fédérations sanitaires et médico-sociales,
- URPS,
- fédération des maisons de santé,
- représentants des usagers,
- Pôle des Microtechniques de Besançon,
- Pôle BFCare,
- Agence régionale de développement.

5.5.1.5 Transversalité

L'e-santé intervient de manière transversale et apporte les bénéfices des développements numériques au service des professionnels de santé et des patients, en aidant à structurer les organisations.

Ainsi tous les parcours (partie 2 : Accompagner les personnes fragiles dans leur autonomie et le respect de leurs droits, partie 3 : Se mobiliser fortement sur la santé mentale et partie IV : Fluidifier les parcours de santé pour mieux accompagner les usagers) intègrent une composante e-santé au sein de leur projet qu'il s'agisse de la télémédecine mais également des solutions numériques d'échange et de partage d'information à caractère médical, médico-social voire social (serveur d'identité, viaTrajectoire, eTICSS, dossiers de spécialité, MS Santé, DMP, applications mobiles de suivi et d'empowerment du patient ...).

L'e-santé apporte également sa contribution à la plupart des projets prioritaires (fiche V.3.1 : Efficience et performance du système de santé, fiche 6.1 : Renforcer l'offre de soins dans les territoires au service des patients : une présence médicale et soignante accrue, fiche 7I.4 : Développer la participation citoyenne pour renforcer la démocratie sanitaire). Elle en est parfois un volet majeur (SI des GHT – fiche 5.3.2 : Coopérations hospitalières, amélioration des parcours avec eTICSS) et/ou une composante essentielle (attractivité des territoires).

Le document s'appuie sur les éléments fondateurs suivants :

- Stratégie Nationale e-santé 2020ⁱ
- Document de présentation DSSIS : « Prise en compte de l'e-santé dans les plans régionaux de santé : Atelier PRS2 du 5/12/2016 » et instruction n° SG/DSSIS/2017/8 du 10 janvier 2017 relative à l'organisation à déployer pour la mise en œuvre de la stratégie d'e-santé en régionⁱⁱ

- ¹ Stratégie nationale e-santé 2020 : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_e-sante_2020.pdf

- ¹ http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2017/17-02/ste_20170002_0000_0056.pdf

5.5.2 Focus eTICSS

5.5.2.1 Contexte et problématique

eTICSS : des services numériques et des organisations initiés dans le cadre du programme « Territoire de soins numérique »

Le programme national Territoire de Soins Numérique (TSN) a été conçu pour faire émerger dans des territoires pilotes un bouquet de services numériques santé-social intégrés et utilisés au quotidien par les professionnels et les patients, mais également pour concevoir et expérimenter des organisations innovantes de prise en charge des patients, organisations soutenues par ces bouquets de services numériques. Il s'agit concrètement de tirer tous les bénéfices des technologies de l'information et de la communication sécurisée, de co-construire les outils avec les professionnels de manière à renforcer la coordination entre les professionnels de santé et pour aider le patient à s'orienter dans le système de santé.

Le programme a été lancé dans le cadre des Investissements d'Avenir et s'est déroulé entre 2015 et 2017. Cinq territoires pilotes ont été retenus en septembre 2014 : Aquitaine, Bourgogne, Ile-de-France, Rhône-Alpes et Océan Indien. En Bourgogne, le projet eTICSS (eTerritoire Innovant Coordiné Santé Social) a concerné un territoire expérimental situé au nord de la Saône-et-Loire, qui compte une population de plus de 350 000 habitants, dont 42 000 ont plus de 75 ans. Ce territoire se caractérise par un dynamisme dans le développement de l'exercice coordonné, en particulier au travers des Maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) et de nombreux dispositifs d'appui à la coordination identifiés plus ou moins par les professionnels et les partenaires.

Dans le cadre de l'expérimentation, les patients visés en priorité ont été les personnes âgées en perte d'autonomie, les patients souffrant d'une maladie chronique, les personnes handicapées.

Développement d'une plateforme numérique de coordination

Une plateforme numérique dédiée à la coordination et au partage des informations pour les patients en situation complexe a été développée. Elle comprend entre autre l'identification exacte du patient, de son cercle de soins, un volet clinique, différents formulaires et tests d'évaluation médico-sociaux, l'identification des problématiques, des solutions et acteurs de prises en charge,... conduisant à l'élaboration du plan personnalisé de santé (PPS) et à son suivi, les outils de notification aux professionnels, le catalogue numérique des formations en éducation thérapeutique du patient (ETP), les recherches et demande d'orientation en ETP.

La plateforme numérique est enrichie par version successive, sur un mode agile, impliquant les professionnels acteurs de terrain tant dans les phases de conception, que d'évolution ou de développement des usages.

Cet outil est utilisé aujourd’hui par les professionnels de la plateforme territoriale d’appui Nord 71 (PTA N71), les établissements hospitaliers du territoire, dont le Centre hospitalier Chalon-sur-Saône William Morey (CHWM) de Chalon, les MSP et les services d’aide à domicile du territoire, inclus dans le projet.

En Janvier 2018, ils utilisent les outils et services numériques eTICSS dans sa **version V5**, version socle de la généralisation du service sur l’ensemble du territoire régional, organisée selon un schéma fonctionnel global présenté ci-dessous.

LES SERVICES ETICSS AUX PROFESSIONNELS



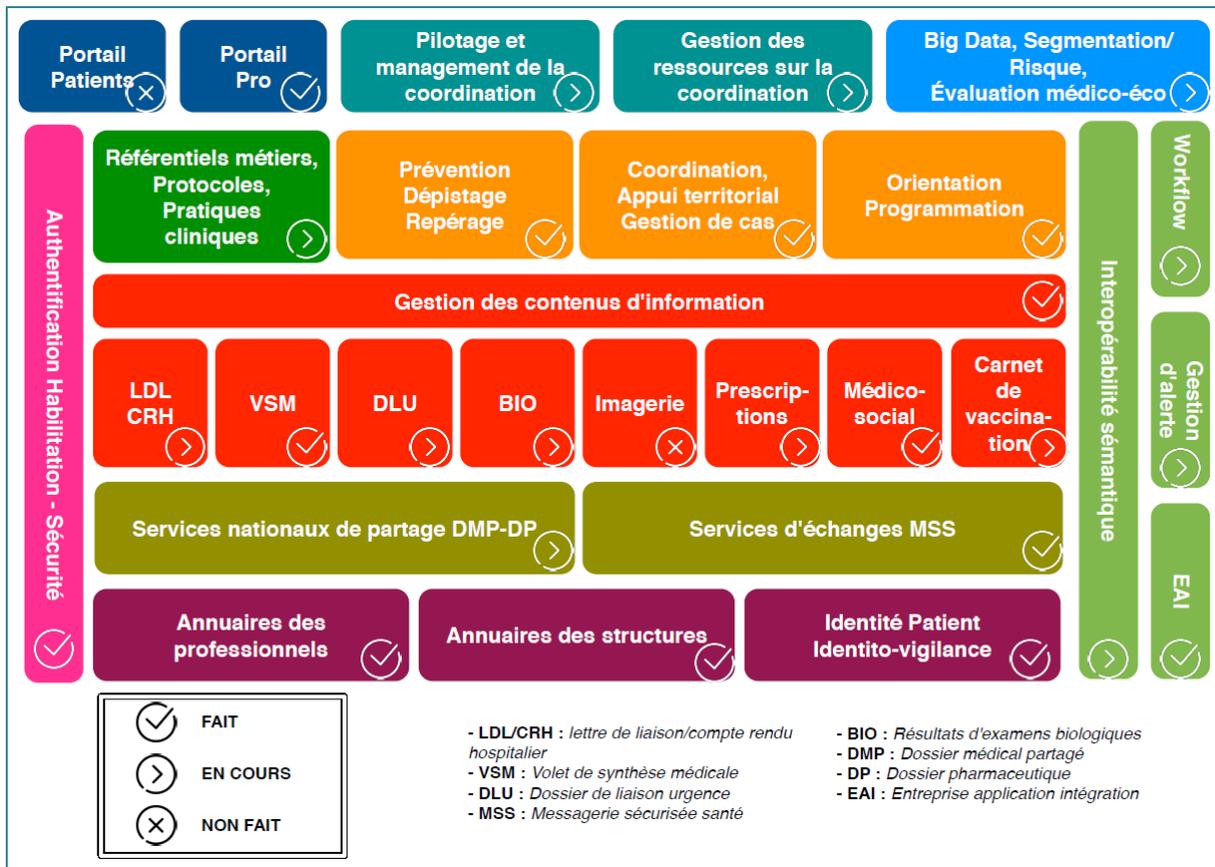
Echange autour du dossier patient grâce à un **outil de coordination sécurisé** partagé par le cercle de soins



Accès à des ressources sur un **portail destiné aux professionnels** : annuaire pour la recherche de professionnels et de structures, catalogue de programme d’éducation thérapeutique...



Possibilité de solliciter un **appui** auprès de la **plateforme territoriale d’appui (PTA)** de leur territoire, dont la mission est de coordonner les parcours de patients dont la situation est **complexe**



Les fonctionnalités essentielles de coordination sont d'ores et déjà effectives et bénéficieront d'améliorations à chaque version grâce aux retours des utilisateurs eTICSS.

Schéma synthétique des fonctions de coordination



Adapté de ANAP document Système d'information territorial pour le parcours et la coordination, Tome 1 : Schéma général (novembre 2016)

Partage des informations entre les acteurs

Les utilisateurs accèdent de manière sécurisée via le portail professionnel dédié et unique eTICSS à l'ensemble des services numériques proposés. Toutes les actions de coordination sont réalisées dans un dossier centré patient partagé et multi fonctionnel. Le dossier peut être initié par tout professionnel à la suite du consentement du patient saisi de manière dématérialisée. Tous les acteurs du « suivi du patient » sont recensés, et leur rôle qualifié dans le cercle de soin, les professionnels sont identifiés par la connexion avec le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR). Ils constituent ensemble l'équipe de soins du patient. De plus, un référentiel patient fédère toutes les identités des patients, et consolide ainsi le rapprochement dans une stratégie d'identito-vigilance territoriale, permettant l'interopérabilité entre les systèmes et le partage d'information automatisé.

Tous les membres de l'équipe de soins du patient concernés par une action de coordination échangent et partagent, chacun au regard de ses habilitations, les informations de prise en charge, soins et aide, utiles à la coordination. Les informations sont consultables et modifiables à tout moment, et des notifications sont possibles sur demandes des professionnels, selon leurs droits : alertes, notification d'événements particuliers, transmissions au fil de l'eau, afin d'assurer le continuum de la prise en charge des patients.

Évaluation du patient et définition de la prise en charge

eTICSS inclut dans un même outil, les services destinés à signaler, repérer, évaluer et qualifier la situation du patient en vue de son éventuelle inclusion dans le dispositif de coordination ou dans un parcours spécifique. La gestion du Plan Personnalisé de Santé (PPS), le suivi du parcours et la notification aux acteurs du cercle de soins facilitent la bonne coordination.

Orientation et planification de la prise en charge

L'orientation du patient dans son parcours de santé bénéficie d'un outil intégré, le portail Centre territorial d'information et d'orientation (CTIO). Il propose la description de toutes les ressources de prévention, de soins, de prises en charge médico-sociales, en assurant la connexion avec le ROR (Répertoire Opérationnel des Ressources) ainsi qu'un module permettant l'accès au catalogue des démarches d'éducation thérapeutique et l'orientation du patient. L'outil Via Trajectoire interopéré avec eTICSS complète l'aide à l'orientation personnalisée.

Un outil de coordination complet facilite ainsi la planification et la programmation des soins, et d'une manière plus générale les interventions des acteurs de la prise en charge, de son initialisation à sa réalisation, et son suivi. L'entrée programmée d'un patient à l'hôpital est organisée. La ligne de vie du patient inclut les événements de l'agenda partagé ainsi que les hospitalisations, consultations, etc. Dans le cadre du bon usage des médicaments, la conciliation médicamenteuse permet aux professionnels d'organiser la prévention et la détection des erreurs médicamenteuses de leurs patients.

Coordination des parcours de soins

Pour répondre au plus proche des besoins des acteurs, l'articulation des composants fonctionnels s'organise à travers les parcours de soins. Ainsi, le parcours personnes âgées en situation de perte d'autonomie est déjà intégré dans la version actuelle ainsi que le parcours diabète gestationnel. D'autres thématiques sont en phase de finalisation : le diabète de type II, la cardiologie et plus particulièrement la question de l'insuffisance cardiaque associée au Programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO) ; d'autres sont initiés : la santé mentale, la neurologie,

Enfin le guichet intégré Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA) bénéficiera au premier trimestre 2018 du module d'évaluation multidimensionnelle interRAI au sein d'eTICSS, outil au service des gestionnaires de cas MAIA en articulation avec les opérateurs de PTA.

Connection des SI tiers

L'outil eTICSS a la plus grande valeur ajoutée lorsqu'il interagit avec son environnement numérique (Dossier médical partagé -DMP-, Systèmes d'information hospitaliers -SIH-, Systèmes d'information -SI- des départements, logiciel de cabinet, laboratoire de biologie...) pour remonter l'information depuis la source la plus fiable possible, éviter les ressaisies d'information, assurer le partage d'information de machine à machine, offrir le passage d'un outil vers un autre de manière transparente pour l'utilisateur.

Les données sociales sont une source d'information essentielle mais exigent des démarches de sollicitation importantes car liées à des institutions de traitement distinctes (département vs réseaux). Pour répondre à cet enjeu de partage, eTICSS est connecté au système d'information Solis, qui permet d'alimenter eTICSS avec les données sociales APA du Conseil départemental de Saône-et-Loire.

Dans le périmètre de l'échange d'information entre ville et hôpital, l'intégration des documents et flux hospitaliers dans le dossier du patient garantit une prise en charge sans discontinuité d'information entre les acteurs, et réduit ainsi les risques de rupture de parcours. Le CH Chalon, établissement pilote, et les centres hospitaliers de Montceau, Autun, Louhans et Chagny alimentent ainsi l'outil eTICSS. Le dossier eTICSS du patient reçoit automatiquement les informations liées aux entrées et sorties du patient de l'hôpital, et les documents de type compte rendu de sortie sont versés dans le dossier. Les professionnels et aidants du cercle de soin peuvent en être informés en temps réel.

Poursuite et généralisation du programme national

Le programme TSN se poursuit dans le cadre d'un nouveau programme appelé « e-Parcours » 2020 et concerne maintenant la France entière avec des enveloppes financières dédiées (instruction SNAC : services numérique d'appui à la coordination).

L'objectif est de répondre aux enjeux de santé publique, d'accessibilité et d'efficacité de notre système de santé par une meilleure coordination des prises en charge pour faire face aux défis du vieillissement de la population, de l'augmentation des pathologies chroniques, de la baisse de la densité médicale.

5.5.2.2 Objectifs généraux

L'ambition d'eTICSS est de proposer un dossier de coordination pour chaque patient sur la région Bourgogne Franche-Comté, dossier partagé et utilisé par tous les professionnels et structures de son cercle de soin, organisant une meilleure coordination entre les acteurs et une meilleure prise en charge, quelle que soit sa pathologie et sa situation.

Le développement et le déploiement des services numériques eTICSS se construira autour de 4 axes afin qu'il devienne le service public régional des e-parcours :

- La plateforme numérique eTICSS est aujourd'hui un outil d'appui à la coordination polyvalente des patients en situation complexe, avec une composante médico-sociale et sociale importante. Il s'agit maintenant d'étendre son utilisation à toutes les structures de coordination de la région et d'accroître sa robustesse par les différents contextes d'utilisation et retours utilisateurs (PTA et PAERPA en premier lieu, MAIA, réseaux,...) ;
- La plateforme numérique eTICSS doit répondre aux besoins spécifiques des parcours des patients atteints de pathologie chronique (cancer, diabète, neurologie, santé mentale, cardiologie...). Il s'agit de développer au sein de l'outil eTICSS les modules/dossiers de spécialité médicale régionaux de manière à éviter la multiplication des dossiers ou de rendre ceux qui existent interoperables avec eTICSS. C'est le volet médical partagé approfondi de la plateforme eTICSS ;

- La plateforme eTICSS doit intégrer tous les besoins de coordination et de partage d'information entre acteurs pour tous les patients, en lien direct avec le DMP. Il s'agit de fluidifier de manière générale la relation patients/professionnels, les professionnels entre eux (Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) par exemple) et fluidifier la relation ville-établissements, par le développement d'outils d'échanges instantanés sécurisé de santé et d'un portail ville-établissements régional connecté à chaque structure ;
- La plateforme eTICSS permet l'analyse et l'amélioration médico-économique objective des parcours et fournis aux professionnels des outils pour un développement accru de la prévention. Il s'agit de mettre en place des outils de repérage et d'analyse de patientèles.

Pour les 5 années à venir, l'ambition d'eTICSS se décline en 3 objectifs généraux :



Assurer le déploiement des services eTICSS sur l'intégralité du territoire régional en lien direct avec le déploiement du DMP, en commençant par les plateformes territoriales d'appui (PTA) et les structures de coordination, et atteindre l'usage par tous les professionnels du parcours

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

Généralisation des services numériques eTICSS, outil clé de la coordination :

- en priorité sur toutes les PTA, avec leur labellisation, et sur les structures de coordination composantes (MAIA, ...). Ces nouvelles PTA pourront ainsi construire leur fonctionnement sur un dossier de coordination régional
- par capillarité au niveau des différents acteurs de santé, à partir des premiers utilisateurs, et en premier lieu les professionnels, structures et établissements avec lesquels travaillent les PTA. Les PTA seront instituées comme des relais de proximité
- en synergie avec le déploiement du DMP, au niveau des établissements de santé comme des professionnels de l'ambulatoire
- auprès des CPTS pour répondre à leur besoin d'échanges territoriaux



Garantir l'extension fonctionnelle des services eTICSS, permettant de répondre aux besoins des professionnels et des différents parcours, en particulier pour les pathologies chroniques (cancer, diabète, neurologique, parcours santé mentale), dans une logique de co-construction avec les acteurs de terrain

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

Evolution des services dans 5 dimensions :

- La mobilité et les échanges instantanés sécurisés entre professionnels dans une logique centrée patient (Chat sécurisé de santé développé par le TSN Aquitaine), sms sécurisé de santé...
- Les parcours spécifiques en lien avec les comités stratégiques des parcours ; sont concernés : les parcours diabète, maladie neurodégénératives, neuro AVC maladies cardiovasculaires, santé mentale et psychiatrie, cancer, maternité-parentalité, ...
- Le partage d'information entre la ville et l'hôpital, voire intra Groupements hospitaliers de territoire (GHT)
- La relation patient/professionnel en particulier par la mise en place d'un portail patient qui intègre l'articulation avec le service public d'information en santé, l'accès à l'offre pour la prise de rendez-vous, l'échange avec les professionnels par les e-compagnons et les objets connectés, le carnet de vaccination électronique...
- Les outils décisionnels, de repérage et d'analyse de patientèles et de cohorte, permettant d'évaluer l'effectivité, la qualité et l'efficacité de la coordination sur la prise en charge du patient, la qualité des parcours pathologies chroniques, le repérage et la prévention des situations à risque dans les cohortes de patients suivis



Intégrer et interopérer la plateforme eTICSS dans son environnement numérique national, et en premier lieu avec le DMP, régional (viatrajectoire, DCC, télémédecine,...) et local (SIH, LGC, ...)

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

Rendre eTICSS interopérable avec :

- Les outils nationaux et en premier lieu le DMP, qui est la banque des données de santé, avec une logique de symétrie d'accès et d'échange
- Les outils régionaux tels que viatrajectoire, le DCC, la plateforme de télémédecine...
- les outils des acteurs locaux : hospitaliers, médico-sociaux, institutionnels, professionnels de l'ambulatoire, laboratoires de biologie médicale ; l'interopérabilité avec les logiciels des acteurs ambulatoires est en cours de réalisation (Compugroup, Cégédim, Weda). Ainsi les professionnels peuvent accéder à eTICSS en mode contextuel ou intégré directement de leurs postes de travail
- tous les outils connectés et applications, dans le cadre normatif national

5.5.2.3 Indicateurs

- Nombre de PTA et structures utilisatrices d'eTICSS
- Nombre de dossier patient eTICSS
- Nombre de professionnels utilisateurs d'eTICSS

5.5.2.4 Articulation

- Assurance maladie
- GCS de e-santé
- Conseil régional
- Conseils départementaux
- Groupements Hospitaliers de territoire
- fédérations sanitaires et médico-sociales
- Unions régionales des professionnels de santé (URPS)
- Fédération des maisons de santé
- Représentants des usagers

5.5.2.5 Transversalité

- Fiche 5.1 : Renforcer l'offre de soins dans les territoires au service des patients : une présence médicale et soignante accrue (mise en œuvre des plateformes territoriales d'appui)
- Parties 2,3 et 4 sur les Parcours
- Fiche 5.3.2 : Coopération hospitalières - GHT
- Fiche 5.3.1 : Efficience et performance du système de santé (virage ambulatoire)
- Fiche 5.4.1 : Qualité, sécurité et pertinence des soins (virage ambulatoire)