RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire

Schéma régional de santé 2023-2028

Précision méthodologique- Statut du document

Dans le cadre de l'élaboration du futur Projet régional de santé (PRS), le Schéma régional de santé (SRS) et le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) sont mis à concertation du 16 février au 15 avril 2023 auprès des partenaires de la région Centre-Val de Loire.

Le Projet régional de santé détermine, pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé en région, des prévisions d'évolution de santé et des objectifs stratégiques priorisés à 5 ans autour desquels s'organise l'action de l'Agence régionale de santé (ARS).

La concertation permettra aux acteurs de la santé de s'exprimer sur le contenu des objectifs opérationnels et si nécessaire de les enrichir. Cette version de travail est issue des groupes de co-construction constitués des différents partenaires de la région (institutionnels, acteurs de terrain, experts, associations, établissements, …) qui se sont réunis tout au long du deuxième semestre 2022.

Si vous souhaitez faire une contribution, veuillez compléter le formulaire en ligne sur le site Internet de l'ARS[1].

et le transmettre :

- soit par mail à l'adresse suivante : ars-cvl-PRS3@ars.sante.fr,

- soit par voie postale à Secrétariat de la Direction de la stratégie, Département pilotage et innovation, 131 rue du Faubourg Bannier 45000 Orléans.

Vos contributions sont attendues au plus tard le 15 avril 2023, date de la fin de la concertation.

Une mise en ligne sur les derniers Objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) et la Permanence des soins en établissement de santé (PDSES) interviendra mi-mars 2023 pour tenir compte des derniers textes nationaux de la réforme des autorisations d'activités de soins.

[1] « Formulaire de contribution au PRS3 », *ARS Centre-Val de Loire*, disponible à l'adresse : https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/projet-regional-de-sante-2023-2028-lancement-de-la-concertation

TABLE DES MATIÈRES

Introduction 8

Diagnostic 10

Orientations structurantes du SRS 3 11

Coordination des politiques publiques 12

Axe : Accès à la santé 13

Chapitre 1 : Prévention – Promotion de la santé 15

Objectif opérationnel n°1 : Développer une culture commune en prévention et promotion de la santé afin d'en favoriser le développement sur les territoires au profit des usagers 16

Objectif opérationnel n°2 : Favoriser une équité des chances en matière de prévention 19

Objectif opérationnel n°3 : Augmenter le nombre de bénéficiaires d'une offre d'éducation thérapeutique de proximité, graduée et coordonnée par des professionnels formés 22

Chapitre 2 : Des environnements favorables à la santé à l'hôpital et dans les établissements médico-sociaux 25

Objectif opérationnel n°4 : Accompagner les établissements sanitaires et médico-sociaux dans leur transition énergétique et la prise en compte des déterminants environnementaux 25

Chapitre 3 : Démographie et attractivité des professions de santé 29

Objectif opérationnel n°5 : Former plus et mieux sur l'ensemble des 6 départements de la région 30

Objectif opérationnel n°6 : Fidéliser, attirer et mieux valoriser les projets de territoire pour augmenter les nouvelles installations en région 37

Objectif opérationnel n°7 : Accompagner l'évolution des pratiques 43

Chapitre 4 : Soins urgents et non programmés 46

Objectif opérationnel n°8 : Assurer la réponse aux demandes de soins urgents (SU) et non programmés (SNP) 46

Chapitre 5 : Offre de soins de proximité coordonnée : Parcours en population générale 53

Objectif opérationnel n°9 : Proposer et organiser un panier de soins de proximité pour la population 53

Objectif opérationnel n°10 : Proposer et développer les alternatives à l'hospitalisation complète et promouvoir l'admission directe 58

Chapitre 6 : Offre de soins de proximité coordonnée : Parcours Personnes Âgées 62

Objectif opérationnel n°11 : Eviter l'hospitalisation de la personne âgée 62

Objectif opérationnel n°12 : Mieux organiser l'hospitalisation de la personne âgée lorsque celle-ci est inévitable 65

Chapitre 7 : Offre de soins de proximité coordonnée : Parcours Personnes en situation de Handicap 68

Objectif opérationnel n°13 : Développer des réponses graduées en fonction des difficultés rencontrées pour accéder aux soins 68

Objectif opérationnel n°14 : Favoriser la coordination territoriale autour des besoins de soins des personnes en situation de handicap 71

Chapitre 8 : Offre de soins de référence et de recours 73

Objectif opérationnel n°15 : Préserver et développer l'offre de référence et de recours dans un contexte de démographie médicale sous tension et de réforme des autorisations 73

Chapitre 9 : E-santé 77

Objectif opérationnel n°16 : Renforcer et généraliser les outils déjà existants en région 77

Objectif opérationnel n°17 : Améliorer l'accès territorial aux soins via la télésanté 80

Objectif opérationnel n°18 : Améliorer la coordination des professionnels de santé et l'orientation des usagers tout en simplifiant les tâches administratives 83
Objectif opérationnel n°19 : Accélérer les usages et soutenir l'innovation 86
Objectif opérationnel n°20 : Impliquer les usagers dans le tournant du numérique en santé 89

Chapitre 10 : Innovation organisationnelle en santé 92
Objectif opérationnel n°21 : Soutenir les projets dans le champ de l'innovation organisationnelle en santé 92

Chapitre 11 : Aidants 95
Objectif opérationnel n°22 : Poursuivre l'appui aux aidants familiaux 95

Axe : Qualité, pertinence et résilience 98

Chapitre 12 : Qualité et sécurité du système de santé 100
Objectif opérationnel n°23 : Promouvoir un pilotage du système de santé par la qualité au profit d'une meilleure prise en charge des usagers dans un parcours sécurisé et de qualité 100

Chapitre 13 : Pertinence du recours au système de santé 105
Objectif opérationnel n°24 : Améliorer la pertinence des actes en réduisant la variation des pratiques dans les territoires ciblés 106
Objectif opérationnel n°25 : Promouvoir la pertinence de l'utilisation des produits de santé et réduire la iatrogénie médicamenteuse 108
Objectif opérationnel n°26 : Améliorer la prise en charge des patients porteurs d'une BPCO à travers un parcours de soins 113

Chapitre 14 : Préparation & coordination des acteurs de la sante pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles (SSE) 116
Objectif opérationnel n°27 : Disposer de plans ORSAN opérationnels 116
Objectif opérationnel n°28 : Animer un réseau de référents couvrant tous les secteurs et organisant des exercices 119

Axe : Parcours spécifiques 121

Santé maternelle et infantile 123
Objectif opérationnel n°29 : Sécuriser le parcours de santé des patientes et de leurs nouveau-nés, de l'ante au post natal 124
Objectif opérationnel n°30 : Repérer et accompagner les situations de fragilité périnatale 127
Objectif opérationnel n°31 : Déployer la stratégie des 1000 premiers jours en accompagnant la parentalité et en améliorant la santé dès la grossesse 130

Addiction 133
Objectif opérationnel n°32 : Créer une Communauté de pratiques, pour mieux lutter contre les conduites addictives (avec ou sans produit) et l'usage nocif des substances psychoactives 133
Objectif opérationnel n°33 : Aller-vers et Faire-avec ; Pour amener plus de personnes vers la prévention et le soin et améliorer l'adhésion au traitement 136
Objectif opérationnel n°34 : Renforcer l'impact des actions de prévention et les vigilances en addictologie 139

Santé mentale 142
Objectif opérationnel n°35 : Renforcer la prévention, le repérage et la prise en charge précoce de la souffrance et des troubles psychiques 143
Objectif opérationnel n°36 : Promouvoir un parcours et de vie de qualité dans le secteur de la santé mentale 146
Objectif opérationnel n°37 : Faire face aux problématiques de démographie des professionnels de santé dans le secteur de la santé mentale 150

Diabète, hypertension artérielle et obésité 154
L'hypertension artérielle, le diabète de type 2 et l'obésité sont des pathologies liées à des facteurs de risque évitables communs, parmi lesquels l'alimentation et l'activité physique ont une place primordiale. Ces deux

pathologies sont fréquemment associées et constituent un facteur de risque majeur de l'aggravation de l'état de santé 154
Objectif opérationnel n°38 : Encourager les comportements favorables à la santé en matière de nutrition et d'activité physique 154
Objectif opérationnel n°39 : Construire des parcours Obésité, Hypertension artérielle et Diabète explicites et gradués répondant aux besoins des territoires 157

Cancer 162
Objectif opérationnel n°40 : Améliorer le parcours du patient atteint de cancer, de ses proches et de ses aidants, de la phase diagnostique jusqu'au-delà du traitement curatif 163
Objectif opérationnel n°41 : Proposer des parcours gradués répondant aux besoins du territoire et aux critères de qualité des prises en charge 167

Maladies Neuro- cardio-vasculaires 170
Objectif opérationnel n°42 : Améliorer l'accès aux soins neuro-vasculaires en phase aigüe d'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) 170
Objectif opérationnel n°43 : Limiter les conséquences de l'AVC et proposer aux patients une offre de soins adaptée tout au long de leurs parcours de vie 173
Objectif opérationnel n°44 : Lutter contre l'insuffisance cardiaque 176
Objectif opérationnel n°45 : Améliorer la prise en charge du syndrome coronarien aigu et chronique 179

Personnes en situation de handicap 183
Objectif opérationnel n°46 : Promouvoir et soutenir la citoyenneté par une meilleure inclusion sociale tout au long de la vie : petite enfance, école, formation 183
Objectif opérationnel n°47 : Promouvoir et soutenir la citoyenneté par une meilleure inclusion sociale tout au long de la vie » : accès à l'emploi, formation continue et inclusion sociale choisie, Personnes handicapées vieillissantes (PHV) 186
Objectif opérationnel n°48 : Permettre l'accès pour les personnes en situation de handicap à des réponses de qualité adaptées et choisies en fonction de leur besoin exprimé 189

Personnes âgées 192
Objectif opérationnel n°49 : Développer le repérage des fragilités et la prévention sur l'ensemble de ses composants 192
Objectif opérationnel n°50 : Réussir le virage domiciliaire et organiser l'offre sur les territoires 197
Objectif opérationnel n°51 : Accompagner la transformation et l'adaptation des EHPAD 201

Les objectifs quantifiés de l'offre de soins 206
La permanence des soins en établissement de santé 261
Modalités d'évaluation et de suivi du PRS3 263
Glossaire 267

INTRODUCTION

DIAGNOSTIC

Le Projet régional de santé de troisième génération (PRS 3) couvre la période 2023-2028 et se compose des documents suivants :

- Le Cadre d'orientation stratégique (COS), valable 10 ans et arrêté le 25 juin 2018, qui fixe trois grandes orientations pour notre région : 1) permettre à la population de vivre plus longtemps ; 2) favoriser la qualité de vie et l'inclusion des personnes malades, en situation de handicap ou en perte d'autonomie ; 3) réduire les inégalités sociales, territoriales, environnementales de santé par l'action coordonnée et graduée des politiques publiques.
- Le Schéma régional de santé (SRS), constitué de deux axes transversaux correspondant aux parcours de santé en population générale et permettant d'agir sur l'organisation transversale du système de santé bénéficiant à tous, et de 8 parcours de santé spécifiques couvrant notamment les grands enjeux de santé publique de la région.
- Le Programme Régional d'Accès à la Prévention et Aux Soins des plus démunis (PRAPS), qui décline les objectifs du SRS au regard des difficultés particulières des publics qu'il vise.

Pour la préparation du PRS 3, l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire (ARS CVL) s'est appuyée sur les éléments de diagnostic et de bilan suivants, rassemblés en 2022 :

- Un état des déterminants et de l'état de santé de la population en région Centre-Val de Loire, dressé par l'Observatoire régional de santé, qui a été décliné par département et qui fait ressortir notamment :
  - Un vieillissement plus avancé en région qu'en France métropolitaine, avec 10,7% de personnes âgées de 75 ans et plus en Centre-Val de Loire (9,4% en France métropolitaine), sur un territoire marqué par une densité de population moitié moindre que la densité nationale.
  - Des niveaux d'espérance de vie pour les hommes et pour les femmes en région Centre-Val de Loire proches de l'espérance de vie en France hexagonale (85,5 ans pour les femmes et 79 ans pour les hommes en région), mais qui peuvent être améliorés en poursuivant les efforts en faveur de la baisse de la mortalité prématurée avant 65 ans, supérieure au taux national, et en réduisant la surmortalité constatée en région liée aux cancers, accidents et suicides, le diabète ou encore la consommation d'alcool.
- Une évaluation externe du Schéma Régionale de Santé de seconde génération (SRS2) conduite sur quatre thématiques identifiées conjointement avec la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) : l'accès aux soins, le parcours des personnes âgées, des personnes en situation de handicap et des personnes atteintes de cancer ;
- Un bilan détaillé des objectifs opérationnels portés dans le PRS 2 et réalisé par l'Agence.

L'ensemble de ces données est disponible en ligne sur le site internet de l'ARS, ainsi qu'une synthèse régionale.

Ces éléments ont servi de socle aux travaux de co-construction du PRS 3 conduits avec les partenaires de l'ARS en 2022. Ces travaux ont rassemblé experts, représentants d'usagers, professionnels de santé et représentants d'établissements, dans les secteurs libéral, médico-social et sanitaire (fédérations, Union régionale des professionnels de santé – URPS, mutualité …) ainsi que nos partenaires institutionnels (services

de l'Etat, Assurance Maladie, conseils départementaux, conseil régional, …). Des temps d'information réguliers sur l'avancée des travaux ont été faits avec les instances de pilotage du PRS et la CRSA.

ORIENTATIONS STRUCTURANTES DU SRS 3

La démographie des professionnels de santé est un enjeu majeur en région Centre-Val de Loire, dans un contexte où les difficultés resteront fortes sur les années à venir. Les fortes tensions démographiques constatées dans les trois secteurs (ville, hôpital et médico-social) appellent collectivement à renforcer l'attractivité des métiers, à augmenter l'offre de formation, à fidéliser les professionnels formés, repenser les organisations professionnelles et l'évolution des pratiques et des métiers pour garantir l'accès aux soins de la population. La constitution du Centre hospitalier universitaire (CHU) d'Orléans est à cet égard un facteur d'attractivité majeur pour notre région.

Il sera nécessaire de bâtir des réponses organisationnelles et en matière de e-santé aux enjeux de santé publique dans le champ sanitaire avec la structuration de la ville (CPTS …), la gradation de l'offre hospitalière en lien notamment avec la réforme des autorisations, afin de disposer de filières de prise en charge articulées avec les Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) et en capacité d'orienter les patients et les professionnels vers les différents niveaux de recours.

Le PRS 3 développe largement l'approche par le parcours de santé, de façon à mieux répondre aux enjeux de santé publique de la région, par exemple dans le champ de la santé maternelle et infantile, de la prise en charge du diabète, de l'hypertension et de l'obésité, ou encore des maladies neuro-cardio-vasculaires, du cancer, des addictions et de la santé mentale. Cette logique se centre sur les besoins de l'individu et met en cohérence l'ensemble des dispositifs mobilisés, depuis la prévention jusqu'à l'accompagnement des personnes en passant par l'accès aux soins.

Le défi du vieillissement et des maladies chroniques impose quant à lui de bâtir une offre de soins coordonnée de proximité (CPTS, Hospitalisation à domicile – HAD, Soins de suite et de réadaptation – SSR, Dispositifs d'appui à la coordination – DAC…) et de décloisonner et coordonner les interventions sanitaires, médico-sociales et sociales en proximité dans les territoires, en lien étroit notamment avec les conseils départementaux (maintien à domicile, soutien aux aidants…).

Le PRS 3 accompagne ainsi l'évolution de l'offre sanitaire et médico-sociale, dans le contexte de réforme des autorisations d'activité de soins, de transformation des Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et du virage domiciliaire à l'heure de l'arrivée à l'âge de la dépendance de générations beaucoup plus nombreuses. Le PRS 3 poursuit l'objectif d'une société plus inclusive pour les personnes en situation de handicap, en travaillant à améliorer le parcours de vie des personnes en situation de handicap à travers l'école inclusive, le développement de l'emploi en milieu ordinaire, et vise à renforcer leur accès aux soins, à travers le dépistage précoce, et la réduction des inégalités d'accès aux soins.

En matière de prévention, destinée à permettre à chacun de vivre plus longtemps en bonne santé, l'enjeu est d'amplifier fortement la prévention primaire portant sur les comportements et les modes de vie, et d'autre part, d'intégrer l'offre de prévention dans les pratiques et les organisations soignantes (***cf. notamment les Axe :*** Parcours spécifiques). L'objectif du PRS 3 de développer des environnements favorables à la santé dans les établissements sanitaires et médico-sociaux contribue à agir sur les déterminants de santé.

Les travaux portés par la CRSA dans sa feuille de route arrêtée en 2022 et les Conseils territoriaux de santé (CTS) contribueront à l'atteinte de ces objectifs en faisant vivre la démocratie en santé dans la région et en accompagnant et en éclairant l'action de l'ARS au bénéfice de l'usager du système de santé.

COORDINATION DES POLITIQUES PUBLIQUES

L'amélioration de l'état de santé de la population dépend d'un ensemble de déterminants : l'accès aux services de santé et d'autonomie, mais aussi les comportements individuels, l'environnement physique des personnes, leur contexte socio-économique, etc. En matière de prévention, la recherche d'équité conduit à mettre en place des actions s'adressant à l'ensemble de la population (universalisme) avec une adaptation selon les besoins d'une population donnée (universalisme proportionnée). Il est dès lors essentiel d'intégrer la santé dans toutes les politiques publiques, notamment dans les territoires les plus en difficultés.

C'est l'objet des Contrats locaux de santé (CLS), signés entre l'ARS et une collectivité territoriale. Le développement de ces contrats a été important ces dernières années avec une dynamique de couverture de la région encourageante, puisque plus des trois-quarts de la population régionale est couverte par un CLS en 2023, et des départements sont intégralement couverts (Indre-et-Loire, Loir-et-Cher). Un guide des CLS a été élaboré avec la participation des coordinateurs de CLS, pour définir un cadre partagé et engager plus de collectivités territoriales dans des actions locales en faveur de la santé des populations.

L'ARS contribue à d'autres plans intersectoriels, par exemple le Plan régional santé environnement (PRSE) avec le Conseil régional, la Préfecture de région et les services de l'Etat (***Cf. PRSE 3***[2]), qui vise à prévenir les risques pour la santé liés à l'environnement. Elle pilote le PRAPS, autre exemple de politique multi-partenariale qui doit contribuer à réduire les inégalités de santé (***Cf. PRAPS***).

[2] « Le PRSE », *ARS Centre-Val de Loire*, disponible à l'adresse : https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/plan-regional-sante-environnement-1?parent=739

AXE : ACCÈS À LA SANTÉ

CHAPITRE 1 : PRÉVENTION – PROMOTION DE LA SANTÉ

La Prévention Promotion de la santé (PPS) est un axe majeur eu égard aux enjeux du vieillissement de la population, aux indicateurs d'espérance de vie en bonne santé qui restent perfectibles, au poids des maladies chroniques (responsables de plus de 80 % des décès prématurés), ainsi qu'aux enseignements tirés de la crise sanitaire COVID-19.

Face à ces constats, l'ambition est de porter une approche large et transversale de la prévention en incluant la prévention dans tous les milieux et tout au long de la vie : 80% de notre état de santé est lié à notre environnement physique et social ainsi qu'aux habitudes et conditions de vie. Notre santé est le résultat de facteurs génétiques personnels, de comportements et d'habitudes de vie, de conditions socio-économiques, environnementales… C'est la combinaison des déterminants de santé qui influe sur l'état de santé d'une personne.
Ainsi, l'importance d'agir sur tous les déterminants de santé à travers le développement de la PPS est d'autant plus essentielle que la prévention contribue à 85% de la réduction de la mortalité prématurée contre 15% pour le soin.

Du fait des constats posés notamment dans le bilan du PRS 2 et des travaux associant une diversité d'acteurs tous impliqués dans la PPS (caractère multisectoriel et pluriel de la PPS : Assurance Maladie, Education Nationale, collectivités territoriales, Professionnels de santé, Associations…), 3 objectifs opérationnels ont été définis :

Objectif 1 : Développer une culture commune en prévention et promotion de la santé afin d'en favoriser le développement sur les territoires au profit des usagers →idée d'instituer une véritable culture de la prévention et d'harmoniser le langage en PPS auprès des acteurs de la santé.

Objectif 2 : Favoriser une équité de chances en matière de prévention→ objectif qui s'attachera à développer plus particulièrement les sujets de prévention médicalisée (dépistage, vaccination) dans une perspective de protection individuelle et collective tout en faisant évoluer les comportements (développement des compétences psycho-sociales).

Objectif 3 : Augmenter le nombre de bénéficiaires d'une offre d'éducation thérapeutique de proximité, graduée et coordonnée par des professionnels formés → sous le poids du développement des maladies chroniques, la nécessité d'un investissement important sur l'éducation thérapeutique du patient et des actions d'éducation à la santé est plus que jamais essentielle.

Pour ce faire, la déclinaison opérationnelle de ces objectifs s'attachera à favoriser l'importance de la réalisation d'actions en proximité dans les territoires avec la participation des populations, le plus précocement possible (***cf. Parcours Santé maternelle et infantile***) et la mise en place d'actions de PPS s'adressant à l'ensemble de la population (universalisme) avec une adaptation selon les besoins d'une population donnée (universalisme proportionnée).

Aussi, le chapitre prévention entend traiter cette thématique de manière globale. Les sujets de prévention afférents plus spécifiquement à certains publics ou certaines pathologies ont vocation à être traités dans les parcours spécifiques du PRS tels que les parcours : diabète -obésité, santé-maternelle et infantile, addiction, environnement favorable à la santé, santé mentale, cancer ou encore le PRAPS…

Objectif opérationnel n°1 : Développer une culture commune en prévention et promotion de la santé afin d'en favoriser le développement sur les territoires au profit des usagers

1. Situation actuelle

La Prévention et promotion de la santé intègre des notions transversales, qui prennent en compte l'individu dans son ensemble, et au-delà puisqu'elles concernent également ses interactions avec son environnement physique et social. Le concept « *One Health* » ou « une seule santé »[3], vise à promouvoir une approche pluridisciplinaire et globale des enjeux sanitaires globaux de santé et justifie pleinement la prise en compte de déterminants multiples et variés (sociaux, environnementaux, économiques, accès aux services de santé…) : importance de la santé dans toutes les politiques (*Health in All Policies*)[4] [5].

A ce jour, la politique de prévention reste encore à développer avec des inégalités sociales et territoriales persistantes et des indicateurs de mortalité évitables à améliorer (7700 décès prématurés de personnes de -de 75 ans soit plus de 60% des décès en région Centre-Val de Loire) et une espérance de vie en bonne santé en stagnation au niveau national[6]. La région se distingue du niveau national par une surmortalité par cancers (colon, prostate), accidents et suicides, diabète et par consommation excessive d'alcool.

L'instauration d'un service sanitaire pour tous les étudiants en santé s'inscrit dans le cadre de la stratégie nationale de santé dont le premier axe est de mettre en place une politique de prévention et de promotion de la santé. Malgré cela, les enseignements en prévention et promotion de la santé (PPS) demeurent encore proportionnellement moindres que ceux concernant le volet curatif.

De plus, le fait que chaque métier dispose de son propre référentiel en PPS/ Prévention promotion de la santé environnementale (PPSE) ne facilite pas l'interprofessionalité et ne favorise pas une culture commune.

2. Enjeux

Un référentiel de connaissance partagé ainsi qu'une bonne connaissance des territoires s'avèrent essentiels pour permettre à la population d'avoir accès à des actions de PPS adaptées dans une démarche d'universalisme proportionné avec des objectifs pluriels : renforcement des compétences psycho-sociales, développement de la littératie en santé et de la santé communautaire.

Bien que le service sanitaire soit un dispositif permettant aux futurs professionnels de santé de mieux appréhender les enjeux de PPS, ses modalités de mise en œuvre restent à consolider et à renforcer notamment par un pilotage auprès des acteurs permettant une meilleure définition des thématiques prioritaires de santé publique.

Il est fondamental que les citoyens développent des pratiques de santé qui leur soient favorables. Cela implique de mieux expliciter les notions clés auprès du grand public et d'améliorer les interactions avec l'ensemble des acteurs de la santé.

3. Description de l'objectif

L'objectif est d'harmoniser le langage en PPS auprès des acteurs de la santé afin d'installer une culture commune au profit des usagers sur l'ensemble des territoires et d'élargir la diversité des acteurs impliqués sur le sujet.

---

[3] « Une seule santé », *OMS*, disponible à l'adresse : https://www.who.int/fr/news-room/questions-and-answers/item/one-health

[4] « Promoting Health in All Policies and intersectoral action capacities », *ONU*, disponible à l'adresse : https://www.who.int/activities/promoting-health-in-all-policies-and-intersectoral-action-capacities et « Stratégie nationale de santé » - *Ministère de la Santé et de la Prévention* (sante.gouv.fr)

[5] Stratégie nationale de santé, Ministère de la Santé et de la Prévention, disponible à l'adresse : https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/strategie-nationale-de-sante/

[6] *Selon les données de la DREES*, entre 2009 et 2019 en l'espace de 10 ans, "l'espérance de vie sans incapacité" a augmenté de 1,2 an pour les femmes et de 2,0 ans pour les hommes.

4. Modalités de mise en œuvre

Les modalités de mise en œuvre s'appuieront sur le développement de la professionnalisation des acteurs en PPS. Ce développement s'effectuera par le renforcement d'une offre de formation à destination des acteurs territoriaux (dont les bénévoles) en charge de la santé pour développer une culture commune, une meilleure collaboration des contrats locaux de santé (CLS) et Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et une capitalisation des expériences en promotion de la santé dans la perspective d'évolution vers davantage de programmes prometteurs ou probants. Par ailleurs, la question des financements en PPS aura vocation à être étudié de manière plus unifiée (exemple : du centre de coordination des financements en Eure-et-Loir).

Par ailleurs, les modalités de mise en œuvre passeront également par la mobilisation du Service sanitaire (SeSa) pour tous les étudiants en santé comme levier pour la prévention notamment par l'utilisation du SESA comme outil d'acculturation de la PPS auprès des acteurs de la santé afin de mieux accompagner les étudiants dans les territoires (organisation d'une semaine d'accueil incluant la rencontre avec les acteurs du territoire pour ne pas limiter la santé aux soins, soutien logistique lors des stages, orientation des stages SESA pour qu'ils soient en phase avec les besoins recensés par les acteurs du territoire …) et par l'harmonisation des outils pour favoriser une meilleure interprofessionalisation (modalités d'évaluation communes, communication régionale unifiée …).

Par ailleurs, la promotion de la santé et de la prévention auprès du grand public et des élus devra être mise en œuvre par le développement de la santé communautaire (via une communication et outils adaptés à la population concernée…), une communication auprès des élus permettant leur mobilisation (plaidoyer, relayer les enjeux liés à la santé environnementale, mobilisation essentielle des CLS pour la mise en place d'actions PPS adaptées avec davantage de moyens financiers consacrés aux CLS), le recours à la médiation en santé pour améliorer l'accès à prévention des personnes qui en ont besoin, par la promotion de la culture santé dès le plus jeune âge pour permettre le développement des compétences psycho-sociales, développement des actions notamment d'aller-vers dans les lieux de vie (écoles, travail, sport,…) .

Enfin, le travail sur les diagnostics territoriaux (infra départementaux) et des différents profils de la population (par âge, sexe, catégories socio-professionnelles…) devra être poursuivi afin de prioriser les interventions sur les territoires.

La prévention est abordée de manière globale dans le chapitre prévention et promotion de la santé. Le lien est assuré avec les parcours notamment :

- ***Diabète, hypertension artérielle et obésité***
- ***Addiction***
- ***Santé maternelle et infantile***
- ***Cancer***
- ***Santé mentale***

5. Echéances intermédiaires

Année	Intitulé action
2023-2028	Création de nouveaux CLS en région Centre-Val de Loire
2023-2028	Consolidation d'une cartographie des acteurs de la prévention sur la région Centre-Val de Loire (cartographie qui a vocation à être actualisée durant le PRS 3)
2025	Création et mise à disposition d'une plateforme dédiée au SESA : lieux de stage, fiches actions , diagnostics de terrain (OSCAR…)

6. Modalités de suivi et d'évaluation

a) Indicateurs de pilotage :

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE INTERMEDIAIRE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Création d'un référentiel de compétences en PPS/PPSE synthétique et actualisé à destination des élus, des acteurs directs et indirects de la santé	En cours	En cours	En cours
2	Nombre d'étudiants en santé inclus dans le service sanitaire par type de métier	1615	En cours	En cours
3	Nombre de nouveaux CLS en région CVL	En cours	En cours	En cours

b) Indicateur de résultat :

Si la PPS est portée par l'ensemble des citoyens (référentiel commun et stratégie collective) : professionnels, associations, usagers et si la démocratie en santé parvient à mobiliser de nouveaux acteurs (patients experts…).

CHAPITRE 1 : PRÉVENTION – PROMOTION DE LA SANTÉ

Objectif opérationnel n°2 : Favoriser une équité des chances en matière de prévention

1. Situation actuelle

En région Centre-Val de Loire (CVL), de nombreuses actions ont été accomplies dans le but de rationaliser l'offre de prévention médicalisée et d'améliorer les indicateurs régionaux : mutualisation des structures, consolidation de Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles), lettre de mission du Comité de coordination régionale de lutte contre l'infection due au Virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH) et les infections sexuellement transmissibles (IST) ou encore amélioration de la couverture vaccinale (CV) chez les jeunes enfants. Cependant, des efforts restent à poursuivre notamment en matière de renforcement des connaissances, développement des dépistages et amélioration de la CV.
En matière de prévention médicalisée, le contexte déjà compliqué avant la crise sanitaire a vu ses difficultés s'accentuer avec la pandémie notamment en terme d'accès au dépistage et d'éducation à la santé : persistance voire aggravation de l'épidémie cachée concernant le Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) nécessitant une stratégie à adapter aux spécificités territoriales et populationnelles. Le taux de découverte régional des séropositivités VIH est l'un des plus importants après la région Ile-de-France 51/million d'habitant en 2021).

A ce jour, les niveaux de CV restent insuffisants (excepté pour les jeunes enfants soumis à la mesure d'extension de l'obligation vaccinale), comme en témoignent les épisodes de recrudescence des cas de rougeole en 2018 et 2019 ou bien les couvertures vaccinales de la grippe (couverture de 56,4% pour les publics à risques en région Centre-Val de Loire (CVL) au lieu des 75% recommandés) ou du *Human Papillonavirus* (HPV) (49.6% en CVL).

Au regard des données des derniers baromètres de Santé publique France (SpF), une augmentation de l'adhésion à la vaccination est observée depuis la crise sanitaire COVID-19 avec une promotion de la vaccination plus forte et plus visible ces dernières années. Néanmoins, bien qu'il y ait une meilleure adhésion de la population à la vaccination depuis la pandémie, des efforts restent à faire avec une population française historiquement parmi les plus défiante envers la vaccination.

Du fait de ces constats avec notamment un contexte de diminution des dépistages IST et une couverture vaccinale qui reste à améliorer significativement, l'accent sera mis sur les thématiques santé sexuelle et vaccination. Ces objectifs sont en lien avec certains parcours spécifiques, notamment le parcours addiction et le Programme régional de l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS).

2. Enjeux

Le contexte lié à la crise sanitaire a renforcé l'importance et l'urgence à agir afin d'améliorer le dépistage des IST (plus de dépistages et mieux ciblés) et la couverture vaccinale ainsi que de renforcer les interventions de prévention tant à destination du grand public que des publics cibles (public jeune, professionnels de santé…).

Différentes problématiques ont été identifiées au sujet de la vaccination comme la nécessité du renforcement de l'adhésion et la mobilisation des professionnels de santé, ainsi que le souhait de faciliter l'accessibilité aux vaccins (logistique, ruptures d'approvisionnement, extension des compétences…).

Concernant la santé sexuelle, ont été mis en exergue le manque de promotion auprès du grand public et également à destination de certains publics (jeunes, Homme ayant des relations sexuelles avec les hommes – HSH, public migrant...) avec la nécessité de mise en place d'un parcours adapté à des publics spécifiques (personnes transgenres…).

Par ailleurs, de manière plus globale, des points de fragilité ont été identifiés avec : une insuffisance d'outils de communication et d'éducation à la santé, une offre hétérogène nécessitant une meilleure coordination des différents acteurs de terrains impliqués en matière de vaccination et santé sexuelle, ainsi qu'un manque d'indicateurs sur ces sujets liés aux différents échelons géographiques (données infra-départementales) et classes d'âge (données sur les jeunes adultes notamment). De plus, l'offre de programmes probants et prometteurs[7] reste à développer sur ces thématiques.

3. Description de l'objectif

L'objectif cité vise à améliorer la couverture vaccinale, à renforcer la prévention et le dépistage en santé sexuelle ainsi qu'à promouvoir tant la littératie en santé que l'*empowerement*. Cet objectif concerne à la fois le grand public et les publics dits cibles dans une stratégie d'universalisme proportionné. Concernant les publics les plus précaires (pénitentiaire, public migrant…), un lien est également effectué avec les objectifs développés dans le cadre du PRAPS.

4. Modalités de mise en œuvre

La promotion de la littératie en santé ainsi que l'empowerement qui dépassent largement le champ de la démocratie sanitaire seront des axes essentiels à développer par le déploiement d'une stratégie de communication et de formation (création d'outils de communication adaptés, mise en place des protocoles de coopération...).
Cette stratégie devra s'appuyer sur les acteurs du territoire pour : développer les stratégies d'aller-vers et la pair-aidance, mettre en place ou améliorer la coordination régionale/départementales des acteurs, favoriser la médiation en santé, permettre le déploiement des programmes probants et prometteurs (avec l'appui de SpF), des acteurs de la recherche et de la promotion de la santé) ainsi que l'utilisation des outils numériques comme le e-learning ou le recours à la téléconsultation (notamment pour la Prophylaxie Pré-Exposition (PrEP)[8] ou les publics les plus éloignés (géographiquement ou du soin)). De plus, l'amélioration de la visibilité des points de vaccination et dépistages ainsi que des effecteurs les plus proches est essentielle (mise à disposition d'un répertoire à jour, valoriser le rôle des pharmacies comme opérateurs de proximité comme avec le développement des campagnes de dépistages dans les CPTS …).
Ces modalités s'appuieront à la mobilisation des professionnels et acteurs du territoire afin de favoriser l'amélioration de la couverture vaccinale en population générale et vers les publics spécifiques au plus près des territoires.
Cela pourra se traduire par une augmentation et une meilleure visibilité de l'offre vaccinale (expérimentation article 51, mise en place de nouveaux protocoles de coopération et déploiement des protocoles existants) ainsi que le renforcement des connaissances des professionnels de santé sur la vaccination (transmission de connaissances interprofessionnels, e-learning, catalogue de formation…). Cet objectif d'amélioration de la couverture vaccinale devra s'appuyer sur une meilleure connaissance du territoire et de la population

[7] Programmes fondés sur les données probantes « programme probant » : Selon l'OMS, les données probantes sont des « Conclusions tirées de recherches et autres connaissances qui peuvent servir de base utile à la prise de décision dans le domaine de la santé publique et des soins de santé ». Programme prometteur : programme qui a le potentiel (ou « promet ») de devenir une pratique exemplaire (premières étapes d'évaluation).
[8] PrEP : Prophylaxie pré-exposition, traitement préventif du VIH.

notamment par la réalisation de diagnostics de données de couvertures vaccinales en infra-départementales pour différentes valences afin de couvrir les zones blanches du territoire et en fonction des différents profils de la population (par classe d'âge, sexe…).
Dans la perspective d'améliorer la couverture vaccinale, une offre de vaccination à destination de certains publics devra être déployée : favoriser la vaccination contre la grippe des professionnels de santé libéraux, des personnes en ALD quel que soit l'âge selon les recommandations, mettre à disposition des vaccins dans les maternités, améliorer la couverture vaccinale rougeole, rubéole, oreillons et HPV pour le public jeune et assurer le rattrapage vaccinal des adultes (en s'appuyant sur les visites de prévention gratuites aux 3 âges clés : 25, 45 et 65 ans).
Concernant la santé sexuelle, les modalités de mise en œuvre passeront par le renforcement de la prévention et le dépistage en santé sexuelle en direction de la population générale et vers les publics spécifiques.
Cela devra se traduire par l'accès à la prévention diversifiée : préservatifs, Traitement comme prévention (TasP), PrEP, dépistage répété … ainsi que la promotion d'une éducation à la santé sexuelle des jeunes selon le profil d'une façon progressive, graduée (en cohérence avec l'âge) et dès le plus jeune âge, tout au long de la vie : publics scolarisés et autres hors parcours « classique » (Protection judiciaire de la jeunesse – PJJ, missions locales…).
Pour les publics spécifiques, l'accent devra être mis sur la promotion du dépistage en raison des risques d'exposition (Public migrant, HSH, Personnes trans, Travailleurs(es) du sexe (TDS), Personne vivant avec le VIH (PVVIH), public éloigné du soin (milieu rural et précaires), Chemsexeurs, usagers de drogue, pénitentiaire…) ainsi que la mise en place ou le renforcement d'un parcours adapté (personnes transgenres, public migrant, PVVIH, HSH…).
Les problématiques liées à l'addiction en lien avec la thématique santé sexuelle (Chemsexeurs, usagers de drogue…) demandent des approches concertées et seront traitées dans le cadre du parcours addiction.

5. Modalités de suivi et d'évaluation:

a) Indicateurs de pilotage :

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE (en 2021)	VALEUR CIBLE INTERMEDIAIRE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Couverture vaccinale HPV filles (schéma complet)	38,9% pour les filles	45 %	60%
2	Couverture vaccinale grippe : - des personnes âgées de plus de 65 ans - des populations à risque (def SpF)	60,3% pour les + de 65 ans 37,8 % pour les populations à risque	En cours	75% 50%
3	Taux de découverte de séropositivité VIH et Nombre de sérologies VIH effectuées pour 1 000 habitants	69 /1000 habitants	En cours	75/1000 habitants
4	Nombre renouvellement PrEP	1337 personnes	En cours	2000 personnes (environ + 10% chaque année)

b) Indicateur de résultat :

On aura réussi si on parvient sur la région : à diminuer l'incidence des IST de combien et à augmenter les couvertures vaccinales à destination du grand public et des publics cibles id.

CHAPITRE 1 : PRÉVENTION – PROMOTION DE LA SANTÉ

Objectif opérationnel n°3 : Augmenter le nombre de bénéficiaires d'une offre d'éducation thérapeutique de proximité, graduée et coordonnée par des professionnels formés

1. Situation actuelle

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Education thérapeutique du patient (ETP) vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Le diagnostic régional ETP du pôle régional de ressources, de compétences et d'expertise en ETP Centre-Val de Loire (CVL) a permis de faire une analyse de l'adéquation des besoins par rapport à l'offre en ETP[9]. De nombreux points positifs ont été mis en évidence, néanmoins des points restants à améliorer ont aussi été relevés :

- Faible proportion de patients ayant accès aux programmes ETP (%)
- Manque de diversité de l'offre ETP[10] (majorité de programmes sur « les maladies métaboliques »)
- Prédominance des établissements hospitaliers publics comme porteurs de programmes (57%)
- Faible proportion de patients impliqués dans la construction et le déploiement de programmes ETP (16% des programmes ETP)

La crise sanitaire a certes freiné le déploiement de l'ETP mais a permis de faire évoluer sa pratique via des modalités à distance malgré l'absence d'outil adapté.

- Tableau des programmes ETP CVL 2022 (données en date du 14 novembre 2022)-

136 programmes d'Éducation thérapeutique du patient sont autorisés en région Centre-Val de Loire :

Pathologies	Structure porteuses						
	Association / GCSMS	Etablissement hospitalier public	Médecine chirurgie obstétrique (MCO) privé	Organisme d'assurance sociale	SSR	Structure d'exercice collectif	Total
Cancers	1	2	1				4
Maladies digestives		2					2

[10] « Tableau des programmes ETP en région CVL », *Diagnostic ETP 2022*, Pôle régional de ressources, de compétences et d'expertise en ETP

Maladies infectieuses		2					2
Maladies métaboliques	7	22	1	2	6	1	39
Maladies neurologiques	1	1			2		4
Maladies psychiatriques	1	6			1		8
Maladies rares		7					7
Maladies rénales	3	1	2		1		7
Maladies respiratoires	2	7			2		11
MCV		5		3	8		16
Obésité / chirurgie de l'obésité	2	6			2		10
Polypathologie	2						2
Stomie		3	1				4
Autre		14			6		20
Total	19	78	5	5	28	1	136

2. Enjeux

La nécessité de renforcement de l'offre ETP met en exergue de nombreux enjeux : inscription de l'ETP dans un continuum avec l'éducation à la santé, plus de formations adaptées aux acteurs, développement de l'offre extra-hospitalière (délivrée par les professionnels libéraux, les associations ou les opérateurs départementaux de l'ETP ambulatoire) et de certains programmes (pour les pathologies dans lesquelles l'acquisition des compétences d'adaptation prédomine : Addiction, Alzheimer, Santé mentale, Trouble du spectre de l'Autisme ou à destination des enfants). Pour ce faire, la structuration et la lisibilité des financements avec la définition d'une stratégie de financement au plus proche des besoins des patients et des territoires sont importantes.

Par ailleurs, la question de la coordination en ETP est cruciale avec la nécessité de la représentativité des acteurs de terrain dans ces instances de coordinations.

Au regard des constats qui ont été posés, il est primordial de rappeler tant l'importance des programmes que des autres dispositifs concourant à une meilleure éducation à la santé : les Activités éducatives ciblées personnalisées (AECP), les actions d'accompagnement et dans ce cadre l'importance des associations de patients dans l'orientation vers ces dispositifs. Il apparait essentiel d'intégrer l'ETP dans un parcours global de prise en soin de la personne malade chronique et de mettre en avant par une communication dédiée la valeur ajoutée de l'ETP pour limiter la perte de chance par un recours tardif dans le parcours.

3. Description de l'objectif

Au regard des constats, il est attendu une augmentation significative du nombre de patients bénéficiaires de l'ETP. Afin que chaque personne présentant une maladie chronique puisse avoir accès à un programme d'ETP sous toutes ses formes (programmes, AECP, actions d'accompagnement), plusieurs axes sont à développer: renforcement de l'offre en région CVL, amélioration de la stratégie de communication et renforcement de la formation ETP.

4. Modalité de mise en œuvre :

Les modalités de mise en œuvre s'appuieront sur le renforcement de l'offre en ETP notamment avec l'accompagnement des équipes dispensant l'ETP et la promotion d'une démarche qualité se matérialisant par

la mutualisation des connaissances entre professionnels, l'harmonisation des pratiques via du benchmarking intra et inter-régions ou le soutien des propositions d'offre en ETP destinée à un public ou à des pathologies chroniques peu ou mal couvertes par l'offre actuelle au regard des besoins des territoires (pédiatrie, aidants, oncologie, ...).

Ce renforcement pourra également s'effectuer par la recherche d'un rôle accru des patients-intervenants au sein des programmes ETP (via des outils adaptés : fiches-type, supports de formation...). Le renforcement de l'offre ETP pourra également se faire par le déploiement d'une offre territorialisée dans une démarche d'universalisme proportionné en proposant des actions différenciées et adaptées au contexte local : mobilisation des professionnels libéraux de proximité, promotion d'une offre alternative d'e-ETP au sein des programmes, mise en place d'équipes mobiles d'ETP.

Par ailleurs, les modalités de mise en œuvre passeront également par le développement de la stratégie de communication en ETP via une meilleure lisibilité de l'offre sur le territoire (site internet Prévaloir.fr), par une sensibilisation des professionnels de santé à l'orientation vers l'ETP en tant que levier à mobiliser (sensibilisation des étudiants en santé via le service sanitaire, organisations de journées départementales et régionale dédiées…) et une réflexion conjointe à mener avec l'Assurance Maladie pour informer les patients en ALD des actions ETP menées sur leur lieu de vie.

Enfin, le renforcement de la formation ETP restera un point primordial à mettre en œuvre notamment par la proposition de formations adaptées avec l'appui du pôle régional ETP CVL (formations à proximité des lieux de vie des professionnels et/ou avec des modalités de participation facilitée) ou encore des formations de qualité s'appuyant sur un référentiel régional.

5. Modalités d'évaluation

a) Indicateurs de pilotage :

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE INTERMEDIAIRE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Nombre de bénéficiaires de programmes ETP initiaux	12 837	18 000	25 000
2	Pourcentage de programmes co-construits avec un patient ou une association de patients	15,9%	25%	50%
3	Élaboration du référentiel régional de formation ETP	0		1

b) Indicateurs de résultat :

On aura réussi si 40% (25 000) des patients nouvellement admis en ALD bénéficient d'un programme ETP.

CHAPITRE 2 : DES ENVIRONNEMENTS FAVORABLES À LA SANTÉ À L'HÔPITAL ET DANS LES ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX

Objectif opérationnel n°4 : Accompagner les établissements sanitaires et médico-sociaux dans leur transition énergétique et la prise en compte des déterminants environnementaux

1. Situation actuelle

La prise en compte de la transition écologique et des déterminant environnementaux dans les **Etablissements sanitaires et médico-sociaux (ES/ESMS)** est une nouvelle orientation du Projet régional de santé (PRS) Centre-Val de Loire.
Les usagers, résidents ou professionnels peuvent éprouver un sentiment de mal-être ou de mauvaise qualité de vie au sein de certains ES/ESMS et leurs abords. L'une des causes est celle des environnements immédiats (nuisances sonores, températures trop basses ou trop élevées, courants d'air, absence de vue et d'accès à la nature, manque de « beau », faible voire absence de luminosité, manque de convivialité…). Par ailleurs, les ES/ESMS, de par leurs activités, contribuent aux émissions de substances polluantes et de gaz à effet de serre (GES) (consommation d'énergie, d'eau, de médicaments, production de déchets, besoin de mobilité, …). Ces émissions influencent de manière défavorable de nombreux déterminants environnementaux de la santé, comme les vagues de chaleur, la sécurité alimentaire, la pollution de l'air ainsi que la quantité et la qualité de l'eau.

Les facteurs environnementaux peuvent en effet contribuer, dans leurs différentes composantes (qualité de l'air extérieur et intérieur, qualité de l'eau, alimentation, etc.), à de nombreuses maladies d'origine souvent pluri factorielle : cancers, pathologies respiratoires, allergies, asthmes, maladies cardiovasculaires, diabète, obésité, etc. De bonnes conditions environnementales vont au contraire favoriser le bien-être physique, mental et social. Malgré une amélioration importante de la qualité des différents milieux au cours des dernières décennies, la prise en compte de l'ensemble des déterminants environnementaux de la santé reste rare. Par ailleurs, les dérèglements climatiques déjà observés et ceux attendus à moyen terme obligent à l'action. En effet, selon l'Organisation des Nations unies (ONU) « Les changements climatiques constituent la plus grande menace pour la santé de l'humanité ». Les mesures d'adaptation et surtout d'atténuation constituent en réponse une des principales opportunités pour améliorer la santé publique.
De nombreuses initiatives émergent actuellement, au niveau des ES/ESMS et des territoires, mais aussi de la part d'acteurs régionaux ou nationaux. Un besoin de formation et de sensibilisation, d'accompagnement, de partage des initiatives apparait donc essentiel. Le suivi de la progression des différentes actions gagnerait à s'inscrire dans un cadre harmonisé.

2. Enjeux

Notre état de santé est influencé à hauteur de 80 % par notre environnement, nos modes de vies et les facteurs socioéconomiques. La création d'environnements favorables à la santé constitue donc un levier essentiel pour améliorer la santé de la population (usagers, résidents et professionnels) et ainsi contribuer à l'attractivité des ES/ESMS. Cela implique d'agir sur les différents environnements (environnements naturels, bâti, système de transport, environnements sociaux et culturels, …) mais également sur la mise en place de mesures

d'adaptation et d'atténuation aux enjeux du changement climatique. La prise en compte des enjeux environnementaux à toutes les étapes de la prise en charge des patients (achat, rejet, antibiorésistance…) permet d'engager les établissement dans une nouvelle approche de la pertinence des soins : les soins écoresponsables[11]. Cela participera à l'atteinte du principe d'« une seule santé » promu par l'Organisation mondiale de la santé (OMS)[12].

Ainsi, deux grands enjeux, en partie intriqués, guident la mise en œuvre des actions de ce chapitre :

- Agir sur les déterminants environnementaux de la santé au sens large[13],
- Accompagner la transition écologique et énergétique des ES/ESMS.

3. Description de l'objectif

L'ambition portée est de créer des environnements favorables à la santé dans les ES/ESMS en induisant un bien-être et en réduisant les émissions de GES et les sources de pollutions.
L'un des leviers pour créer des environnements favorables à la santé est celui des aménagements favorables à la santé. Il repose sur une approche globale de la santé, qui prend en compte l'ensemble des déterminants environnementaux, sociaux et économiques. Il consiste a faire des choix d'aménagements permettant notamment de réduire les polluants et les nuisances, de contribuer à changer l'environnement social pour favoriser la cohésion sociale et le bien-être ou encore de lutter contre les effets des changements climatiques.

On observe actuellement l'impact du changement et de la variabilité climatique sous la forme de vagues de chaleur, d'incendies et d'inondations plus intenses, et d'une prévalence accrue des maladies d'origine alimentaire, hydrique et vectorielle. Le changement climatique exercera des contraintes sur les déterminants de l'environnement et de la santé, comme la sécurité sanitaire des aliments, la pollution de l'air ainsi que la quantité et la qualité de l'eau. C'est pourquoi il convient de se mobiliser et d'agir, à la fois en réduisant les émissions de gaz à effet de serre (atténuation) mais aussi en se préparant à vivre sous des conditions très différentes (adaptation).
Ainsi, pour répondre à ces enjeux, il s'agira d'engager les ES/ESMS de la région dans une démarche de transition écologique et énergétique intégrée à long terme. Les ES/ESMS devront également générer, dans leur architecture et leur mode de fonctionnement, un cadre de vie agréable pour tous. La prise en compte de ces enjeux impliquera de multiples bénéfices directs pour les ES/ESMS : performance énergétique impliquant des économies, amélioration de la qualité de vie au travail pour les équipes à la faveur de l'attractivité des métiers, réduction des temps de convalescence des patients hospitalisés…
Des contraintes réglementaires assorties d'objectifs ambitieux pèsent également sur les ES/ESMS (obligation de réaliser le bilan de gaz à effet de serre, avec un périmètre élargit depuis le 1/1/2023, décret tertiaire [14]imposant de réduire de 40% les consommations d'énergies d'ici 2030, puis 60% d'ici 2050). Cet objectif opérationnel doit permettre d'accompagner et de suivre la bonne mise en application de ces réglementations.

4. Modalités de mise en œuvre :

Le prérequis pour atteindre cet objectif est celui de la sensibilisation et de la formation des acteurs aux déterminants de santé, aux enjeux des environnements favorables à la santé et du changement climatique.

---

[11] « Soins écoresponsables : une nouvelle approche de la pertinence des soins », Ministère de la santé et de la prévention, disponible à l'adresse : https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/pertinence-des-soins-10584/article/soins-ecoresponsables-une-nouvelle-approche-de-la-pertinence-des-soinsttps://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/pertinence-des-soins-10584/article/soins-ecoresponsables-une-nouvelle-approche-de-la-pertinence-des-soins
[12] Le Groupe tripartite et le PNUE valident la définition du principe « Une seule santé » formulée par l'OHHLEP (who.int)
[13] « Créer des environnements de vie favorables à la santé », *Actualité et dossier en santé publique n°103*, disponible à l'adresse : https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad1031939.pdf
[14] « Mettre en oeuvre le décret tertiaire : le décret Éco Énergie Tertiaire et votre établissement », *Anap.fr*

Une fois ce prérequis opéré, il s'agira d'accompagner concrètement les ES/ESMS dans l'atteinte de l'objectif, en s'appuyant sur des dispositifs et des aides existantes, grâce aux opérateurs et partenaires régionaux et nationaux (en particulier l'ANAP). Des aides complémentaires ciblées pourront être proposées. La mise en œuvre du plan de relance et en particulier les orientations du Ségur de la santé avec la transformation du modèle d'Ehpad vers une nouvelle génération d'établissement ouvert sur son environnement et renforçant le sentiment de bien-être pour les résidents. La mise en œuvre de critères environnementaux pour la sélection des projets permettrait d'en améliorer la qualité.

Une des orientations du Ségur vise à accompagner les acteurs sanitaires et médico-sociaux pour permettre d'enclencher une dynamique en développement durable. L'Agence nationale d'appui à la performance des ES/ESMS (ANAP), la Caisse Nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) ont initié la mise en place d'un réseau de Conseillers en transition énergétique et écologique en santé (CTEES). Ce réseau reste incomplet en région Centre-Val de Loire, mais il constitue une grande opportunité pour structurer la mise en réseau des établissements et suivre la mise en œuvre des objectifs. Il conviendra donc de le renforcer.

Un suivi des actions entreprises, avec des outils existants, permettra de recenser les expériences pour ensuite valoriser les retours d'expérience et diffuser plus largement les bonnes pratiques.

Le prérequis à la mise en place d'actions sera la nécessité de prioriser les secteurs à fort enjeux. D'après le rapport de *The Shift Project* (2021), les quatre principaux postes d'émission de GES du secteur de la santé sont : 1) les achats de médicaments (33 %) 2) les achats de dispositifs médicaux (21 %) 3) les transports des usagers et des visiteurs (11 %) et 3) les sources fixes de combustion (10 %). Favoriser des achats durables permet ainsi d'agir rapidement sur la décarbonation. Un des leviers à mobiliser pour cela est l'analyse du cycle de vie des produits.

Il sera également important d'identifier les actions impliquant un bien-être et une meilleure qualité de vie au sein des ES/ESMS. Par exemple, la réduction des nuisances sonores induit une réduction du temps de convalescence. Les multiples bénéfices associés à l'accès aux espaces verts sont également établis : meilleure santé mentale, réduction du stress, activité physique, etc.

5. Échéances intermédiaires

Année	Intitulé action
2023	Démarrage des Formations/sensibilisations des cadres (établissements et ARS)
2024	- Inscription des objectifs de transition écologique dans les nouveaux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des ES/ESMS - Intégration de la notion d'environnements favorables à la santé dans les nouveaux projets d'aménagement (nouveaux établissements, extension, reconstruction, …) et projets d'établissement
2024	- Réseau régional des ES/ESMS fonctionnel avec missions spécifiques (informer, conseiller, outiller, former, …) - Ouverture d'aides spécifiques (appels à projet, appels à manifestation d'intérêt, …)

6. Modalités de suivi et d'évaluation:

a) Indicateurs de pilotage :

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE INTERMEDIAIRE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Proportion d'ES/ESMS en CVL engagés dans le suivi de leur démarche de développement durable selon l'indicateur de l'ANAP : Mon Observatoire du Développement Durable (MODD)	2019 : 14 ES/ESMS (1 %)	35**%** des ES/ESMS engagés fin 2025	85**%** des ES/ESMS engagés en 2028
2	Proportion d'ES/ESMS de superficie supérieure à 1000 m² respectant leurs obligations réglementaires de saisie des données concernant leurs GES sur la plateforme Observatoire de la Performance Énergétique, de la Rénovation et des Actions du Tertiaire (OPERAT)	0 (obligation à partir du 31/12/22)	80% des ES/ESMS assujettis fin 2025	100% des ES/ESMS assujettis fin 2028
3	Proportion de CPOM renouvelés intégrant des critères d'environnements favorables à la santé	0	50% fin 2025	75% en 2028

b) Indicateur de résultat :

Nous aurons réussi si les ES/ESMS de la région CVL sont davantage engagés dans la transition écologique et les environnements favorables à la santé que la médiane des ES/ESMS de la France métropolitaine au travers de l'indicateur défini par l'ANAP (indicateur de maturité globale).

CHAPITRE 3 : DÉMOGRAPHIE ET ATTRACTIVITÉ DES PROFESSIONS DE SANTÉ

Introduction

La question de la démographie des professionnels de santé est d'un enjeu crucial pour la région Centre-Val de Loire qui se caractérise par une offre de soins globalement insuffisante du fait d'un manque de médecins, ainsi que des inégalités territoriales marquées.

Cela se manifeste notamment par des difficultés majeures d'accès à un médecin traitant dans de nombreuses parties du territoire (85% de la population est en zone sous-dense, zonage 2022) mais également par la plus faible densité métropolitaine en termes de médecins spécialistes malgré des inégalités internes importantes (Indre-et-Loire : 17^{e} département de France, Indre : 94^{e}).

Les autres professions médicales sont concernées :

- 10^{e} région en termes de densité de pharmaciens (99,8 pharmaciens pour 100 000 habitants contre une moyenne nationale à 110,1)
- Avant-dernière région pour les chirurgiens-dentistes (47 dentistes pour 100 000 habitants contre une moyenne nationale à 66,6)
- 11^{e} région pour les sages-femmes (115 sages-femmes pour 100 000 femmes âgées de 15 à 59 ans contre une moyenne nationale à 119,1).

La faible offre de soins est également caractérisée par l'insuffisance des effectifs paramédicaux. Les infirmiers, avec une population chiffrée à 9 908, placent la région en dernière position en termes de densité (385,1 pour 100 000 hab.), largement inférieure à la France hexagonale (549,3). Même constat pour les masseurs-kinésithérapeutes avec une densité la plus faible de France : 85,6 pour 100 000 hab. contre une moyenne nationale à 129,9. D'autres professions sont concernées par cette tendance (les manipulateurs en radiologie, les orthophonistes, les orthoptistes, les psychologues).

Cette insuffisance d'effectif se double, pour l'ensemble des métiers de la santé, par un taux de fuite des étudiants diplômés plus élevé que la moyenne nationale. Il est de 42% pour les étudiants en médecine, de 43% pour les étudiants en soins infirmiers, et de 80% pour les étudiants kinés. Le taux de fuite (1^{ere} prise de poste hors région) des professionnels à la sortie d'école place ainsi la région Centre-Val de Loire souvent dans les dernières positions.

Seule la profession aide-soignante échappe à cette situation avec des professionnels qui restent travailler à plus de 74% dans la région le plus souvent dans le département où ils ont été formés. Néanmoins, le nombre de candidatures en entrée en formation au sein des instituts de formation, depuis quelques années, baisse de façon régulière, ce qui peut dénoter un moindre attrait pour l'exercice de ce métier.

A contrario, la demande de soins, déjà importante aujourd'hui, sera croissante dans les cinq prochaines années du fait du vieillissement de la population. La densification du haut de la pyramide des âges contribuera à augmenter les besoins en soins, notamment en médecine générale.

Sachant qu'il faut quelques années pour former des paramédicaux mais en moyenne 10 ans pour faire d'un étudiant un médecin, la courbe de densité médicale sera en baisse, en France et en région, dans les 5

prochaines années (nombreux départs en retraite, diplômés en fin de cursus encore en nombre insuffisants) avant de retrouver autour de 2031 son niveau bas actuel, puis de le dépasser (conf. Nat. ONDPS 2021).

Dès lors, deux défis de taille se présentent en région en termes de formation,

- Comment calibrer l'augmentation du nombre de professionnels de santé à former en région afin de répondre aux besoins de santé à venir de la population ?
- Comment améliorer le taux de fidélisation des étudiants diplômés qui font le choix d'exercer en région ?

En somme, comment garantir et promouvoir, avec une augmentation substantielle des étudiants en santé formés, une offre de formation de qualité qui réduise le taux de fuite hors région à la sortie d'école ?

Objectif opérationnel n°5 : Former plus et mieux sur l'ensemble des 6 départements de la région

1. Situation actuelle :

Concernant l'adaptation de la formation des professionnels de santé aux besoins du système de santé, des progrès ont été faits sur l'augmentation des capacités de formation et le nombre de professionnels à former (effet volume), d'une part, et sur l'évolution des pratiques en termes de formation (effet valeur), d'autre part.

Concernant les volumes, la quasi-totalité des formations en santé a bénéficié d'une forte augmentation de ses effectifs sur la période 2017-2022 (médecins, dentistes, pharmaciens, kinés, infirmiers, aide-soignant ; (***cf. focus ci-dessous***).

Seules quelques formations ont vu la stagnation de leurs effectifs (sages-femmes, manipulateurs en électroradiologie médicale, orthophonistes, orthoptistes, psychologues) soit faute de capacité enseignante de formation, soit par manque de terrains de stages pouvant garantir en région l'intégralité de la formation.

Aucune formation n'a diminué ses effectifs sur la période 2018-2022.

Concernant les évolutions sur les pratiques en termes de formation, le Collegium-santé, dont le but est de promouvoir la pluridisciplinarité et la pluri-professionnalité, a réuni l'ensemble des instances de formation des professionnels de santé de la région au moins deux fois par an, y compris en période de crise sanitaire en 2020 et 2021. Le développement de cours à distance et la simulation ont été accélérés dans leur usage pendant la crise COVID qui a eu un effet catalyseur. Un état des lieux exhaustif des utilisations et des besoins en termes de simulation en santé est en cours de finalisation par le Collégium.

Les internes en médecine ont globalement une offre de formation plus fournie et un accompagnement à l'installation plus ciblé :

- Une diversification des types de stages proposés via une augmentation des stages en ambulatoire (+46)
- Plus de lieux de stage
  - 2018 : 371 stages (Spé : 31 ; MG : 340)
  - 2021 = 417 stages (Spé : 49 ; MG : 368)

- Un recours croissant aux contrats d'engagement de service public (CESP) : 16 en 2018, 19 en 2022 ; avec un accompagnement personnalisé des projets des CESP : 30 installations en zone sous-dense depuis 2010 et 84 encore en cours de formation ;

A l'aune du PRS, des difficultés subsistent cependant et d'autres sont apparues.

Les efforts des établissements de santé se sont parfois concentrés sur les étudiants en médecine mais insuffisamment sur les autres professions médicales (notamment sage-femme) et paramédicales (infirmiers, kinés, aides-soignants, orthophonistes) qui nécessitent aussi encadrement pédagogique et facilités de logement.

L'insuffisance de capacité d'encadrement en ambulatoire pour les professionnels de santé de la région est un facteur limitant pour leur répartition sur le territoire pendant leur formation dans les disciplines ou spécialités à exercice majoritairement libéral (médecins généralistes, kinés, sages-femmes …).

Concernant les internes de médecine, leur faible présence hors de l'axe ligérien persiste avec une grande acuité (situation qui se dégrade, voir tableau du point 3) ; les départements su Cher, de l'Indre et d'Eure-et-Loir demeurent fortement sous-dôtés par rapport aux départements du Loiret, du Loir-et-Cher et surtout d'Indre-et-Loire malgré la stricte application du taux d'inadéquation (soit le fait qu'il y ait plus de postes disponibles au choix que d'internes) de 107%.

Intitulé indicateur de résultats	valeur initiale 2016	valeur cible intermédiaire	valeur cible à 5 ans	Spécialités / MG	valeurs 2018	valeurs 2020
taux semestriel d'internes réalisant un stage dans les départements du Cher, de l'Indre et d'Eure-et-Loir	17%	20%	25%	total	mai : 14,6% novembre : 14,9 %	mai : 15,3 % novembre : 16,7 %
				MG	mai : 35% novembre : 31,8 %	mai : 34,6 % novembre : 34 %
				spécialités	mai : 5,8 % novembre : 8 %	mai : 7,2 % novembre : 8,2 %
taux d'internes réalisant un stage en milieu libéral	12%	15%	20%	total	13,3%	12,5%
				MG	41,2%	37,9%
				spécialités	1,5%	1,0%

Enfin, la région connait une déperdition importante entre le nombre de professionnels de santé diplômés et le nombre de professionnels prenant un poste en région. Le taux de fidélisation est bas (58% en médecine en 2019, dernier département de France hexagonale, source ONDPS). Cette tendance lourde s'observe aussi pour d'autres professions (kinés, sage-femme, manipulateurs en radiologie …).

2. Enjeux :

Il s'agit avant tout d'adapter la formation des professionnels de santé aux besoins du système de santé dans une vision préservant la qualité de la formation et de l'accompagnement pédagogique, ceci afin de fidéliser les étudiants, futur professionnel, en région Centre-Val de Loire.

Il convient aussi de s'assurer d'une meilleure répartition territoriale en anticipant leur possible choix d'installation et d'exercice en irriguant des lieux de stages répartis dans tous les territoires, y compris les endroits les plus isolés.

Enfin, l'objectif est d'accompagner les étudiants en santé à construire leur projet professionnel et à se projeter dans un exercice en région.

3. Description de l'objectif :

L'objectif est d'augmenter le nombre de professionnels formés en veillant à la qualité des formations et à une meilleure répartition territoriale notamment des stages.

4. Modalités de mise en œuvre :

- **Continuer à augmenter les quotas et le nombre de diplômés des études en santé**

Pour l'ensemble des professions médicales et paramédicales, l'objectif est de continuer à augmenter les quotas afin de former un nombre croissant de professionnels dans une région où la demande de soins se poursuivra.

- En médecine, la création d'un Centre hospitalier universitaire (CHU) et d'une faculté de médecine à Orléans fait que le nombre d'étudiants attendus en formation sera significativement plus important dans les années à venir. A terme, jusqu'à 1 100 étudiants en 2025 (1ère, 2ème et 3ème année) sur le site Orléanais et jusqu'à 500 internes seront formés chaque année en région ; soit +67% par rapport à 2022.- C'est un signe fort envoyé concernant l'objectif d'amélioration de la démographie médicale en région.

- En odontologie, une montée en charge progressive permettra de passer de 28 étudiants en 2022 à 49 chaque année à partir de 2027 ; soit + 75%. La récente création d'une faculté d'odontologie en région (2022), basée à Tours, permettra, à terme, de former 294 étudiants en région.

- Concernant les sages-femmes, les capacités en entrée en formation ont stagné aux alentours de 30 depuis au moins 2013; à l'exception du pic de 2021 (38 places). Malgré une légère augmentation des effectifs ces dernières années (+15% entre 2013 et 2021) conforme aux tendances nationales (+13%) la région Centre-Val de Loire connaît une densité inférieure à la moyenne nationale. Il apparaît donc important de réexaminer les flux de formation à la hausse, avec la création potentielle d'une nouvelle école de sage-femme à Orléans à proximité de la plus grosse maternité de la région (près de 5 000 accouchements). Néanmoins, on observe des difficultés à l'entrée en formation avec beaucoup d'étudiants qui ne choisissent plus cette discipline, auxquelles s'ajoute une tension réelle sur les lieux de stage, faute d'encadrants

- Pour les infirmiers, un passage de 1 600 à 1 800 places d'ici 2030 est prévu ; soit + 12,5%. En concomitance, un objectif prioritaire consiste à favoriser une augmentation du % de diplômés d'une promotion : moyenne régionale de 79% contre une moyenne nationale à 83% ; avec des inégalités fortes d'un département à un autre (71% dans le Cher et dans l'Indre, 79% dans le Loiret, 80% dans le Loir-et-Cher, 84% en Eure-et-Loir et 86% en Indre-et-Loire).

- Pour les Masseurs-Kinésithérapeutes, une école unique, située à Tours, existe en région. L'augmentation des quotas réenclenchée en 2021 (+5 par rapport à l'année précédente) doit se poursuivre : 100 en 2022 ; 105 en 2023 ; 110 en 2024.

Une enquête menée par l'Union régionale des professionnels de santé (URPS), avec un taux de retour de 40%, montre que les changements du mode de sélection (en 2000, passage d'une sélection par concours à une sélection par une première année universitaire) corrélé en 2009 à une augmentation importante du quota d'étudiants (60 à 90) ont eu un impact positif sur le nombre de MK installées en région CVL et ayant obtenu leur diplôme à l'EUK.

Il est également évoqué le fait que de nombreux étudiants partent à l'étranger (pays européens tel que la Belgique, l'Espagne) et reviennent sur le marché du travail français, en raison du mode de sélection jugé encore trop sélectif. En région Centre-Val de Loire, 23% des kinés salariés et 16% des kinés libéraux ont été diplômés à l'étranger.

La création d'antennes d'instituts dans les départements les plus sous-denses de la Région : Eure et Loir, Indre et Cher, se pose pour une montée progressive à + 70 apprenants à former (mêmes nombres et même volume que sur la région Bourgogne Franche-Comté).

- Concernant les Manipulateurs en Electroradiologie Médicale, deux écoles dispensent cette formation :
  - ✓ Le CHRU de Tours avec un quota qui a évolué à 37 places en septembre 2022 (35 auparavant) qui se décline en 35 places issues des sélections par ParcourSup et 2 réservées à la Formation Professionnelle Continue ;
  - ✓ Lycée Voltaire à Orléans avec 24 places.

Une augmentation des places est à envisager au vu de la faible densité de cette professions (CVL, avant-dernière région).

- La formation en orthophonie est, elle, délivrée par l'UFR de Médecine de Tours. Depuis 2013, pour une durée de 5 ans. En 2019, il y a eu une augmentation importante des quotas, passant de 39 places ouvertes à 50, en 2019.

Malgré tout, l'augmentation des quotas de formation en la spécialité doivent continuer à augmenter, au cours des années futures, tout en menant, en parallèle, un travail sur l'augmentation du nombre de terrains de stages, qui actuellement reste un frein à l'augmentation du nombre d'étudiants formés.
Pour les orthoptistes, il y a eu une demande d'augmentation du quota, passant de 17 places au lieu de 15 places sur 2020 – 2021. L'école est revenue à un quota de 15 places en 2022 en raison de la raréfaction des places en stages, qu'il reste difficile à trouver.

- Concernant la formation aides-soignants, 95 % des élèves sont originaires de la Région Centre-Val de Loire en entrée en formation. Le taux d'emploi est de 93 % dont 88 % des AS restent en emploi en région et 76 % dans le département où ils se sont formés. L'offre de poste a progressé de 68 % entre 2016 et 2021. Le premier recruteur est aujourd'hui le secteur de la personne âgée. L'emploi est pérenne sur cette profession et les professionnels sont sédentaires dans leur lieu d'exercice. Néanmoins, les EHPAD peinent à trouver des professionnels formés. C'est pourquoi l'augmentation des quotas doivent se poursuivre : + 5 à 10 % chaque année jusqu'en 2028.

- **Promouvoir des candidatures du bassin d'emploi ou de la région**

Les sélections en entrée en formation sont organisées pour la plupart par le dispositif de ParcourSup.

Le recrutement n'est plus régional mais il est devenu national. Ainsi, pour exemple, la proportion des candidats originaires d'autres régions est passée de 28% avant Parcoursup à 34% après (+6 points).

Alors que l'origine géographique locale augmente la probabilité de rester en région, il devient particulièrement important de susciter des candidatures en proximité. Ainsi, concernant la médecine, il convient de poursuivre le dispositif « ambition sup » et de l'élargir à davantage de lycées du Cher, de l'Indre et d'Eure-et-Loir.

Des campagnes de sensibilisation et de communication sur les métiers de la santé avec les partenaires des territoires (Conseil Régional ; Conseils départementaux, CH, EHPAD …) doivent également être menés dans chaque territoire auprès des collégiens et lycéens afin de susciter des vocations, faire connaitre les universités et écoles de formations à proximité, accompagner dans les démarches à mener.

Une politique pro-active doit être menée pour augmenter les formations en apprentissage pour un certain nombre de professions (aide-soignant, infirmier, manipulateurs en radiologie, ambulancier, masseurs-kinésithérapeutes, etc.) afin de les aider à faire le plein de candidature du territoire.

Des partenariats spécifiques doivent être réalisés avec Pôle emploi de manière à aider les employeurs grands pourvoyeurs de postes (les établissements de santé, les EHPADs, etc.) à recruter au plus près au sein de publics peu mobiles.

Enfin, une action peut être portée conjointement avec le rectorat pour encourager une dérogation permettant aux instituts paramédicaux, à l'instar de ce qu'il est possible de faire pour la médecine, d'intégrer des critères territoriaux dans l'acceptation des candidats.

- **Promouvoir des parcours territoriaux de stage**

Cette politique de proximité renforcée à l'entrée à l'école doit s'accompagner de stages dans tous les départements de la région en établissements de santé sanitaires et médico-sociaux ainsi qu'en ville. La présence d'étudiants en santé dans les 6 départements de la région en proportion suffisante est un élément clé de la fidélisation en région ; les étudiants s'installant sur un territoire d'autant plus facilement qu'ils y sont préalablement passés en stage et ont apprécié leur expérience.

Pour chaque profession, les stages doivent être identifiés et cartographiés afin d'offrir des possibilités aux établissements de santé des zones rurales et isolées d'être choisis par les étudiants. Tout étudiant, au cours de son cursus, devrait pouvoir effectuer au moins un stage, dans un territoire sous-dense. La cartographie des lieux de stage a aussi une valeur d'engagement pour les établissements à accueillir des stagiaires. Certaines formations, comme les sages-femmes, les manipulateurs en radiologie ou les orthophonistes manquent de lieux de stage et sont contraints d'envoyer des étudiants se former hors région.

Enfin, un fonctionnement territorial des instituts est à développer, en encourageant la mutualisation de l'ingénierie pédagogique, des salles de cours, des lieux de stage, des intervenants afin de gérer au mieux l'augmentation du volume des étudiants, tout en prenant en compte les besoins et les capacités de l'ensemble de leur territoire.

La mutualisation ne doit pas être qu'entre instituts mais aussi entre différentes filières de formation. Avec l'université, par exemple, dans le cadre des enseignements contributifs et de l'enseignement de la recherche en soins. Il y a également besoin de construire et d'innover avec des plateformes numériques et des techniques pédagogiques hydrides. Elle pourra augmenter la pertinence des enseignements et leur qualité, en s'adaptant aux contraintes contextuelles et sanitaires. Elle préparera d'autant mieux les apprenants, futurs professionnels.

La mutualisation doit également concerner, sur un territoire donné, à la fois professionnels et équipes pédagogiques. Elle prend ainsi tout son sens dans le développement de la simulation autour de scénarii co-construit entre établissements et instituts, tout en associant le concept de la pluridisciplinarité et de l'interdisciplinarité

Pour développer cette territorialité, des postes partagés Instituts/CH, Instituts/ Instituts et Instituts/Université doivent être encouragés.

- **Préserver la qualité de la formation en stage : accueil – encadrement – accompagnement**

Les stages sont un levier d'attractivité important pour les établissements de santé et médico-social. Les étudiants en santé sont formels : de la qualité des stages dépend leur prise de poste future dans les structures. Partant de ce constat, les stages doivent faire l'objet d'une attention toute particulière afin d'encadrer et accompagner les apprenants dans une logique de qualité et de bienveillance.
Ainsi, la mise en place et/ou la consolidation du tutorat et des maîtres de stages doit être reconnue et valorisée aussi bien au sein des établissements que pour les libéraux. Reconnaissance et valorisation passent par :
- une formation des tuteurs,
- un temps dédié et considéré comme une activité à part entière,
- potentiellement une indemnisation complémentaire du tuteur., qui permettrait de valoriser son rôle, de le positionner et être facteur de motivation.

Pour ce faire, un état des lieux des tuteurs est nécessaire avec les directions des soins des établissements afin d'identifier un volume et dégager un temps pertinent dédié.
Sur le secteur libéral, en particulier pour les infirmiers, ce rôle de tutorat est à construire. Il sera un facteur facilitant à la création de nouveaux terrains de stages en ambulatoire.

Cette logique de mise en place de tutorat s'accompagne ainsi d'interactions fortes entre instituts, encadrants et futurs professionnels.

- **Développer la simulation en santé et les formations hybrides**

Afin d'optimiser les places en stages et ne pas surcharger le nombre d'étudiants dans les services, des techniques pédagogiques innovantes peuvent être mises en place en vue de mieux préparer à la mise en stage et l'aspect professionnalisant du parcours de formation, à mettre en lien avec une optimisation des planifications des stages.
Cette évolution doit aussi établir un parallélisme avec la certification qui permet l'obtention des diplômes d'Etat des futurs professionnels, afin que cette diplomation, elle aussi, puisse suivre favorablement et apporter une réponse adéquate aux besoins de santé.

Pour certaines formations (notamment les Institut de formation en soins infirmiers – IFSI), le développement de la simulation doit permettre de maintenir un niveau de formation exigeant en évitant un trop grand nombre d'étudiants en stage au même moment dans les établissements et en ville ; avec comme ligne directrice : « jamais la première fois sur le patient ».

- **Considérer et répondre à la précarité étudiante en développant transports, logements et indemnités de stage**

L'augmentation du nombre d'étudiants en santé formés à l'université et dans les instituts et écoles de la région doit s'accompagner de stages souvent potentiellement éloignés des lieux de formation théorique. Ces lieux de stages doivent, par conséquent, garantir un hébergement et des conditions matérielles qui permettent d'étudier dans de bonnes conditions.

L'hébergement à titre gracieux est un élément indispensable. Leur absence ou leur mauvaise qualité empêche des étudiants à aller sur des lieux de stage pédagogiquement qualifiants et enrichissants. L'absence de

transports et leur coût est également un élément empêchant les étudiants à couvrir l'ensemble du territoire. De plus en plus d'étudiants, notamment dans les formations paramédicales n'ont pas le permis et/ou sont mineurs.

- **Evaluer et suivre les formations et les cohortes**

Les universités et instituts doivent s'inscrire dans une dynamique non seulement pédagogique, mais aussi d'insertion professionnelle ; avec une responsabilité sociale d'entreprise tournée vers le territoire.

Afin de pouvoir évaluer les dispositifs de formation en lien avec l'impact des réformes et de l'évolution à la hausse des capacités d'entrée, mais aussi pour suivre les cohortes et l'employabilité en sortie de formation, la construction d'indicateurs communs par département, au niveau régional est essentielle.

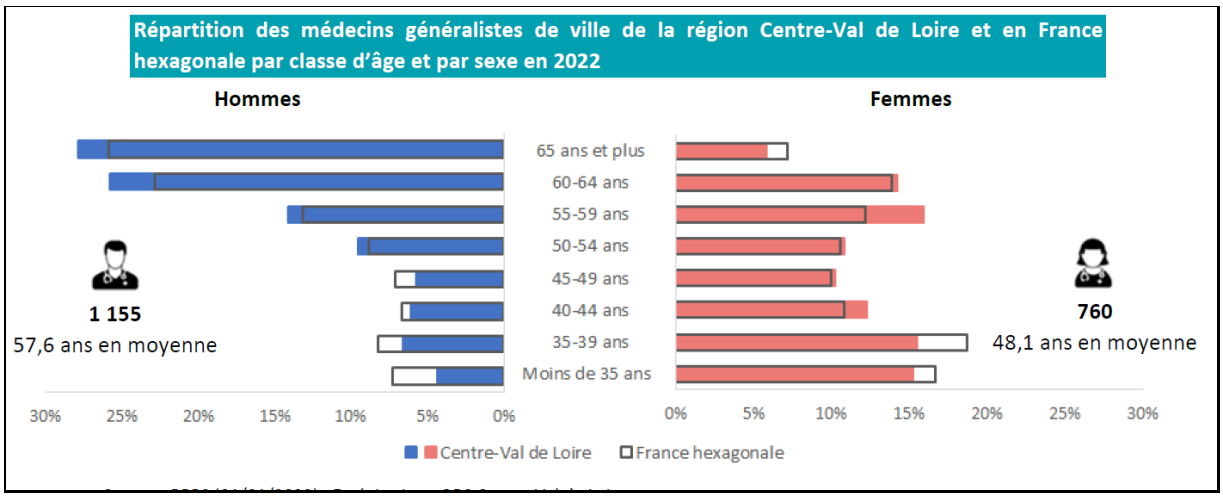
L'organisation d'un recueil de données au fil de l'eau concernant les sélections, les diplomations et l'employabilité en région doit aboutir à un outil de suivi harmonisé, partagé et continu entre les universités, les instituts, les établissements, l'Agence et le Conseil Régional.

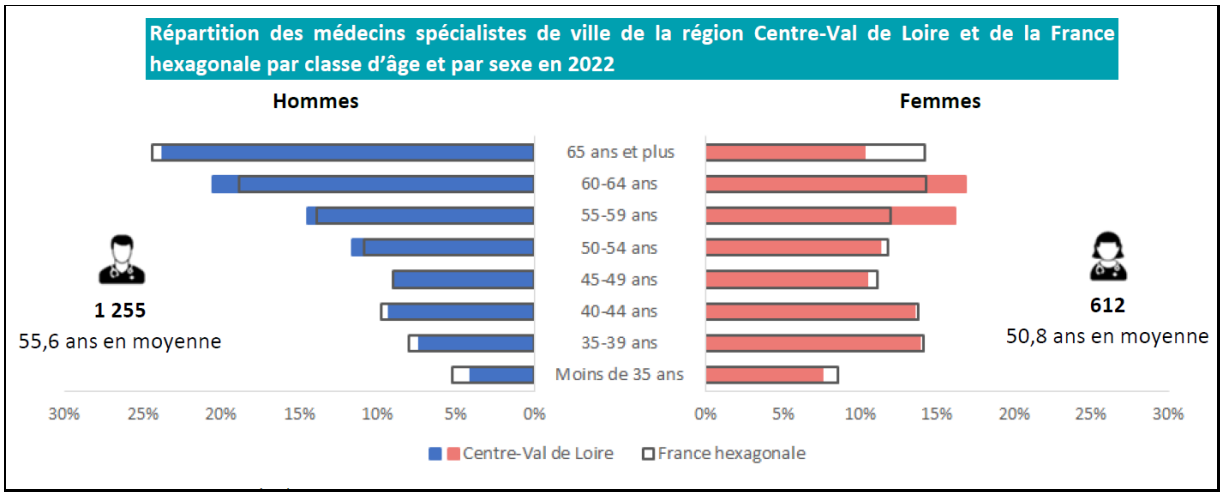
CHAPITRE 3 : DÉMOGRAPHIE ET ATTRACTIVITÉ DES PROFESSIONS DE SANTÉ

Objectif opérationnel n°6 : Fidéliser, attirer et mieux valoriser les projets de territoire pour augmenter les nouvelles installations en région

1. Situation actuelle :

Seuls 58% des étudiants de médecine formés à Tours restent exercer en région Centre-Val de Loire, soit l'un des plus faibles taux pour une région hexagonale. Travailler sur les déterminants permettant d'améliorer ce taux de fidélisation en médecine, mais aussi dans les autres filières des métiers de la santé, est indispensable pour compenser au mieux les départs à la retraite prévus dans les 5 prochaines années :





Valoriser la région, y compris dans l'intérêt pédagogique des lieux de stages les plus éloignés est un levier à davantage mobiliser (***cf. Introduction du Chapitre 3 : Démographie et attractivité des professions de santé***).

L'accompagnement des professionnels de santé dans la connaissance des projets de territoire est également un levier à renforcer. Plusieurs études convergent sur l'importance des dynamiques de terrain (Equipes de soins primaires – ESP, Maison de santé pluridisciplinaire – MSP, Centre de santé, Communauté professionnelle territoriale de santé – CPTS) dans les décisions individuelles d'installation :

- Bachelet et al. 2017 démontrent que les territoires de vie avec une faible accessibilité aux soins et dans lesquels sont implantées des maisons de santé connaissent une meilleure évolution de l'offre des soins en attirant davantage de jeunes médecins de moins de 45 ans.
- Dans les territoires ruraux aux populations fragiles, associé au zonage, les maisons de santé ont un effet positif en atténuant la diminution de l'offre due aux départs en retraite (Chevillard et Mousquès, Institut de recherche et de documentation en économie de la santé – IRDES, 2020),
- L'enquête du Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) réalisée auprès de 13 000 médecins et de 2 400 internes confirme que le cadre de vie, les conditions d'exercice, le travail en réseau avec d'autres professionnels de santé sont des facteurs clefs pour l'installation des médecins sur les territoires.

L'accompagnement des professionnels sera d'autant plus efficace qu'il sera accessible et simple. Le message doit ainsi pouvoir contenir à la fois les informations associées aux soins et les questions d'ordre administratif, scolaire, d'emploi pour les conjoints. A cet effet, les différents acteurs institutionnels (ARS et Assurance Maladie d'une part, Collectivités territoriales d'autre part) doivent encore renforcer leurs collaborations et complémentarité afin de rendre les offres disponibles sur le territoire plus lisibles.

Les projets de territoire doivent également encourager le développement d'exercices mixtes. Ce mode d'exercice peut être un facteur d'attractivité pour les professionnels de santé car il permet la diversification des pratiques professionnelles et des patients rencontrés. Il témoigne de meilleures connaissances réciproques entre acteurs d'un territoire, de coopérations/collaboration renforcées, de filières consolidées. L'exercice mixte se développe en région avec, notamment chez les médecins généralistes, une proportion plus importante qu'au niveau national d'exercice mixte (9,62% contre 8,31%) et une progression deux fois plus importante sur la période 2018-2021 que la moyenne nationale (+ 1,4 points contre +0,7 point au niveau national – source : *DataViz*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques – DREES). Au niveau des spécialistes, si la région progresse plus vite que la moyenne nationale entre 2018 et 2021 (+1 point contre +0,3), la proportion de praticiens en exercice reste encore inférieure à la moyenne hexagonale (13,2% contre 15%)

Enfin, des dispositifs territoriaux ciblés en faveur des départements hors de l'axe ligérien pour leur permettre de compenser leurs désavantages « naturels » (éloignement à la faculté de médecine, transports difficiles, méconnaissance des services par les étudiants…) ne sont pas à exclure.

2. Enjeux :

La faible offre de soins est également fragilisée par l'insuffisance des effectifs de paramédicaux (infirmiers, aide soignants, masseurs kinésithérapeutes, etc. …). Ces dernières années, les établissements de santé et médico-sociaux, publics et privés, ont connu des difficultés croissantes de recrutement pouvant parfois amener à la fermeture de lits ou de structures.

A contrario, la demande de soins sera croissante dans les cinq prochaines années du fait du vieillissement de la population. La densification du haut de la pyramide des âges contribuera à augmenter les besoins en soins.

3. Description de l'objectif :

L'objectif est donc de favoriser au maximum le recrutement de nouveaux soignants en région. Cela passe par une amélioration, d'une part, du taux de recrues issues de formations régionales (la région Centre-Val de Loire est en moyenne dans le dernier quart en comparaison aux autres régions) et, d'autre part, par un accroissement de l'attractivité du territoire pour l'exercice soignant, qu'il soit médical ou paramédical.

Cet objectif poursuivi est un objectif collectif à l'ensemble des acteurs de la région qui interviennent sur le champ de la réponse à la demande en soins de la population (conseil régional, agences d'attractivité, conseils de l'ordre, Caisse primaire d'assurance maladie – CPAM, URPS) en étroite collaboration avec les services de l'Agence régionale de santé.

4. Modalités de mise en œuvre :

1- <u>Accélérer une politique « d'aller vers » au contact des professionnels de santé et des étudiants afin d'anticiper les sollicitations, d'ouvrir le champ des possibles pour favoriser l'installation notamment dans les territoires ruraux :</u>

Les mises en relation récurrentes au contact des professionnels entre l'Agence régionale de santé (ARS) et ces-derniers ont pour but de créer des liens entre les professionnels de santé et les organisations.

L'objectif doit être de guider les étudiants en santé durant leur formation, mais également et surtout les accompagner dans leur parcours professionnel par la suite. Les actions devront être menées au plus près des lieux d'étude et d'exercice (faculté de médecine, instituts de formation, établissements de santé). Il est crucial d'échanger également sur l'évolution des métiers ainsi que les nouvelles pratiques (protocoles de coopération, Infirmier de pratique avancée – IPA, assistants médicaux, etc.).

L'ensemble de ses actions d'aller-vers devra se faire, dans la mesure du possible, en partenariat avec les autres acteurs institutionnels de la région (Conseil Régional, URPS) et à l'échelle départementale (Conseils départementaux, EPCI, etc.).

2- <u>Affirmer une plus grande proximité et réactivité aux questionnements des acteurs de terrain :</u>

Cette proximité avec les acteurs de terrain est importante pour favoriser la réactivité dans les échanges avec les professionnels de santé et la mise en place de projets dans les territoires.

3- <u>Accentuer la visibilité des dynamiques de territoire (MSP, projets CPTS, Centre de santé) et des aides à disposition fournies par les collectivités territoriales et l'Agence :</u>

Plusieurs canaux de communication ont été mis en place pour accentuer la visibilité des actions et des informations nécessaires à la pratique des professionnels de santé (guides, PAPS, agence d'attractivité).

De plus, une communication proactive est menée sur divers canaux de communication utilisés par les étudiants (réseaux sociaux) afin de promouvoir notre territoire et susciter des installations dans des zones sous denses.

Une page web par département, accessible sur le site de l'ARS pourrait être intéressante pour permettre aux étudiants de se projeter sur les aides (par exemple les aides à l'installation liées au zonage) et projets disponibles dans les territoires qui les intéressent.

4- Mieux communiquer à l'extérieur sur les attraits de l'exercice en région Centre-Val de Loire avec des ambassadeurs composés de professionnels de santé :

Les échanges entre pairs sont essentiels pour communiquer sur les nouvelles pratiques (IPA, Assistant médicaux…) et sur l'exercice en général en région Centre-Val de Loire. C'est d'ailleurs pour cela que l'agence, a souhaité organiser « une soirée de l'installation » pour les internes, externes de médecine où de nombreux professionnels étaient présents pour échanger sur l'exercice libéral, l'exercice de remplaçant, le salariat….

Dans le prolongement de cette action déjà menée, il serait souhaitable que des professionnels de santé des territoires de la région aient un rôle d'ambassadeur afin de promouvoir auprès de leurs pairs les atouts et dynamisme de la région (Couverture CPTS, télémédecine, plateaux techniques, deux facultés, QVT…).

5- Développer une politique de qualité de vie au travail à l'échelle de l'ensemble des établissements de santé de la région,

Dans un contexte de démographie des professionnels de santé particulièrement défavorable, la région se doit de se doter d'un plan qui vise à améliorer la Qualité de vie au travail (QVT) des personnels des établissements de santé, au travers de la maxime, « un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner », des établissements médico-sociaux, et de l'ambulatoire.

L'objectif poursuivi est d'attirer et de fidéliser les talents au sein des établissements de la région, en leur offrant des conditions de travail et de déroulement de carrière en adéquation avec leurs aspirations, de manière à garantir qualité et sécurité des soins à la population accueillie au sein des établissements de santé.

Pour ce faire, l'Agence Régionale de Santé a lancé une politique de concertation active sur le sujet et de co-construction avec les référents QVT, les Directeurs des ressources humaines (DRH) et les directeurs de soins de la région.

Toujours dans une volonté de dynamiser la politique QVT au sein de la région, l'ARS va relancer les Contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT) et participera ainsi au financement d'actions locales, et territoriales, qui auront pour vocation de répondre à un besoin central, remonté au travers de tous les groupes de travail PRS3 « attractivité », à savoir la nécessité de redonner du sens aux missions soignantes.

Par ailleurs, un séminaire QVT sera organisé annuellement, à destination de tous les manageurs des établissements de la région, dont la première édition se déroulera en juin 2023, avec pour thème, « Quels outils, moyens pour attirer et fidéliser nos professionnels de santé dans une démarche QVT ? ».

La QVT doit donc être une thématique forte et centrale du volet attractivité du PRS3, de manière à accompagner au plus près les établissements de santé dans une adaptation des politiques RH en la matière en recentrant celles-ci sur les besoins de soignants et l'accompagnement de ces derniers tout au long de leur carrière professionnelle. La promotion des environnements favorables à la santé en établissements sanitaires et médico-sociaux (***cf : Objectif opérationnel n°4 : Accompagner les établissements sanitaires et médico-sociaux dans leur transition énergétique et la prise en compte des déterminants environnementaux***) contribue à cette QVT.

6- Promouvoir une politique d'accompagnement des professionnels de santé en termes d'évolution de carrière

Dans le prolongement du point précédent, l'accompagnement en termes d'évolution de carrière des soignants est un des vecteurs de la politique RH, qui répond à une volonté d'attractivité et de fidélisation des professionnels de santé.

Outre les aides proposées par l'ARS, dans le cadre du recrutement de jeunes professionnels de santé (contrat d'allocation d'études, apprentissage), il est nécessaire d'accompagner les établissements de santé vers une

politique d'accueil et un parcours d'intégration « personnalisé » des nouveaux arrivants de manière à répondre à leurs attentes et leur donner une visibilité à moyen terme sur les perspectives qui s'offrent à eux.

De plus, l'ARS renforce son investissement dans le cadre d'une politique de promotion professionnelle forte avec pour objectif de fidéliser les soignants sur la région.

7- Assurer le suivi des départs à la retraite, département par département et agir sur l'allongement de l'exercice

Un pilotage co-porté par les Ordres, les URPS et l'ARS doit permettre de connaître les départs à la retraite et d'anticiper leurs impacts sur le territoire en proposant des remplacements ou des organisations permettant d'assurer l'offre. Chaque fois que cela est possible, des propositions de continuation d'activité, à temps partiel, en exercice coordonné, en exercice mixte ou en salariat doivent être proposés en fonction de l'appétence du futur retraité.

8- Modalités d'évaluation :

- *Indicateurs d'impact :*

Intitulé action	Intitulé indicateur	Dernière valeur connue	Valeur cible intermédiaire	Valeur cible à 5 ans
Objectif n° 1 : Accélérer politique de "aller vers"				
Actions de communication auprès des collèges et lycées	Nombre de réunions d'informations	N/A	1/4 des lycées et collèges	50% des lycées et collèges
Communication auprès des étudiants en santé	Nombre de réunions d'informations	N/A	2 par année	2 par année
Mise en place d'une politique d'accompagnement des internes	En cours	En cours	En cours	En cours
Plaquette installation	En cours	En cours	En cours	En cours
Objectif n° 2 : Affirmer une plus grande proximité et réactivité aux questionnements des acteurs de terrain				
Rédiger une politique d'animation territoriale	Diffusion de la politique	N/A	1	1
Développer une plus grande réactivité aux sollicitations des professionnels de santé	délai de réponse aux sollicitations	N/A	100% de réponse dans les 48H	100% de réponse dans les 48H
Objectif n° 3 : Accentuer la visibilité des dynamiques de territoire et des aides à disposition				
Développer la communication auprès des professionnels de santé en exercice et en formation	Nombre de communications Visibilité des communicati	N/A	25	50

	ons (nombre de vues)			
Objectif n°4 : Mieux communiquer sur les attraits de l'exercice en région Centre				
Développer le rôle d'ambassadeur professions de santé	Rédaction de la fiche de poste Diffusion de l'offre aux PS Nombre d'ambassadeurs nommés	N/A	12	24
Objectif n°5: développer une politique QVT à l'échelle de l'ensemble des établissements de la région				
Lancement CLACT	lancement effectif de l'AAP	N/A	1	1
Séminaire QVT régional	taux de réponse des établissements	N/A	60%	80%
Objectif n°6: promouvoir une politique d'accompagnement des professionnels de santé en termes d'évolution de carrière				
Développer l'accompagnement au recrutement et à l'intégration des PS	Évolution du nombre de financements accordés durée de la carrière hospitalière des soignants	53	80	100
Promouvoir les possibilités d'évolution professionnelle	Évolution du nombre de promotions professionnelles financées taux de turnover dans les ES	64 N/A	75 A la baisse	90 A la baisse
Objectif n°7: assurer le suivi des départs à la retraite, département par département et agir sur l'allongement de l'exercice				
Mise en place GPEEC des professionnels de santé		N/A	1	1

CHAPITRE 3 : DÉMOGRAPHIE ET ATTRACTIVITÉ DES PROFESSIONS DE SANTÉ

Objectif opérationnel n°7 : Accompagner l'évolution des pratiques

1. Situation actuelle

Les professionnels de santé sont contraints de faire évoluer leurs pratiques pour trois raisons essentielles :

- Suivre l'évolution des recommandations des sociétés savantes et les changements de leur métier causé par l'avancement de la science et dont le but est d'améliorer la prise en charge des patients
- Suivre l'évolution de la société et les innovations de rupture comme l'a pu être l'arrivée de la robotique et, plus récemment, le développement du numérique en santé et la volonté de développer la recherche en soins avec une intégration de plus en plus marquée avec des parcours universitaires
- S'adapter et trouver des solutions organisationnelles à la pression de la demande de soins dans un contexte de diminution de l'offre (démographie des soignants en baisse).

A ces évolutions de pratiques « subies » pour partie, doivent se coupler une exigence de changement anticipé et voulu. C'est cela qui a présidé à la mise en place, dans le secteur libéral, des « Communautés professionnelles territoire de santé » (CPTS) ; ainsi que le développement des exercices coordonnés de plus en plus prisés par les professionnels et les plus jeunes générations.

2. Enjeux

Alors qu'en Région Centre-Val de Loire, le contexte de forte pénurie médicale se prête, a priori, plus qu'ailleurs, à l'innovation et au changement de pratiques, certains dispositifs nationaux d'accompagnement ont du mal à se généraliser :

- 177 assistants médicaux pour près de 2 700 médecins généralistes
- 13 IPA diplômés en 2021 ayant un exercice en région
- 37 protocoles de coopération passés en région

Malgré les efforts, ces chiffres sont encore insuffisants et devront considérablement augmenter pour répondre à l'enjeu majeur des 5 années à venir : maintenir et améliorer l'offre malgré le contexte médical démographique.

En effet, les actions volontaristes menées (***cf. Objectif opérationnel n°5 : Former plus et mieux sur l'ensemble des 6 départements de la région*** et ***Objectif opérationnel n°6 : Fidéliser, attirer et mieux valoriser les projets de territoire pour augmenter les nouvelles installations en région***) permettront probablement de contenir la baisse sans l'éviter totalement compte tenu du nombre conséquent de départs à la retraite prévus.

3. Description de l'objectif

Un premier niveau de réponse concerne les organisations qui consistent à améliorer le confort d'exercice des professionnels tout en augmentant la file active des patients vu.

Ainsi, il faut augmenter le nombre d'assistants médicaux qui exercent auprès des médecins. Les assistants médicaux peuvent apporter 3 types d'aide qui libère du temps médical :

- Aide administrative importante : accueil, création/gestion du dossier informatique patient, recueil et enregistrement des informations administratives et médicales, accompagnement de la mise en place de la télémédecine.
- Aide lors des consultations : aide au déshabillage, prise de constantes, mise à jour du dossier patient (dépistages, vaccinations, mode de vie), délivrance de tests de dépistage, préparation et aide à la réalisation d'actes techniques.
- Aide à l'organisation et la coordination avec les autres acteurs intervenant dans la prise en charge des patients (masseurs kinésithérapeutes, infirmiers, etc.).

Il convient également de développer l'exercice en équipe pluriprofessionnelle au sein des MSP ou des Centre de Santé. C'est une demande croissante des plus jeunes générations à laquelle il convient de répondre. Une étude démontre que les MSP dotées d'un financement collectif ont un nombre de patients inscrits et une file active de patients plus élevée que les médecins comparables qui n'exercent pas dans ce type de structure (+88 patients selon Cassou et al. (2020)).

Un deuxième niveau de réponse consiste augmenter l'offre de soins via les délégations de tâche et les professions intermédiaires

- Généraliser le dispositif « Action de santé libérale en équipe » (ASALEE)
- Développer le recours massif aux protocoles de coopération
- Développer très fortement l'exercice des Infirmiers de pratique avancée (IPA) en région et s'appuyer sur l'expérimentation de primo-prescription (la région fait partie de l'une des trois retenues pour cette expérimentation)

Le troisième et dernier objectif à atteindre est de bénéficier des avancées du numérique en santé pour gagner du temps médical de coordination et de suivi notamment ***(cf. Chapitre 9 : E-santé)***.

4. Modalités de mise en œuvre :

Afin de développer les assistants médicaux, quatre actions sont à prendre :

- Communiquer avec l'Assurance Maladie encore plus largement, y compris au sein des facultés de médecine (auprès du DUMG et des internes), sur l'existence de ce métier encore trop méconnu
- Prévoir des locaux pour les assistants médicaux lors de la construction de nouvelles MSP (ou centre de santé) afin que les murs ne deviennent pas limitant
- Accompagner les cabinets qui aimeraient embaucher des assistants médicaux mais n'ont pas l'espace suffisant. Se rapprocher des collectivités territoriales pour y travailler de manière prioritaire
- Accompagner les médecins dans l'envoi des assistants en formation pour que le processus de formation soit le plus clair et simple possible.

Concernant le développement de l'exercice coordonné, ***cf. Objectif opérationnel n°6 : Fidéliser, attirer et mieux valoriser les projets de territoire pour augmenter les nouvelles installations en région.***

Le recours massif aux protocoles de coopération doit être facilité par une procédure simplifiée dans l'accès aux protocoles nationaux et par des priorisations dans les protocoles locaux développés. Une mise en relation doit permettre d'informer les équipes pour travailler avec elles sur les protocoles idoines à mettre en œuvre.

Le développement des IPA passe par une augmentation importante du nombre d'IPA formés (de 25 par an à 50 prévus à partir de la rentrée 2023). Il faudra accompagner les diplômés dans leur installation en libéral (via une construction de projet avec l'URPS – et les CPTS) ou à l'hôpital (via le respect du projet de service défini avant l'envoi en formation) pour s'assurer qu'ils exercent effectivement des missions d'IPA.

5. Modalités de suivi et d'évaluation :

- *Indicateurs de pilotage :*

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE INTERMEDIAIRE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Evolution du nombre d'infirmiers ASALEE	60	90	120
2	Evolution du nombre d'IPA en exercice en libéral et dans le privé	23	60	100
3	Evolution du nombre d'assistants médicaux en région et par département	En cours	En cours	En cours
4	Evolution des protocoles de coopération utilisés	80	120	160
5	Evolution du nombre de professionnels de santé exerçant en MSP ou Centre de Santé	En cours	En cours	En cours

CHAPITRE 4 : SOINS URGENTS ET NON PROGRAMMÉS

Objectif opérationnel n°8 : Assurer la réponse aux demandes de soins urgents (SU) et non programmés (SNP)

1. Situation actuelle

Les Soins Non Programmés répondent aux besoins des patients souffrant d'un problème de santé qui ne relève pas de l'urgence vitale mais dont la prise en charge ne peut être ni anticipée ni retardée. Les SNP sont réalisés en journée, durant la plage d'ouverture des cabinets médicaux. Ils permettent de proposer des soins de proximité et rapides, et évitent le recours aux urgences. Ils favorisent l'accès à des soins de qualité, sont adaptés aux besoins de la population et permettent un parcours plus fluide. Les SNP sont des actes cliniques, tels qu'une consultation, une visite ou des actes techniques. Par exemple : pansements, sutures, petites traumatologies, infectiologie, etc. Cette organisation suppose de mettre en place des outils spécifiques pour apporter une réponse efficace et rapide. Le SNP n'est pas une alternative au médecin traitant ou à l'équipe traitante; mais une offre de proximité complémentaire pour la population.

Répondre à la demande de SNP est une mission socle des CPTS**.** Les médecins membres d'une CPTS s'engagent à assurer une consultation sous 48h pour toute urgence ressentie par un patient. La coordination avec les établissements de santé est un enjeu majeur. La mise en place des maisons médicales de garde (MMG), centre de santé de SNP, sollicitation des cabinets de ville complèteront ce maillage territorial.

La population de la Région Centre-Val de Loire est profondément attachée aux urgences, auxquelles elle accorde une grande confiance. Capables de prendre en charge le risque vital comme la demande de soins courants, les services d'urgence accueillent chaque patient à toute heure du jour et de la nuit, sans distinction d'aucune sorte. Ces dernières années, l'activité des urgences a connu une augmentation continue. Ainsi, le nombre de passages annuels dans la Région Centre Val de Loire a évolué de + 20,35% entre 2020 et 2022. (666 464 passages en 2020 pour arriver à 836 772 en 2022).

2. Enjeux

Bien que les moyens aient suivi cette augmentation des passages aux urgences, celle-ci provoque des tensions croissantes, soumettant les patients à des situations d'attente excessive ou des conditions d'accueil parfois difficiles. Les professionnels souffrent eux-mêmes de ne pouvoir garantir en permanence, sous cet afflux, la qualité d'accueil et de prise en charge à laquelle ils sont attachés. Les raisons de cette situation sont multiples et varient d'un territoire à l'autre (difficulté d'accès aux soins de ville, difficultés à trouver une place ou un lit en sortie des urgences, coordination de la médecine de ville et des urgences elles-mêmes …).
Il faut en particulier stopper le processus qui a conduit à la banalisation du passage par les urgences, faute d'un accès simple et facilité à un système de santé proposant une réponse adaptée à la situation de chacun. Les travaux régionaux sont dans la continuité des rapports « Grall » (2015), « Carli-Mesnier » (2019-2022), la

mission flash F. Braun (2022) et le pacte de refondation des urgences (2019). Améliorer la définition des missions de chacun permettra d'optimiser l'offre de SU/SNP/Soins programmés sur notre région.

3. Description de l'objectif

1- AMONT DES URGENCES

1-1 Soutenir la médecine de ville :

- Aider la médecine de ville à se structurer sur la prise en charge des SNP en lien notamment avec les CPTS, et le déploiement du Service d'accès aux soins (SAS).

- Optimiser les ressources soignantes disponibles : Faciliter, en lien avec les ordres professionnels, l'autorisation de cumul d'activité titulaire/remplaçant (MG et IDEL) sur les périodes de tensions estivales et hivernales de l'année. Mobiliser les médecins affectés à des missions autres que clinique (administrations, sécurité sociale, médecine du travail, cabinets de conseil) notamment dans les périodes de tension.

- Promouvoir le recours à la téléconsultation notamment sur les périodes de tensions sur les périodes de tensions estivales et hivernales de l'année. Proposer d'ouvrir les téléconsultations aux effecteurs du SAS ambulatoire et discuter de la capacité des médecins généraliste installés en capacité de réaliser des téléconsultations.

- Organiser la continuité des soins en dehors des heures de Permanence des soins ambulatoires (PDSA).

1-2 Renforcer la Coordination ville-SAMU :

- Dans cadre du SAS, renforcer le lien entre le Service d'aide médicale urgente (SAMU) et l'offre de consultation médicale sans rendez-vous. Couvrir l'ensemble des plages de régulation SAS de médecine générale aux horaires journées tout en assurant une offre d'effection SNP.

- Augmenter les consultations MRT (Majoration régulation médecin traitant – patient adressé par le SAMU) afin de mieux valoriser les médecins généralistes pour cette consultation spécifique.

- Dans le cadre du SAS départemental, élargir les compétences à l'ensemble des professionnels de santé. D'ores et déjà, les spécificités sociale, pédiatrique, psychiatrique, addictologie, et gériatrique ont été identifié pour intégrer ce dispositif, afin de favoriser le développement des filières d'entrées directes afin d'éviter le recours aux SAU.

- Mobiliser les infirmier(e)s libéraux volontaires pour assurer une réponse aux SNP à la demande de la régulation médicale du SAMU-SAS.

- Offrir aux professionnels non médecins des compétences élargies pour prendre directement en charge les patients. Développer l'application des protocoles de coopération entre professions de santé sous coordination médicale dans les territoires volontaires, notamment Infirmier diplômé d'Etat (IDE) et pharmaciens d'officine. Poursuivre le travail de délégation de tache en suivant une prescription d'une régulation médicale (SAMU, médecin régulateur SAS, téléconsultation) en lien avec les pharmacies effectrices.

1-3 Soutenir les SAMU :

- Favoriser le déploiement des unités mobiles de télémédecine indépendantes du SAMU/SAS intervenant sur demande du SAMU/SAS.

- Renforcer les effectifs ARM (exerçant dans les SAMU).

- Intégrer la vidéorégulation dans tous les SAMU afin de compléter l'arsenal du médecin dans l'exercice de la régulation.

- Travailler à des filières de prescription de la régulation médicale SAMU ou SAS de transport sanitaire vers les effecteurs volontaires pour des créneaux de SNP.

- Eviter le recours aux urgences des patients sans accès rapide à un médecin autre qu'un urgentiste, fragiles, polypathologiques ou en phase palliative, à risque de perte d'autonomie suite à une hospitalisation ou un passage au SAU en mobilisant l'HAD directement dès l'appel SAMU.

2- URGENCES/SMUR

2-1 Mieux utiliser les compétences médicales et soignantes rares en graduant les services d'urgence et en réformant les transports médicalisés :

- Prioriser le maintien d'une ligne de SMUR mutualisée avec les urgences en organisant parallèlement la continuité des soins au sein de l'établissement et la médecine de ville. Organiser une réponse maintien service d'urgence/SMUR coordonnée sur un territoire notamment sur les périodes de tensions avec la communication de la réorientation vers les dispositifs de médecine ville de proximité, dans le cadre d'une procédure concertée territoriale.

- A l'aide d'outil prédictif de pic d'activité, anticiper les renforts saisonniers nécessaires dans les SAU.

- Améliorer le Transports sanitaires à l'entrée et sortie des SAU. Mettre en place un système de géolocalisation des ambulances de transport sanitaire urgent. Réfléchir au dimensionnement du besoin en transport de garde vers le domicile en fonction de l'activité dans les SA.

- Maintenir l'équipe d'astreinte médicale SMUR secondaire territoriale Berry.

- Proposer la mise en place d'une équipe paramédicale de médecine d'urgence (EPMU) départemental.

- Poursuivre la réflexion autour de la coordination régionale HeliSMUR.

- A l'aide de dispositifs innovant, réfléchir l'optimisation de la couverture des zones blanches (médecins correspondants du SAMU (MCS), VLI, ou équipe paramédicale d'urgence).

2-2 : Renforcer et reconnaître les compétences des professionnels des urgences :

- Améliorer la qualité des données régionales de la médecine d'urgence via l'ORU.

- Informer la population avec une campagne nationale régulière et locale sur le bon usage des services d'urgence, et de l'accès à l'offre territoriale de SU/SNP alternative.

- Mener un travail territorial voir interdépartemental sur les SAU afin d'organiser et fluidifier au mieux les articulations entre les différentes structures, pour adapter la réponse aux besoins de la population en tenant compte de la démographie médicale.

2-3 : Améliorer la prise en charge aux urgences :

- Améliorer la qualité de vie au travail des personnels des SAU/SMUR.

- Développer l'IA dans le cadre d'interprétation de radiologie, sur la prédiction des flux, ou de connaissance l'état de saturation des différents SU en temps réel.

3- AVAL DES URGENCES

3-1 Fluidifier l'aval des urgences :

- Fluidifier l'aval des urgences grâce à la sanctuarisation quotidienne de lits dédiés grâce au BJML.

- Améliorer l'aval vers les EPHAD&SMR (***cf. Objectif opérationnel n°51 : Accompagner la transformation et l'adaptation des EHPAD du Parcours « Personnes âgées »*** et ***Soins médicaux et de réadaptation***).

- Favoriser les transferts d'un SAU vers le service d'aval d'un autre ES en évitant le nouveau passage au SAU.

- Eviter les transferts de patients d'un SAU vers un ES ne disposant d'un lit d'aval réservé.

- Améliorer le recours à l'hospitalisation à domicile, notamment par l'évaluation HAD systématique à l'entrée en EHPAD afin d'éviter le recours au SAU et le développement de l'HAD comme alternative à l'hospitalisation dans les ES (***cf. Parcours « Personnes âgées»***).

-Travailler à l'affichage systématique des lits disponibles HAD dans les logiciels de cellules de gestion des lits aux SU et service d'aval.

3-2 Gestion des lits :

- Mise en place obligatoire de la fonction de "bed manager" dans tous les ETS siège de SU.

- Mise en place d'une gestion territoriale des lits d'aval sous la responsabilité de l'ARS.

4. Modalités de mise en œuvre

Les leviers de mise en œuvre sont à la fois nationaux et régionaux : ils recouvrent le recours aux mesures incitatives financières existantes, la délégation de tâche et le développement de nouveaux corps de métier (ex : Infirmier de pratique avancée – IPA), la possibilité de cumul d'activité (ex : titulaires/remplaçants) et la mobilisation de médecins retraités, les nouveaux outils (téléconsultation, géolocalisation régionale des SMUR). L'ARS s'appuiera sur les instances de coordination et de concertation mises en place, comme le CAROMU ou encore les échanges réguliers avec l'ensemble des acteurs de la filière (CTRU, GHT, CPTS, SAMU, etc). La communication sur les leviers existants est importante (ex : pour faire connaître et développer le recours aux consultations avec majoration MRT, pour encourager l'inscription à la formation des ARM).
La contrainte de la démographie des professionnels de santé de la région impose une structuration de l'activité d'autant plus rigoureuse, dans un souci de continuité d'accès aux soins urgents et non programmés. Il s'agit notamment de garantir une coordination territoriale lors des fermetures partielles d'activité d'un SU ou d'un SMUR. Cette coordination pourra s'appuyer sur les leviers proposés dans le cadre de la réforme des autorisations.

5. Echéances intermédiaires

Année	Intitulé action
A partir de 2024	Doubler les admissions en HAD des SU/SAMU annuellement
2028	Créer une EPMU par département
2028	Assurer le déploiement du SAS dans tous les départements
2028	Mise en place d'une cellule de coordination territoriale puis régionale de gestion des lits

6. Modalités de suivi et d'évaluation:

a) Indicateurs de pilotage :

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE INTERMEDIAIRE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1.1.1	Part des CCMU2 au SAU	En cours de travail	En cours	Baisser par rapport à 2022 50%
1.1.1	Part CCMU1 aux SAU	123890 Passages/an en Région	En cours	24718 passages/an en Région Baisser par rapport à 2022 de 80%
1.1.2	Cumul titulaire remplaçant libéral possible sur des périodes restreintes de tension estivale et hivernale	0	En cours	6
1.1.3	Evolution du taux de Teleconsultation /SNP (= 19% des SNP lors des périodes de tensions hivernales et estivales)	En cours	En cours	5700 cs par période de tension
1..1.4	Volume et part de SNP dans les consultations du samedi matin (Maintenir une moyenne mensuelle de 3 000 consultations/mois de médecine générale le samedi matin sur la région CVL dont 80 % dédiés aux SNP, soit 2 400 consultations de SNP/mois le samedi matin.)	2400 /3000	2400/3000	2400 /3000
1.2.1	Taux de remplissage du planning des plages de régulation de médecine générale sur les six départements dans le cadre du SAS	36 : 100% aux horaires de journée du lundi au vendredi 37 : 25 à 50% en fonction des périodes 28, 45, 41, 18 : 0%	75% dans les 6 départements en 2025	100% dans les 6 départements
1.2.2	Nombre de consultation MRT (doubler tous les deux ans)	204	408	816
1.2.3	Nombre de SAS social sur la Région	0	1	6
1.2.3	Nombre de SAS pédiatrique sur la Région	0	2	6
1.2.3	Nombre de SAS psychiatrique sur la Région	1	3	6

1.2.3	Nombre de SAS gériatrique sur la Région	1	3	6
1.2.3	Nombre de SAS addictologie sur la Région	0	1	6
1.2.4	Nb IDEL détachée aux SNP à la demande du SAMU/SAS dans chaque département	1 (28)	3	6
1.2.5	Nombre de pharmacies concernées par le dispositif	Non renseignée	En cours	A définir
1.3.1	1 unité mobile de télémédecine par département	1 projet en cours dans le 36, 1 cabine non mobile dans le 45	En cours	6
1.3.2	Nombre ARM	En cours	+50%	+100%
1.3.3	Nombre de Videorégulation dans les SAMU	1		6
1.3.4	Nombre de dispositif départemental	1	4	6
1.3.5	Nombre d'intervention HAD sollicitée par le SAMU par département évitant un passage au SAU	Objectif en cours de concertation	En cours	En cours
2.1.1	Nombre de Procédure interne ES de fermeture partielle ponctuelle d'un SAU	A travailler	En cours	27
2.1.2	Nombre de SAU ayant un outil prédictif des pics d'activité	A définir	En cours	27
2.1.3	Délai moyen dossier conclue - sortie des urgences vers Retour au domicile	Pas de donnée, prévu lors du RPUv3	En cours	Délai < aux premières données vers 2024
2.1.4	Equipe astreinte SMUR secondaire territoriale Berry	1	1	1
2.1.5	Nombre d'EPMU départementale	1	En cours	6
2.1.6	Avoir un représentant de la coordination régionale HeliSMUR lors des CAROMU	0	En cours	1
2.1.7	Point abordé aux CODAMUPS	6	6	6
2.2.1	Taux de qualité (exhaustivité, conformité, complétude) des RPU		100%	100%
2.2.1	Taux de qualité (exhaustivité, conformité, complétude) des RPIS			100%
2.2.1	Taux de qualité (exhaustivité, conformité, complétude) des DRM			100%

2.2.2	Nombre de campagne de communication sur le bon usage des urgences sur le site de l'ARS /AN	3	En cours	En cours
2.3.1	Actions QVT dans les SAU	En cours	En cours	27
3.1.1	Nombre d'ES ayant une procédure de sancturisation des lits du SAU basée sur le BJML	En cours	En cours	27
3.1.3	Nombre de transfert direct d'un SAU vers un autre SAU	En cours de consolidation	1er e données	Baisse attendue
3.2.2	Part des territoire disposant d'une cellule territoriale des lits	0	0	1/6

b) Indicateurs de résultat :

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE INTERMEDIAIRE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Taux d'évolution du nombre de RPU	+3.5% en 2022	En cours	+0.5% en 2028 par rapport à 2022
2	Taux de Mortalité dans les SAU	0.01%	En cours	0.005%
3	Nombre de lignes SAU maintenue H24	27	En cours	27
4	Nombre de lignes SMUR maintenue H24	En cours	En cours	En cours

CHAPITRE 5 : OFFRE DE SOINS DE PROXIMITÉ COORDONNÉE : PARCOURS EN POPULATION GÉNÉRALE

Objectif opérationnel n°9 : Proposer et organiser un panier de soins de proximité pour la population

1. Situation actuelle

L'état de la démographie médicale en région Centre-Val de Loire est l'un des enjeux prioritaires du territoire. L'offre de soins de proximité est en tension et manque de lisibilité pour les patients, même si de grandes évolutions sont à l'œuvre dans notre région depuis le PRS2, notamment grâce à la couverture quasiment intégrale par les CPTS, mais également par la création de nombreuses structures d'exercices coordonnés comme les MSP, les ESP et les CDS.

2. Enjeux

L'accès sur notre territoire à un panier de soin « standardisé » et à la prise en charge de proximité est insuffisant et hétérogène. Ceci conduisant à un retard dans l'accès aux soins ou à des ruptures de parcours. L'enjeu est d'améliorer l'accès aux soins et la prise en charge en développant la notion de panier de soin que ce soit en termes d'acteurs, de structures, de coordination et d'accès.

3. Description de l'objectif

Ce premier objectif opérationnel consiste à proposer, assurer et organiser un « panier de soins » permettant un accès de proximité à la population générale via une approche plurielle et transversale de l'accès aux soins par l'engagement des médecins, pharmaciens, IDE, kinésithérapeutes, dentistes et sages-femmes. Cet accès doit tenir compte des besoins et des ressources territoriales (MSP, ESP…) et passe par une organisation à l'échelle, des GHT, de la CPTS ou des InterCPTS, qui sont d'excellents niveaux de lien ville-hôpital.

4. Modalités de mise en œuvre

Afin de proposer ce panier de soins, collectivement défini, à la population, nous devons faciliter l'accès aux soins en préservant le temps médical. Cela passe par l'organisation, la mobilisation des compétences et la mise en place de leviers nouveaux en amont de la prise en charge médicale.
Le socle commun et minimal ci-dessous a été établi, par les acteurs de terrain, comme le panier de soins proposé à l'échelle de la CPTS ou de l'InterCPTS en interaction avec les hôpitaux de proximité et le GHT[15]:

- Pharmacien
- Odontologiste
- Kinésithérapeute

[15] Les items décrivant ce panier de soins sont ordonnés en fonction de leur importance dans les ateliers

- IDE
- Infirmière en pratique avancée
- Médecin généraliste
- Aide à domicile
- Assistant social
- HAD
- Orthophoniste
- Sage-femme
- Dermatologue
- Diététicien
- Coordinateur de parcours
- Ergothérapeute
- Ophtalmologue
- Pédicure podologue
- Psychologue
- Gynécologue
- Pédiatre
- Psychomotriciens
- Transport vers un lieu de soins

Afin de répondre à l'objectif précité, il s'agira de développer les actions suivantes :

1. Dégager du temps médical

La région Centre-Val de Loire est traditionnellement porteuse de nombreux projets d'exercice coordonné, mais la structuration de notre territoire doit nous amener à augmenter le nombre de ces structures, mais aussi à promouvoir de nouveaux dispositifs comme les équipes de soins spécialisées, tout en confortant les structures existantes en veillant à la représentativité pluriprofessionnelle notamment et en incitant à la signature des ACI. En parallèle il est indispensable de promouvoir les coordinateurs de MSP et de CPTS qui sont d'excellent outils de lien et qui participe à la pérennité de ces structures. Nous souhaitons à partir de ces structures d'exercice coordonnées promouvoir les analyses des pratiques professionnelles ou évaluation des pratiques professionnelles entre pairs ou pluriprofessionnel.
Il convient également de conforter la place des CPTS, particulièrement ancrées dans notre région, en œuvrant pour porter toutes les CPTS à un même niveau de maturité partout sur le territoire mais aussi en développant les collaborations avec le milieu hospitalier en augmentant le nombre de conventions avec les DAC et les CH.

Pour préserver le temps médical, cela passe par une coordination globale avec l'ensemble les acteurs de la santé : soignants, non-soignants, assistant sociaux…
Nous engagerons une réflexion collective sur l'allégement des démarches administratives au travers, notamment, du développement de nouveaux métiers (assistant médical) ou encore en visant la délégation de certaines missions à d'autres professionnels de santé (certificats de décès, certificats médicaux, arrêts de travail courts).

De nouvelles modalités de prise en charge devront être mises en place et cela passe par la possibilité de recourir à des professionnels de santé en première intention, mais également par le rôle des pharmaciens correspondants ou encore des sages-femmes référentes. Le rôle des infirmières en pratique avancée permettra également d'allouer plus judicieusement le temps médical
Dans cette même optique, Il sera important de considérer le rôle des kinésithérapeutes ou autres professionnels de santé dans l'orientation des patients, le triage et dans l'accès au médecin.

Dans une perspective de préservation du temps médical, il faudra également développer la délégation de tâche, les protocoles de coopération, la téléconsultation ainsi que la téléexpertise et la téléréadaptation. Lorsque ces nouveaux outils numériques ont apporté des améliorations concrètes pour les patients, leur utilisation doit être étendue à d'autres professionnels de santé.
Dans le cadre de ces nouvelles modalités de prise en charge, il faut lever les freins juridiques et psychologiques et instaurer des « réflexes de soins ». Cela passe par la mise en avant de ces pratiques par les médecins volontaires pour encourager ceux qui sont réticents, ainsi que la création d'équipes territoriales d'appui pour déployer efficacement les initiatives. Il est également indispensable de clarifier les rôles et responsabilités des différents acteurs impliqués, ainsi que renforcer la connaissance mutuelle entre professionnels.

L'intelligence artificielle et les objets connectés doivent jouer un rôle essentiel pour soutenir les professionnels de santé libéraux dans leur diagnostic et la création de parcours de soins pour les patients. Ces nouveaux outils devront s'appuyer sur une plateforme d'appui régionale dédiée.
En parallèle, Il est déterminant de libérer du temps de soins pour les autres professionnels de santé, cela passe par la promotion de nouveaux outils comme par exemple les outils de gestion de dossier électronique chez les kinésithérapeutes ou les Infirmier diplômé d'Etat (IDE) ou encore les systèmes de dispensation robotisé dans les pharmacies.

2. Faciliter l'accès aux soins de l'ensemble de la population

Nous souhaitons mettre en œuvre de nouveaux outils d'accès au soin, tels que les aides au transport, les équipes mobiles, ou le déploiement de consultations avancées de spécialité.
Cette stratégie du « aller vers » nécessite un distinguo entre les deux types d'équipes mobiles : le concept de médecine ambulante (médibus par exemple) et le concept de médecine à domicile. Il est nécessaire de favoriser et soutenir les professionnels de santé en les outillant. Pour autant il est important de trouver un équilibre entre l'« aller vers », qui impliquent des temps incompressibles, et les transports vers les lieux des soins.

Il est essentiel de mettre en place des alternatives qui favoriseront le « amener vers », en lien avec les collectivités territoriales notamment le Conseil régional : lignes de bus spécialisées à la demande, taxis …

3. Renforcer le rôle des hôpitaux de proximité

Les hôpitaux de proximité doivent exercer une activité de médecine et permettre un meilleur accès à la consultation de spécialités notamment grâce à la mise en place d'équipement de télésanté ou de consultations avancées. Ces établissements doivent assurer un rôle d'orientation des patients vers les structures adaptées au besoin du patient et pour ce faire, il est nécessaire d'intégrer les hôpitaux de proximité comme étant le premier niveau de gradation de l'offre de soins hospitaliers, en articulation avec les différents acteurs de santé, que ce soit les médecins libéraux, les établissements de référence, les EHPAD ou encore les établissements sociaux.

4. Structurer, coordonner et orienter les patients

Il convient d'organiser la structuration, la coordination ainsi que l'orientation des patients entre offres de premier recours et les offres de second recours ainsi que d'optimiser les interfaces ville/hôpital ; cela permettra en sus d'aider les patients à s'orienter, s'organiser et se "réguler" dans le panier de soins.
Pour parvenir à ces objectifs, il conviendra de promouvoir l'utilisation des DAC de la région en sensibilisant les professionnels de santé libéraux et hospitaliers au fait que ces dispositifs ont besoin de l'ensemble des professionnels de santé, et que l'ensemble des professionnels de santé ont tout autant besoin des DAC. Dans

ce cadre Il sera nécessaire de renforcer la visibilité des DAC auprès des professionnels libéraux et des établissements de santé.
En parallèle une éducation des patients à l'utilisation du système de santé et notamment par l'éducation dans les écoles, collège et lycée doit être portée.
Pour améliorer la coordination entre les acteurs de la santé et libérer du temps médical, des stratégies doivent être mises en place. Par exemple, la création d'un guichet unique de soins à domicile (SSIAD, SAAD, HAD, DAC…), qui s'interface avec les commissions de sortie pourrait permettre de coordonner l'ensemble des services de soins à domicile. Le rôle des assistantes sociales sanitaires et des CCAS doit également être renforcé.

5. Développer l'utilisation des outils numériques

Il sera important promouvoir et maintenir à jour les nouveaux services ou outils numériques tels que Sphère, Via Trajectoire, ma démarche santé ou l'annuaire du Répertoire opérationnel des ressources (ROR) afin d'obtenir l'adhésion de l'ensemble des acteurs. Pour ce faire, il est crucial de former les acteurs de nos territoires et de s'appuyer sur les coordinateurs de MSP et de CPTD afin de maximiser et engager les professionnels dans l'utilisation de ces outils. L'ensemble de ces outils doivent être interopérables

De plus, le développement de la télémédecine sous toutes ses formes (télé-soins, téléexpertise, téléconsultation assistée, télésurveillance, téléréadaptation) devra être un axe majeur de nos actions afin de répondre à notre objectif de prise en charge.

5. Échéances intermédiaires

Année	Intitulé action
2024	- Mise en place d'un webinaire animé par chaque Union régionale des professionnels de santé (URPS) « ma Profession dans ce PRS3, nouvelles perspectives » - Formulaire envoyé à chaque professionnel de santé de la région pour s'assurer de la compréhension collective du PRS3 - Atelier régional collectif avec chaque acteur des ateliers sur les résultats de l'enquête
2026	- Atelier régional collectif d'analyse des indicateurs, 2 cas de figure *a)* Comment redynamiser le PRS et favoriser son appropriation par les professionnels de santé *b)* Comment s'engager collectivement dans davantage d'innovation, des professionnels impliqués,
2027	- Atelier régional collectif et retour d'expérience en vue de la préparation des travaux du PRS4

6. Modalités de suivi et d'évaluation:

a) Indicateurs de pilotage :

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE INTERMEDIAIRE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Nombre de structure d'exercice coordonnée (MSP, ESP)	33 ESP 128 MSP	+20%	+50%
3	Nombre de patient prise en charge pas les DAC	En cours	x2	x3

b) Indicateur de résultat :

Un pourcentage de 70% de la population couverte par les soins de proximité. Cet indicateur mesurerait la proportion de la population qui a accès aux soins de proximité proposés. Il pourrait être utilisé pour évaluer si la réussite de cet objectif grâce aux actions mises en place.

CHAPITRE 5 : OFFRE DE SOINS DE PROXIMITÉ COORDONNÉE : PARCOURS EN POPULATION GÉNÉRALE

Objectif opérationnel n°10 : Proposer et développer les alternatives à l'hospitalisation complète et promouvoir l'admission directe

1. Situation actuelle

Les établissements de santé de la région Centre-Val de Loire sont un enjeu de premier plan pour nos territoires. L'offre de soins de proximité, qu'elle soit proposée par ces établissements ou par les acteurs de notre région est en tension et manque de clarté pour les patients, ce qui entraîne une charge importante des services de soins de spécialité et des urgences. Bien que de nombreux progrès aient été accomplis ces dernières années pour promouvoir des alternatives à l'hospitalisation, il est essentiel de redéfinir collectivement les moyens d'action pour améliorer et développer les options de soins autres que l'hospitalisation et favoriser l'admission directe.

2. Enjeux

L'augmentation continue des passages aux urgences a des impacts sur les établissements de santé et les patients, et invite à développer l'admission directe pour améliorer la prise en charge de ces derniers et rationaliser l'usage des urgences. La promotion d'alternatives à l'hospitalisation complète, lorsqu'elles sont possibles, répond quant à elle à un enjeu de qualité de prise en charge du patient et d'efficience du système de santé.

3. Description de l'objectif

Ce second objectif opérationnel consiste à proposer et développer les alternatives à l'hospitalisation et promouvoir l'admission directe afin d'optimiser le parcours patient pour éviter le recours aux urgences. En structurant l'offre de soins de proximité, en la déclinant pour soulager les établissements sanitaires et en articulation avec l'offre de soins non programmés, il devient possible de répondre aux besoins de santé des populations de manière plus efficiente et de les orienter vers les services les plus adaptés à leurs besoins.

4. Modalités de mise en œuvre :

1. <u>Développer des alternatives à l'hospitalisation classique</u>

En amont de l'hospitalisation (Médecine chirurgie obstétrique – MCO), nous avons pour objectif d'inciter le médecin libéral à utiliser d'avantage l'Hospitalisation à domicile (HAD) et les services de Soins de suite et de réadaptation (SSR) dans la prise en charge des patients.

En parallèle nous souhaitons inciter et continuer à augmenter la chirurgie ambulatoire, et plus particulièrement de la Réhabilitation accélérée après chirurgie (RAAC) et la médecine ambulatoire hospitalière, ce qui permettra de proposer des alternatives à l'hospitalisation classique. Nous allons également

promouvoir et inciter à l'utilisation des soins palliatifs à domicile, qui permettent aux patients de recevoir des soins de qualité dans leur environnement familier. Pour améliorer l'accès aux soins à domicile et réduire le recours à l'hospitalisation, il est important de mettre en place des mesures de surveillance ambulatoire pour certaines pathologies spécifiques (exemple : kiné respiratoire). Cela peut être également assuré par des équipes mobiles qui évalueront la nécessité d'une hospitalisation. Il est également déterminant de mettre en place des processus permettant de réaliser certains examens de biologie et d'imagerie en ambulatoire ou dans les hôpitaux de proximité sans hospitalisation. Afin d'éviter l'hospitalisation, Il faut anticiper les problèmes potentiels des patients en organisant des réunions pluriprofessionnelles entre hospitalier et acteurs de la ville. Dans cette même optique il convient d'encourager la coopération entre SDIS/CD/DAC, pour permettre de repérer les situations complexes par les Service départemental d'Incendie et de secours (SDIS) et faire le lien avec les CD et les DAC.

Afin d'accroître le recours à l'HAD, aux Soins médicaux et de réadaptation (SMR), à l'Hôpital de jour (HDJ) et aux structures médico-sociales (SSIAD, HT), il importe de pouvoir faciliter l'accès des professionnels à des informations claires et accessibles sur les services proposés par ces structures, leur fonctionnement et les modalités d'admissions. Information qui, en parallèle, s'appuiera sur les conseils et orientations pour aider les patients à choisir la structure la plus adaptée à leurs besoins. Il est crucial d'améliorer la connaissance de l'HAD par les médecins et les professionnels de santé en levant les problématiques des critères HAD complexes et la nécessité de disponibilité des médecins. Pour cela, il faut inciter à la mise en place de règles de bonne pratique pour préserver le temps médical, permettre aux SSIAD de fonctionner la nuit et favoriser la collaboration entre SSIAD et HAD, tout en élargissant les profils de patients. Il est également important d'innover dans l'usage des HAD (chimiothérapies ou des transfusions en MCO ou en SMR).

2. Développer l'aval en ambulatoire

En aval de l'hospitalisation (MCO), les sorties précoces seront développées en se basant sur les HAD, les SMR, afin de libérer des lits d'hospitalisation et de permettre aux patients de recevoir les soins nécessaires dans des structures adaptées. Pour favoriser ce retour à domicile il faut standardiser et préparer les retours à domicile, dans le cadre d'une prise en charge chirurgicale en ambulatoire, le plus tôt possible, qui aidera à planifier les besoins de retour à domicile dès le rendez-vous avec l'anesthésiste quand cela est possible. A ce titre, le déploiement de la RAAC à l'ensemble des établissements disposant d'une autorisation de chirurgie est essentiel.

Il est fondamental de mettre en place et renforcer les dispositifs de préparation au retour à domicile en s'appuyant sur les services existants, comme le Programme de retour à domicile (PRADO), pour aider les patients à retrouver une autonomie et une qualité de vie satisfaisante tout en s'affranchissant d'une nouvelle hospitalisation.

Les sorties précoces ou non s'adosseront à un fort accompagnement pour faciliter l'accès à ces services et à la prise en charge en réfléchissant à la possibilité d'un « guichet unique de sortie » qui regrouperait les HAD, SIAAD, SAAD, DAC et autres acteurs du domicile comme les équipe Locale d'Accompagnement sur les Aides Techniques.

Enfin, les établissements seront encouragés à mettre en place des hébergements temporaires non médicalisés ou "hôtels hospitaliers", qui permettront aux patients de rester proches de leur lieu de soins tout en bénéficiant d'un cadre de vie plus agréable que l'hôpital classique.

3. Favoriser l'admission directe

Afin de développer et inciter à l'admission directe, il est essentiel de favoriser la mise en place de protocoles d'admission directe (avec des outils d'aide à l'admission directe pour les prescripteurs) et également d'établir des liens étroits entre les différents professionnels de santé ambulatoires et hospitaliers.

Les admissions directes comme elles se font au sein de certains hôpitaux de proximités ou comme dans les SMR devront être encouragées et incitées. Il conviendra de développer et de consolider les relations ville/hôpital, notamment à travers des événements communs tels que des séminaires, des formations co-construites entre libéral et hospitalier. L'exemple de certaines Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) adossées à un Centre Hospitalier (CH) montre l'importance de décloisonner milieu libéral et hospitalier. Les MSP disposent alors, de tous les contacts des professionnels de l'établissement et inversement, ce qui facilite les interactions et la coordination des soins. De plus, les médecins des MSP sont invités à participer à la Commission Médicale d'Établissement (CME) et ont un accès direct au dossier de soin des patients. Ce modèle, devra autant que possible être reproduit en particulier dans les hôpitaux de proximité. La mise en place d'un système de notification pour les centres hospitaliers, qui informent les médecins en cas d'hospitalisation, de décès ou d'envoi de bilan, est également un enjeu important.

En parallèle Il est également important pour les médecins libéraux d'avoir accès à un annuaire mis à jour et diffusable, afin de pouvoir contacter les spécialistes hospitaliers et ainsi planifier une entrée directe si l'état de santé du patient le nécessite.

Structurer l'offre de soins non programmés (SNP) de manière à réduire le recours aux urgences sera l'un des sujets abordés dans le chapitre du PRS3 consacré au SNP. Pour traiter cette question, des liens ont été établis entre les différents groupes de travail en charge de cette thématique et ceux du soin de proximité. Cette approche vise à améliorer la qualité des soins dispensés aux patients et à rendre le système de santé plus efficient en évitant notamment les déplacements inutiles vers les urgences.

Les orientations en matière d'offre de SMR, de HAD sont développées dans la partie des Objectifs quantifiés de l'offre de soins du Schéma régional de santé.

Focus sur l'offre de soins palliatifs en région Centre-Val de Loire

(En cours de rédaction, qui s'appuiera notamment sur les éléments présentés en assemblée générale de la CRSA le 28 février 2023)

Les soins palliatifs cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie grave au pronostic réservé, par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée, ainsi que le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés. Les soins palliatifs sont organisés et dispensés par une équipe multidisciplinaire incluant la personne concernée et ses proches, dans différentes situations (fin de vie, ou en début de maladie en association avec un traitement anticancéreux par exemple, etc.)

En région, le réseau des soins palliatifs est particulièrement structuré et moteur dans la prise en charge des patients.

5. Echéances intermédiaires

Année	Intitulé action
2024	- Mise en place d'un webinaire animé par la fédération des Union régionale des professionnels de santé (URPS) en partenariat avec CH « Outils et alternatives à l'hospitalisation : comment soulager le système de santé » - Formulaire envoyé à chaque acteur de la région (DAC, CH, SMR…) et au professionnel de la région pour comprendre les freins éventuels à la mise en œuvre de cet objectif - Atelier régional collectif avec chaque acteur des ateliers sur les résultats de l'enquête
2026	- Atelier régional collectif d'analyse des indicateurs, 2cas de figure a. Comment redynamiser le PRS et favoriser son appropriation par les professionnels de santé b. Comment s'engager collectivement dans davantage d'innovation
2028	- Atelier régional collectif et retour d'expérience en vue de la préparation des travaux du PRS4

6. Modalités de suivi et d'évaluation:

a) Indicateurs de pilotage :

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE INTERMEDIAIRE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Taux de chirurgie ambulatoire	59%	65%	70%
2	taux de recours HAD sur prescription médical	En cours	En cours	En cours
3	Evolution du nombre de séjour en HAD	En cours	En cours	En cours
4	Nombre d'admission directe en ES	En cours	En cours	En cours
5	Taux des séjours dont la durée dépasse la borne haute	En cours	En cours	En cours

b) Indicateur de résultat :

Taux de satisfaction des patients: Cet indicateur mesure le niveau de satisfaction des patients en utilisant des questionnaires de satisfaction ou des entretiens individuels d'un échantillon de patient. Cela permet de mesurer l'impact de ces alternatives sur la qualité des soins et la satisfaction des patients.

CHAPITRE 6 : OFFRE DE SOINS DE PROXIMITÉ COORDONNÉE : PARCOURS PERSONNES ÂGÉES

Objectif opérationnel n°11 : Eviter l'hospitalisation de la personne âgée

1. Situation actuelle

La région Centre-Val de Loire est particulièrement concernée par la question du vieillissement. En 2020, la région comptait plus de 275 000 habitants de 75 ans et plus, et demain, à l'horizon 2040, les personnes âgées de plus de 75 ans représenteront plus de 450 000 habitants dont près de 40% vivant seules.

Différents éléments doivent être pris en compte :

- L'arrivée des baby-boomers à partir de 2030 avec une progression de 36% de la population des plus de 75 ans ;
- La prise en compte de leur choix de vie : maintien à domicile, refus de l'isolement, accès aux services, rapprochement des zones péri-urbaines ;
- La diversité des pathologies du grand-âge : troubles du comportement et grande dépendance ;
- Une démographie médicale en baisse et un manque d'attractivité des métiers du grand âge.

L'objectif est de structurer un parcours qui permettrait des solutions en amont, afin d'éviter l'hôpital et les urgences, et en aval, afin de quitter au plus vite un lieu où, notamment pour une personne âgée fragile, il ne fait pas toujours bon de s'éterniser.

2. Enjeux

La personne âgée n'est pas un patient comme les autres à l'hôpital : taux d'hospitalisation plus élevé, durée de séjour plus longue, proportion plus importante d'entrée par les urgences, le patient âgé cumule les difficultés.

Polypathologies, polymédication, fréquence des chutes : tel est le tryptique qui justifie, pour une personne âgée, le recours fréquent à une hospitalisation qui peut s'avérer indésirable tant pour des raisons de santé publique que pour des raisons financières.

L'hospitalisation de la personne âgée fragile ou dépendante peut affecter considérablement, et irréversiblement dans de nombreux cas, son état émotionnel et précipiter son déclin fonctionnel et cognitif.

Il faut donc assumer l'objectif de réduire autant que possible les hospitalisations des personnes âgées, qu'elles soient en EHPAD ou non.

L'enjeu majeur est donc de privilégier le maintien à domicile de la personne âgée (quel que soit son domicile), dans les meilleures conditions possibles, dans une logique d'« aller-vers ».

3. Description de l'objectif

L'ambition est de permettre à chaque personne âgée de disposer d'une prise en charge adaptée à ses choix de vie, tenant compte de ses pathologies, au plus près de son lieu de vie, évitant ainsi une hospitalisation inappropriée.

Eviter l'hôpital, quand il est évidemment souhaitable de l'éviter, nécessite de mettre en œuvre une palette de mesures qui, si elles existent déjà, ne sont pas suffisamment appréhendées de manière systématique.

4. Modalités de mise en œuvre :

Il existe des recours hospitaliers pour lesquels une prise en charge optimisée et anticipée aurait conduit à l'absence d'hospitalisation.

Il existe un réel potentiel de réduction des hospitalisations des personnes âgées accueillies en EHPAD ou non. Les acteurs du grand âge ont un rôle à jouer dans cette dynamique, à travers l'adaptation de leurs ressources et de leur offre mais également le meilleur usage de dispositifs existants.

Pour répondre à cet objectif, 5 leviers ont été identifiés :

a) Améliorer la prise en charge à domicile

A titre d'exemple : les équipes de soins primaires, les délégations de tâches, montée en compétences des IDE (IDE référente) (***cf. Chapitre 3 : Démographie et attractivité des professions de santé*** et ***Chapitre 5 : Offre de soins de proximité coordonnée : Parcours en population générale***).

NB : l'objectif de maintien à domicile le plus longtemps possible repose également, mais de manière implicite, sur l'hypothèse d'une aide informelle toujours disponible et qui joue un rôle essentiel et difficilement substituable, qui est représentée par l'aidant (***cf. Chapitre 11 : Aidants***).

b) Repérer les patients à risque de perte d'autonomie (***Parcours « Personnes âgées »***)

c) Proposer des solutions alternatives à l'hospitalisation complète

A titre d'exemple : hôpital de jour gériatrique, HAD (***cf. OQOS Hospitalisation à domicile***), SSIAD, intervention conjointe HAD-SSIAD, SMR gériatrie (***cf. OQOS*** Soins médicaux et de réadaptation).

d) Renforcer la dynamique d' « aller-vers » par le développement / renforcement des équipes mobiles

A titre d'exemple : intervention des équipes mobiles de gériatrie sur le lieu de vie des personnes âgées, équipes mobiles géronto-psychiatriques (***cf. Parcours « Santé mentale »***), équipe d'appui départementale en soins palliatifs (meilleure anticipation et utilisation des soins palliatifs, notamment en EHPAD).

e) Valoriser les expertises existantes

A titre d'exemple : appuis territoriaux gériatriques, télémédecine (***cf. Chapitre 9 : E-santé***), astreintes des Infirmiers diplômés d'Etat (IDE) de nuit, centres ressources territoriaux (***cf. Parcours « Personnes en situation de handicap » et « Personnes âgées »***), développement des Infirmiers de pratique avancée (IPA – ***cf. Chapitre 3 : Démographie et attractivité des professions de santé***).

5. Modalités de mise en œuvre :

a) Indicateurs de pilotage :

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE INTERMEDIAIRE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Nombre d'EMG intervenant sur les lieux de vie des personnes âgées	En cours	En cours	En cours
	Nombre d'interventions des EMG sur les lieux de vie des personnes âgées	En cours	En cours	En cours
2	Nombre de patients âgés (+60 ans) pris en charge en HAD (avec distinction domicile / EHPAD)	En cours	En cours	En cours
3	Nombre de situations traitées dans le cadre des appuis territoriaux gériatriques	En cours	En cours	En cours

b) Indicateur de résultat :

L'objectif est de réduire le nombre d'hospitalisations « évitables » de personnes âgées.

CHAPITRE 6 : OFFRE DE SOINS DE PROXIMITÉ COORDONNÉE : PARCOURS PERSONNES ÂGÉES

Objectif opérationnel n°12 : Mieux organiser l'hospitalisation de la personne âgée lorsque celle-ci est inévitable

1. Situation actuelle

La région Centre-Val de Loire est particulièrement concernée par la question du vieillissement. En 2020, la région comptait plus de 275 000 habitants de 75 ans et plus, et demain, à l'horizon 2040, les personnes âgées de plus de 75 ans représenteront plus de 450 000 habitants dont près de 40% vivant seules.

Différents éléments doivent être pris en compte :

- l'arrivée des baby-boomers à partir de 2030 avec une progression de 36% de la population des plus de 75 ans ;
- la prise en compte de leur choix de vie : maintien à domicile, refus de l'isolement, accès aux services, rapprochement des zones péri-urbaines ;
- la diversité des pathologies du grand-âge : troubles du comportement et grande dépendance ;
- une démographie médicale en baisse et un manque d'attractivité des métiers du grand âge.

L'objectif est de structurer un parcours qui permettrait des solutions en amont, afin d'éviter l'hôpital et les urgences, et en aval, afin de quitter au plus vite un lieu où, notamment pour une personne âgée fragile, afin de limiter le risque de perte d'autonomie.

Les PA représentent 15% des passages aux urgences en Région Centre Val de Loire en 2021. Le motif pour recours Cardiovasculaire (CV) dans les services d'accueil des urgences (SAU) représentent 17% des PA vs 8% pour les moins de 75 ans. La perte d'autonomie est de plus de 50% pour les patients de 85 ans et plus après une hospitalisation. Elle est due à plusieurs facteurs qui interagissent entre eux : certains sont intrinsèquement liés au patient (sa pathologie et son état avant l'hospitalisation), tandis que d'autres sont extrinsèquement liés aux modalités de soins et à l'environnement hospitalier. Les patients fragiles ou polypathologiques sont plus à risque d'une augmentation du délai d'attente dans les service d'urgences une fois l'orientation prise.

2. Enjeux

L'hospitalisation d'une personne âgée fragile ou dépendante peut affecter considérablement, et irréversiblement dans de nombreux cas, son état émotionnel et précipiter son déclin fonctionnel et cognitif.

Le recours des personnes âgées à l'hôpital est singulier, caractérisé par une fréquence d'hospitalisation plus élevée, une durée moyenne de séjour plus longue, un taux de passage par les urgences plus important. Or, ces patients sont, dans la majorité des cas, des patients plus fragiles, porteurs de pathologies chroniques de plus en plus nombreuses et de plus en plus sévères... et pour qui l'hospitalisation peut rapidement devenir délétère.

Le véritable enjeu est d'offrir à la personne âgée la trajectoire la plus adaptée à ses besoins et à son état. La question de l'adaptation du milieu hospitalier à ce public particulier est donc cruciale car l'hospitalisation est un facteur de risque de survenue d'évènements défavorables à l'état de la personne âgée.

Dans le cadre des travaux sur les parcours des pathologies CV, sont traités ici la particularité chez les personnes âgées de la prise en charge des pathologies CV.

3. Description de l'objectif

Plusieurs situations conduisent une personne âgée et/ou fragile à être hospitalisée. Or l'hospitalisation d'une personne âgée représente un risque de perte d'autonomie. La perte d'autonomie liée à l'hospitalisation est en partie évitable si on adapte les soins et l'environnement hospitaliers aux besoins spécifiques des patients âgés. On parle alors de dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation, un phénomène en grande partie évitable qui concerne près de 10% des personnes hospitalisées.

Concernant les spécificités du parcours CV de la personne âgée, trois axes d'amélioration ont été priorisés par le groupe de travail dédié :

- Amélioration du repérage, du diagnostic, et de la prise en charge dans le parcours de soins des personnes âgées atteintes d'insuffisance cardiaque.
- Amélioration d'accès à l'activité physique adaptée des personnes âgées afin de réduire la survenue d'évènements cardiovasculaires, la gravité et les complications de ces pathologies (***Cf. Parcours Diabète, hypertension artérielle et obésité***).
- Améliorer la prise en charge de la fin de vie des personnes âgées pour motif CV.

4. Modalités de mise en œuvre :

Pour répondre à cet objectif, 6 leviers ont été identifiés :

1. Organiser la sortie du patient dès son admission
2. Favoriser le parcours d'admission directe non programmée (***Cf. Chapitre 5 : Offre de soins de proximité coordonnée : Parcours en population générale***).
3. Améliorer le passage dans le service des urgences lorsque celui-ci est inévitable
4. S'appuyer sur l'équipe mobile gériatrique intrahospitalière comme moyen central de diffusion de la culture gériatrique
5. Adapter la chambre à la prise en charge des personnes âgées hospitalisées
6. Structurer la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux (***Cf. Chapitre 5 : Offre de soins de proximité coordonnée : Parcours en population générale***).

5. Modalités de suivi et d'évaluation

a) Indicateurs de pilotage :

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE INTERMEDIAIRE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Taux d'admissions directes non programmées de PA 75 ans et +	En cours	Données PMSI MCO	En cours
2	Nombre de passages aux urgences des PA 75 ans et +	Données ORU	Données ORU	Données ORU
3	Nombre d'équipes mobiles gériatriques intervenant en intrahospitalier	9	En cours	En cours
4	Pourcentage de personne de plus de 85 ans dans les services de cardiologie avec critères de fragilité	En cours de consolidation	En cours	Données epideclic

b) Indicateur de résultat :

- Objectif de zéro passage aux urgences évitables de personnes âgées de 75 ans et plus.
- Réduction du nombre de réhospitalisations évitables.

CHAPITRE 7 : OFFRE DE SOINS DE PROXIMITÉ COORDONNÉE : PARCOURS PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Objectif opérationnel n°13 : Développer des réponses graduées en fonction des difficultés rencontrées pour accéder aux soins

1. Situation actuelle

Certaines personnes en situation de handicap, dont l'accès et la réalisation des soins ne nécessitent aucune adaptation particulière, rencontrent des difficultés d'accès aux soins identiques à celles de la population générale. L'amélioration de l'offre de soins de proximité coordonnée en population générale permettra un accès plus facile aux soins dans le droit commun pour ces personnes.

Par contre, d'autres personnes sont confrontées à des difficultés d'autant plus importantes que certaines spécificités de leur handicap (caractéristiques et /ou lourdeur du handicap liés à des comorbidités) rendent très difficile le recours à certains soins dans les conditions habituelles et peuvent conduire à un échec de prise en charge. Cette population de personnes rencontre des besoins qui se répartissent en deux niveaux :

- La préparation aux soins (sensibilisation, consultations blanches, ...) et une consultation longue ne nécessitant pas d'aménagements particuliers,
- La préparation aux soins (sensibilisation, consultations blanches, ...) et une consultation longue adaptée en terme de technicité et d'aménagements (consultations dédiées).

En région Centre Val de Loire, quatre centre hospitaliers disposent d'un dispositif HANDICONSULT/HANDISANTE qui permet la préparation et l'organisation de consultations aménagées (consultations longues, créneaux dédiés). Cependant l'offre de proximité reste peu lisible et difficile d'accès.

L'absence de médecin traitant diminue les chances d'accès au soin, en effet, 62% des répondants n'ayant pas de médecin traitant n'ont pas réussi à être soigné contre 16% pour les répondants ayant un médecin traitant[16].

2. Enjeux

Toute personne en situation de handicap puisse accéder à des soins adaptés quel que soit la complexité de sa situation : secteur géographie, type de handicap, à domicile ou en établissement ….

[16] *Baromètre HANDIFACTION* – comparatif région CVL, entre le 1er juillet 2021 et le 30 juin 2022

3. Description de l'objectif

L'enjeu se décline en six objectifs principaux :

- Promouvoir les consultations généralistes accessibles ***en lien avec le Chapitre 5 : Offre de soins de proximité coordonnée : Parcours en population générale.***
- Proposer une offre de soins de proximité répartie sur toute la région.
- Développer la lisibilité des dispositifs existants et des lieux de soins accessibles et adaptés, qu'ils soient hospitaliers ou de ville.
- Organiser un accès spécialisé aux soins en fonction des niveaux de besoins.
- Définir les actions et coopérations du futur centre régional de soins somatiques et douleur.
- Favoriser la prévention et la promotion de la santé, notamment dans les Etablissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) et les lieux d'exercice coordonné, ***en lien avec le Chapitre 1 : Prévention – Promotion de la santé.***

4. Modalités de mise en œuvre :

Les principales actions qui vont structurer la démarche :

- Améliorer l'accès aux spécialités définies comme nécessaires en proximité pour les PSH : bucco-dentaire, gynécologie, gastro-entérologie, ORL, ophtalmologie et imagerie.
- Développer une offre régionale de soins somatiques et douleur pour les personnes dyscommunicantes
- Faire connaitre les lieux de soins accessibles et adaptés par une communication adaptée accessible à tout type de handicap (Répertoire opérationnel des ressources – ROR, mission de DAC et COM360),
- Développer les dispositifs de type HANDICONSULT sur chaque département (au moins 1 par département) et à défaut la présence d'au moins un référent handicap dans chaque GHT,
- Cibler des actions prioritaires en fonction des établissements et service (population cible âge/handicap/problématiques prioritaires) et les formaliser à travers les CPOM, à expliciter sur le volet prévention.
- Favoriser le partage d'expériences sur des initiatives locales pertinentes.
- Promouvoir le remplissage du questionnaire HANDIFACTION après chaque recherche de soin fructueuse ou non, par une campagne d'affichage régionale et une information systématique de l'HANDICONSULT.

5. Echéances intermédiaires

Année	Intitulé action
2023	Recenser l'existant dont les initiatives locales en lien avec les DAC et les COM 360
2024	Mettre en place les actions de communication diverses Définir les attendus des CPOM
2024-2025	Promouvoir les HANDICONSULT dans les départements non pourvus ou à défaut le(s) référent(s) handicap dans chaque GHT
2025-2026	Déployer l'offre de consultations dédiées
2027	Evaluation des actions

6. Modalités de suivi et d'évaluation

a) Indicateur de pilotage :

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE INTERMEDIAIRE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Part des établissements hospitaliers de référence et de proximité dotés d'un référent handicap et/ou d'une HANDICONSULT	En cours	40%	100%
2	Part des ESMS ayant mis en place des actions de prévention sur les thématiques ciblées	En cours	60%	100%
3	Nombre de déclarations sur le baromètre HANDIFACTION	En cours	+10%	+50%

b) Indicateur de résultat :

N°	INTITULE INDICATEUR RESULTAT	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE INTERMEDIAIRE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	indicateurs du baromètre Handifaction	En cours	En cours	En cours Evolution favorable des

CHAPITRE 7 : OFFRE DE SOINS DE PROXIMITÉ COORDONNÉE : PARCOURS PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Objectif opérationnel n°14 : Favoriser la coordination territoriale autour des besoins de soins des personnes en situation de handicap

1. Situation actuelle

Les caractéristiques techniques du soin, l'adaptation du matériel, de l'environnement, les procédures et les protocoles de prises en charge devront être adaptés et organisés pour délivrer le juste soin.

Les établissements médico-sociaux et les personnes vivant à domicile rapportent un dialogue difficile avec les structures de soins.

A l'heure actuelle, deux visions cheminent souvent parallèlement, celle de soigner pour les professionnels du soin et celle d'accompagner pour les aidants familiaux ou professionnels.

2. Enjeux

L'enjeu est de décloisonner les visions et favoriser l'interconnaissance des différents professionnels au service des personnes en situation de handicap. Ceci permettra d'éviter des ruptures de parcours. L'aidant de la personne qu'il soit familial ou professionnel doit pouvoir accompagner la personne lors de son soin, son « expertise » doit être reconnue et acceptée.

Les actions de cet objectif seront menées entre les structures de soin et les Etablissements sociaux et médico-sociaux (ESMS). Cette démarche bénéficiera aux personnes vivant à domicile et aux personnes prises en charge par des établissements et des dispositifs sociaux.

3. Description de l'objectif

L'enjeu se décline en 3 objectifs principaux :

- Développer la connaissance aux différents types de handicap auprès des professionnels du secteur sanitaire.
- Garantir le droit à l'accompagnement par un aidant et à un consentement libre et éclairé au moment du soin.
- Faire vivre l'interconnaissance et les liens entre les acteurs sanitaires (dispositifs HANDICONSULT/ référent handicap) et médico-sociaux.

4. Modalités de mise en œuvre :

Les principales actions qui vont structurer la démarche :

- Etablissement de soin :

  - Formations aux différents type de handicap des professionnels du soin en exercice et en formation initiale ***en lien avec le Chapitre 3 : Démographie et attractivité des professions de santé.***
  - Sensibilisation de professionnels hospitaliers aux différents types de handicap.
  - Faciliter l'accès des aidants professionnels ou familiaux lors des consultations.

- Etablissements et services médico-sociaux (ESMS) :

  - Désigner un professionnel « référent soin » dans chaque établissement ou service.
  - Développer des fiches de liaison détaillant les modalités de communication et d'accompagnement pour les actes quotidiens.

- Etablissements de soins et ESMS :

  - Formation au repérage et à l'évaluation de la douleur avec des outils adaptés.
  - Développer la contractualisation entre les acteurs des différents secteurs via le CPOM.
  - Promouvoir la e-santé: téléconsultations, télé staff entre médecins de secteurs différents.
  - Organiser des rencontres régulières entre les « référents soin » et les référents handicap ou dispositifs HANDICONSULT ***en lien avec l'Objectif opérationnel n°13 : Développer des réponses graduées en fonction des difficultés rencontrées pour accéder aux soins.***
  - Développer des outils de transmission communs.

5. Echéances intermédiaires

Année	Intitulé action
2023-2024	Coordination interne ARS entre les référents Direction de l'offre sanitaire (DOS) et Direction de l'offre médico-social (DOMS) pour état des lieux de l'existant et mise en place des actions de développement
A compter de 2023	Intégrer la dimension de coopération entre les ESMS et les ES à la réactualisation de leur CPOM

6. Modalités de suivi et d'évaluation:

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE INTERMEDIAIRE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Part d'ESMS ayant contractualisé avec au moins un ES	Voir les indicateurs de performance	50%	100%
2	Part des ESMS ayant des actions dans leur PDC à l'évaluation de la douleur	En cours	80%	100%
3	Part des établissements ayant participés à des rencontres inter-secteurs sur la thématique du handicap	En cours	40%	80%

CHAPITRE 8 : OFFRE DE SOINS DE RÉFÉRENCE ET DE RECOURS

Objectif opérationnel n°15 : Préserver et développer l'offre de référence et de recours dans un contexte de démographie médicale sous tension et de réforme des autorisations

1. Contexte et enjeu :

Le PRS 3 a pour ambition de répondre aux besoins exprimés par la population d'avoir une offre lisible et accessible en fonction de son lieu de vie, de sa pathologie et de son environnement économique et sociale. Il doit améliorer l'accès aux soins par une gradation de l'offre en structurant les activités de recours/référence et les activités de proximité dans une logique de complémentarité.

L'offre de soins de référence et de recours est impactée par un cadre règlementaire rénové (suppression des schémas inter-régionaux d'organisation sanitaire (SIOS), réforme des autorisations, Ségur RH et Investissement, réforme de l'intérim, …), qui a pour volonté d'améliorer la qualité et la sécurité des prises en charges dans une logique de parcours et de territorialisation, en lien avec les acteurs.

L'évolution du CHRO en Centre hospitalier universitaire (CHU) porte l'ambition de développer une nouvelle offre de soins de recours et de référence en région Centre-Val de Loire, et de la rendre plus attractive, dans un contexte marqué par de fortes tensions sur les personnels médicaux et non médicaux des établissements sanitaires.

Aussi, afin de s'assurer d'une prise en charge optimale des patients, la logique de dispersion des compétences et des autorisations est posée pour tendre vers une structuration lisible et graduée des prises en charge en fonction des établissements. En effet, au vu de la démographie médicale et paramédicale, seule une coopération entre les établissements de santé au sein d'un même territoire voire entre territoire permettra de préserver l'offre de soins, de garantir son accès à bon escient et dans des délais correspondant aux besoins de la population.

L'objectif est ainsi de préserver et de développer l'offre de référence et de recours dans un contexte de démographie médicale sous tension et de réforme des autorisations, au bénéfice de la population.

2. Description de l'objectif :

1) *L'offre de référence*

L'offre de référence est définie comme l'offre de soins nécessitant un plateau technique et des compétences hautement spécialisés. Elle recouvre a minima les activités de soins regroupées antérieurement dans les schémas inter-régionaux d'organisation sanitaire (SIOS) à savoir :

- La chirurgie cardiaque,
- Le traitement des grands brûlés,

- Les greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques,
- La neurochirurgie et les activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie.

Elle regroupe également l'ensemble des centres experts. La recherche et l'innovation est également un enjeu important dans cette offre mais également dans celle de recours. Ces activités d'offre de référence ont un périmètre de recrutement régional voire inter-régional.

En Centre-Val de Loire, l'offre de référence est aujourd'hui assurée principalement par le CHU de Tours, le CHRO et la Clinique NCT+ pour la chirurgie cardiaque. L'intégration des activités de soins relevant précédemment des SIOS en région et la création d'un 2eme CHU obligent à repenser cette offre en prenant en compte, à la fois, les coopérations inter-régions liées aux activités ex-SIOS afin de ne pas pénaliser les prises en charge actuelles, et les coopérations médicales existantes et opérationnelles, tout en développant de nouvelles activités de référence pour le CHU qui s'établit à Orléans dans le Loiret.

L'analyse des taux de fuite, sur les activités de référence ou relevant d'un CHU, permettent d'identifier des activités nouvelles de soins à développer à 5 ans en complémentarité avec l'offre de soins existante en région afin de ne pas déstabiliser les organisations opérationnelles.

Ce double enjeu de conserver les coopérations inter-régionales et de développer de nouvelles activités en région se traduira dans le cadre des OQOS avec de nouvelles implantations et par le renouvellement des conventions avec les CHU des régions limitrophes et la poursuite des travaux dans le cadre du GCS HUGO (Voir Partie OQOS du SRS). Il devra s'appuyer sur une coopération forte entre le CHU de Tours et d'Orléans afin de rendre plus attractive la région CVL et éviter toute forme de concurrence.

Les sous-objectifs :

- Identifier et préserver les filières de prise en charge inter-régionales en confortant les coopérations et en développant celles nécessaires,
- Déployer une stratégie commune aux 2 CHU de développement de l'activité de référence lisible et cohérente en lien avec les établissements support de GHT et les établissements privés réalisant des activités de référence et de recours,
- Etablir des conventions d'association CHU/Etablissements de santé supports de GHT voir des établissements sanitaires privés afin de structurer les parcours d'accès à l'offre de référence voire de recours.

2) L'offre de recours

Celle-ci se détermine en référence avec l'offre de proximité, afin de répondre au mieux à la demande de soins. Elle recouvre en grande partie les autorisations d'activité de soins autres que celles indiquées ci-dessus. Cette offre est particulièrement impactée par la réforme des autorisations. Elle s'organise à l'échelle départementale ou interdépartementale.

L'offre de recours devra, au regard des enjeux de la démographie médicale et de la réforme des autorisations, se rénover afin de garantir les exigences de qualité et sécurité des soins, de ressources humaines, d'équipements et d'expertise. De plus, la réforme des autorisations introduit au sein de plusieurs autorisations d'activité une gradation afin de structurer le parcours de soins, à la fois amont/aval mais également en fonction des plateaux techniques nécessaires à la prise en charge. La mise en œuvre de ces réformes prend corps à travers les OQOS du Schéma (voir OQOS).

Dans ce contexte, la logique de « faire ensemble », à travers une dynamique de réseau, de coopération ou de filières de soins, est essentielle à développer, tant au sein des GHT que dans une logique de coopération publique/privé.

Les sous-objectifs :

- Structurer et graduer les filières de soins afin de les rendre lisibles en priorisant les filières prioritaires (cancer, AVC, cardiologie …) à toutes les étapes de la prise en charge (repérage, diagnostic, prise en charge, suivi) ;
- Evaluer ces filières de prise en charge afin d'identifier et résoudre les éventuels points de rupture.
- Développer tout outil ou organisation permettant de mieux réguler et orienter l'accès à cette offre afin qu'elle soit mobilisée à bon escient,
- S'assurer que les futurs projets médico-soignants partagés des GHT priorisent les filières identifiées par le PRS et qu'ils les déclinent de manière opérationnelle (type de prise en charge, conventionnement avec quel établissement, procédure de transferts …), voire élaborer des PMP inter- départementaux sur certaines activités.
- Développer toute forme de coopération pour assurer le maintien de l'offre dans les conditions de sécurité et de qualités attendues (notamment maternité)
- Déployer une gestion des lits en territoire voire régional afin de fluidifier les prises en charge

La structuration de cette offre de référence et de recours implique d'être lisible pour les acteurs et soutenue à travers tout levier/outil (SI, e-santé, innovation, …) afin d'optimiser, à la fois, la ressource médicale, le recours à l'expertise, la circulation de l'information et éviter des déplacements tant des professionnels de santé que des usagers afin de réduire les inégalités d'accès. Leur accès doit être régulé afin d'être utilisé à bon escient et assurer un délai de prise en charge correspondant aux besoins. Enfin, cette offre se doit d'assurer une continuité des soins H24 ce qui suppose de mener une réflexion sur la permanence des soins en établissements de santé en s'appuyant sur des coopérations voire des mutualisations au vu de la rareté de la ressource médicale. La PDSES est un volet spécifique du PRS 3.

Ces réponses aux besoins de soins de la population sont aussi un levier d'attractivité des professions médicales et doivent permettre de développer des organisations innovantes.

Tout établissement de santé reste par ailleurs un établissement de proximité pour son bassin de population (offre généraliste ou spécialiste, consultations avancées, hospitalisation de jour spécialisée, téléconsultations…), afin d'assurer une équité d'accès aux soins à l'ensemble de la population.

3. Modalité de mise en œuvre :

Année	Intitulé action
2023/2024 et suivants	Cartographie de l'offre de référence et de recours Identification des filières prioritaires et déclinaison de leurs organisations en territoire et en région
	Travaux dans le cadre du GCS HUGO
	Suivi de la mise en œuvre des investissements Ségur dans la région
	Structuration et articulation des projets médicaux entre les deux CHU

4. Modalités d'évaluation :

- Indicateurs d'impact :

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE INTERMEDIAIRE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Taux de fuite pour les activités de soins de référence	En cours	En cours	En cours
2	Part des GHT support ayant une convention signée avec le CHU	0	3/5	5/5

CHAPITRE 9 : E-SANTÉ

Objectif opérationnel n°16 : Renforcer et généraliser les outils déjà existants en région

1. Situation actuelle

Le PRS 2 (2018-2022) a été celui du rattrapage pour le secteur de la santé afin de se mettre au niveau des enjeux du défi numérique. Que ce soit dans le domaine des établissements de santé, celui du médico-social, des professionnels du secteur libéral, de vastes programmes impulsés par le national ont eu pour ambition une mise à niveau du secteur. Ainsi, plusieurs milliards d'euros ont abondé le numérique en santé depuis 5 ans et les programmes se sont multipliés (Ma Santé 2022, HOPEN, SUN'ES, SEGUR …), avec leurs déclinaisons régionales.

Aujourd'hui, l'ensemble des services numériques dits « socles » sont très largement déployés avec la mise en place, notamment, du :

- Dossier médical partagé (DMP) qui facilite le stockage de l'ensemble des documents liés au parcours de soins du patient au sien de l'établissement afin d'en assurer un meilleur suivi,
- Dossier usager informatisé (DUI) qui permet de mieux construire et de suivre le projet personnalisé de l'usager,
- Messagerie sécurisée en santé (MSS) qui permet de protéger les échanges de données médicales entre professionnels de santé de structures différentes,
- D'outils de coordination (Via-Trajectoire, SPHERE, ROR …) pour fluidifier le partage d'informations entre membres d'une équipe de soins et éviter les ruptures de prise en charge
- Mon Espace santé (MES) qui place l'usage au cœur de son parcours et du partage de données

2. Enjeux

L'enjeu est maintenant de stabiliser les outils existants plutôt que d'en créer de nouveaux « ad hoc » afin de permettre, d'une part, aux acteurs de pleinement se les approprier et, d'autre part, d'améliorer les outils tant dans leur accessibilité que leur efficacité.

Il convient également que l'ensemble des outils, qu'ils soient de conception Etat ou d'initiative éditeurs, se mettent à jour des prérequis numériques fixés revus par le Ministère de la Santé au cours des 5 prochaines années : interopérabilité DMP, MSS, sécurisation des données de santé, etc.)

De ce fait, le sujet de la cybersécurité devient incontournable et les acteurs de la santé, notamment les établissements, devront travailler à une mise à niveau régulière dans le cadre des différents accompagnements déployés par l'Agence du numérique en santé (ANS) et le Groupement régional d'appui au développement de la e-santé (GRADeS).

Enfin, il convient que l'ensemble des acteurs de la santé, professionnels comme usagers, s'équipe de ces services socles pour s'assurer d'une continuité optimale des parcours.

L'ARS sera donc, dans le cadre du PRS3 garant de la cohérence des différentes solutions utilisées par les acteurs et de la sécurisation des données. Elle veillera également à la qualité du déploiement des solutions régionales par le GRADES et à l'appropriation/utilisation de celles-ci par les acteurs de santé.

3. Description de l'objectif

Cinq grandes actions doivent être mises en place :

- Généraliser l'équipement aux outils socles de l'ensemble des structures et professionnels de santé (ES publics et privés, structures médico-sociales, laboratoires de biologie et d'imagerie, pharmacies, cabinets libéraux, etc.)
- Améliorer les outils régionaux développés par le GRADeS pour une meilleure appropriation et utilisations des acteurs (SPHERE, ICOPE, Via-trajectoire, ROR, etc.)
- S'assurer de la conformité des outils régionaux aux mises à jour de la doctrine nationale
- Veiller via le GRADeS à la conformité des logiciels éditeurs vendus par les entreprises aux professionnels de santé avec la doctrine nationale et le Ségur du numérique
- S'assurer d'une protection renforcée des données de santé

4. Modalités de mise en œuvre

La généralisation de l'équipement aux services socles doit être suivie :

- Par l'ARS concernant les établissements de santé et médico-social avec des contacts directs avec les Directions et les équipes SI
- Par l'Assurance Maladie pour les professionnels de santé libéral et les laboratoires

Une commission régionale hebdomadaire d'harmonisation, de partage d'information et de suivi a lieu (le CORS) avec l'Assurance Maladie pour s'assurer que l'ensemble des structures d'un même territoire avance en même temps ; condition *si ne qua non* pour l'efficacité du parcours patient ville-hôpital.

L'amélioration des outils régionaux ainsi que la conformité des logiciels reposent sur l'expertise du GRAdES qui travaille en étroite collaboration avec l'Agence du Numérique en Santé (ANS). Ce suivi constitue l'une des missions principales pour lequel le GRADeS est mandaté par convention par l'ARS.

Pour la cybersécurité, plusieurs actions complémentaires doivent être menées :

- Sensibiliser les professionnels de santé, soignants, administratifs et directions aux enjeux du risque cyber auprès des acteurs de santé.
- Mutualiser les moyens de défense Cyber, et mettre en place d'une stratégie régionale, en partenariat avec les acteurs nationaux et régionaux (ANSSI, ANS, HFDS/FSSI Ministère, Préfectures, Conseil régional, ...).
- Inciter les ES à la réalisation d'exercices de crise Cyber, notamment via les CPOM.
- Stratégie régionale à élaborer en matière d'archivage / hébergement / valorisation / destruction des données de santé numériques.

5. Modalités de suivi et d'évaluation

- *Indicateur de pilotage :*

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE INTERMEDIAIRE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Taux d'établissements ayant déployer un DPI	En cours	En cours	100%
2	Taux d'ES raccordés à la MSS	92%	En cours	
3	Taux de GHT ayant des SI convergents	En cours	En cours	100%
4	Taux d'évolution du nombre de DUI créé	En cours	En cours	100%
5	taux de logiciels de cabinet compatibles SEGUR	En cours	En cours	100%
6	taux de logiciels de laboratoire compatibles SEGUR	En cours	En cours	100%
7	taux de logiciels de pharmacie compatibles SEGUR	En cours	En cours	100%

CHAPITRE 9 : E-SANTÉ

Objectif opérationnel n°17 : Améliorer l'accès territorial aux soins via la télésanté

1. Situation actuelle

Le système de santé en région Centre-Val de Loire est aujourd'hui confronté à de fortes difficultés causées par une augmentation des besoins de santé (vieillissement de la population), d'une part, et par une baisse de l'offre (démographie médicale en diminution dans les 5 prochaines années) d'autre part.

Cette tension extrême nécessite des transformations importantes du système de santé pour répondre au défi de l'offre qui consistera à faire mieux malgré la baisse de médecins. Ces évolutions doivent pouvoir s'appuyer sur l'utilisation de la télésanté (téléconsultation, télésuivi, téléexpertise et télésoin) comme soutien à l'offre permettant de :

- Libérer du temps médical ; télésuivi effectué par les paramédicaux pour des pathologies chroniques (diabète, insuffisances cardiaques chroniques, BPCO, etc.)
- Réduire le temps d'accès à de l'expertise pour le médecin généraliste et le patient ; Filière de téléexpertise organisée
- Diminuer le retard et le renoncement aux soins pour le patient faute d'offre de médecine sur place
- Améliorer le confort patient et son recours au soin en diminuant les déplacements

En France, l'accès aux soins via la téléconsultation est aujourd'hui largement répandu. Les offres d'opérateurs privés sont nombreuses (+ de 150 solutions) et s'adressent à l'ensemble des usagers du territoire national pour des RDV en ligne de médecine générale, santé mentale, pédiatrie, dermatologie, notamment.

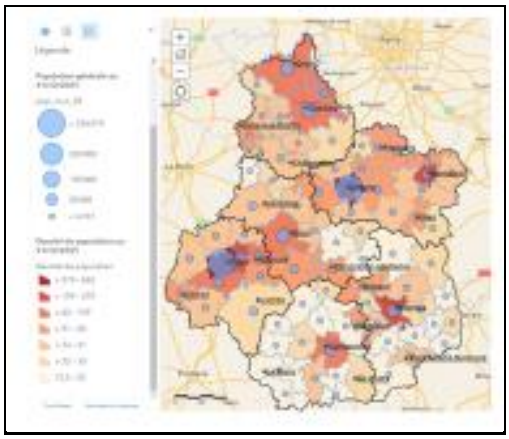
En 2021, sur 301 millions d'actes médicaux (consultations + visites à domicile), il y a eu 12 millions de téléconsultations (dont 9,7millions en médecine générale), soit 4% du total. L'épidémie de COVID et la tarification des actes de télésanté ont notablement permis aux usages de décoller (19 millions de téléconsultations en France en 2020).

Cette dynamique nationale d'augmentation du recours à une téléconsultation se retrouve également en région où près de 300 000 téléconsultations ont été réalisées en 2021.

2. Enjeux

Si les téléconsultations augmentent en région, elles doivent davantage contribuer à la réduction des inégalités territoriales d'accès aux soins et veiller à ne pas les amplifier.
En effet, l'essor global de la téléconsultation en région masque des tendances inégales. Les deux départements du Berry (Indre et Cher), et notamment leurs populations les plus rurales, ont peu recours aux téléconsultations. Il s'agit pourtant des départements déjà les moins denses en médecin et donc avec un besoin plus pressant d'une augmentation de l'offre.

Volume de téléconsultations en médecine générale selon la densité de la population



La télésanté doit également pouvoir répondre aux problématiques d'accès aux soins des personnes âgées, qu'elles soient en EHPAD ou à domiciles. Faute d'offre du marché efficiente sur ce sujet, à ce stade, des propositions régionales doivent pouvoir être déployées par le GRADeS ; en partenariat avec les acteurs de terrain.

En complément du recours à la téléconsultation, des solutions et des organisations de suivi des pathologies chroniques à distance devront se déployer et se généraliser en région pour améliorer les dépistages, éviter les ruptures de prise en charge causées par la pénurie de médecins et diminuer les retards de prise en charge amenant, des années plus tard aux urgences.

Compte tenu des besoins de santé insuffisamment couverts à ce jour en région, la télésanté doit, enfin, s'attacher à proposer un accroissement de l'offre (un ajout à l'offre physique) et non être une substitution à l'offre existant (déport à l'identique du volume de RDV physiques vers des RDV en ligne).

3. Description de l'objectif

Des actions ciblées, en partenariat notamment mais pas exclusivement avec les Conseil départementaux 36 et 18 et les collectivités territoriales, doivent être amplifiées pour que les territoires les moins denses en termes de démographie médicale n'aient pas une double peine ; c'est-à-dire à la fois peu d'offre physique et peu d'offre de télésanté effective.
Ces actions doivent concerner :

- Le raccordement au réseau de télécommunications (fibre)
- L'acculturation au numérique des usagers et des professionnels de santé
- La proposition de solutions de téléconsultations et téléexpertises inscrites dans un parcours en complémentarité avec les professionnels de santé du territoire

Une filière de télémédecine en gériatrie doit voit le jour, à l'échelle de chaque département, en s'appuyant sur les outils de coordination existant (ICOPE) et les compétences de l'ensemble des équipes de soins pour faciliter de dépistage (psychologues, infirmiers, IPA, assistante sociale, etc …)

Trois niveaux de téléexpertise doivent être formalisés :

- Le télé-suivi des maladies chroniques, notamment en endocrinologie / diabète, insuffisance rénale / néphrologie, HTA/cardiologie, Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et asthme/pneumologie partout sur le territoire.
- Des spécialités de dépistage, telles que la dermatologie, cardiologie, dentisterie, s'appuyant sur de l'imagerie (photos, radiologie,ECG…) car plus propice à la téléexpertise, doivent apparaître dans tous les départements ;

- Des filières régionales de recours sont à consolider avec des solutions techniques régionales spécifiques Elles concernent aujourd'hui notamment le télé-AVC qui s'appuie sur un service régional de télé-imagerie et le télé-EEG en neurologie

Une visibilité de l'offre de téléexpertise (dépistage et maladies chroniques) doit pouvoir être systématisée, département par département. L'offre devra, dans un premier temps, être visible et connu des professionnels de santé de chaque département avant d'être potentiellement, dans un second temps, ouverte au niveau régional.

4. Modalités de mise en œuvre

Concernant la réduction des inégalités territoriales et l'accès aux soins des personnes âgées, le travail avec les collectivités territoriales au sein de Comité de pilotage (Copils) départementaux sur le numérique en santé est indispensable pour recenser les besoins, construire les actions, suivre leur application et enfin faire converger les financements vers les mêmes objectifs. Les AAP régionaux doivent s'inscrire également dans cette logique.

Concernant les usages de télésanté, une porte d'entrée unique doit être identifiée pour accompagner les professionnels de santé et les élus dans chacun de leur département. Cette porte d'entrée unique conseillerait les projets qui émergent, informerait sur la législation et le mode de rémunération, mettrait en relation promoteurs et soignant le cas échéant. Ce poste hybride reprendrait des missions à la fois ARS et Assurance Maladie.

5. Modalités de suivi et d'évaluation

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE INTERMEDIAIRE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Taux d'évolution du nombre de téléconsultations en région	300 000	En cours	En cours
2	Taux de téléconsultations réalisés dans les départements du Cher et de l'Indre	En cours	En cours	En cours
3	Taux d'évolution du nombre de praticiens proposant et réalisant des actes de téléexpertise	En cours	En cours	En cours
4	Taux d'évolution du nombre de patients bénéficiant de télésuivi pour des pathologies chroniques	En cours	En cours	En cours
5	Part des départements disposant d'une porte d'entrée unique concernant la télémédecine	En cours	En cours	En cours

CHAPITRE 9 : E-SANTÉ

Objectif opérationnel n°18 : Améliorer la coordination des professionnels de santé et l'orientation des usagers tout en simplifiant les tâches administratives

1. Situation actuelle

La région Centre-Val de Loire est la première région de France à avoir la quasi-totalité de son territoire couvert par des Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), ce qui témoigne d'un dynamise sans commune mesure des professionnels de santé libéraux. L'Union régionale des professionnels de santé (URPS) est doté d'un référent télémédecine financé par l'ARS pour être la courroie de transmission du numérique dans logiques organisationnelles en place dans les territoires.

La région est également avancée dans les cibles de convergence des systèmes d'information des établissements de santé publics. 5 des 6 GHT ont entamé la démarche dans les temps. Le département de l'Indre devrait s'y inscrire en 2023. La dynamique d'organisation hospitalière est ainsi bien réelle en Centre-Val de Loire.

Enfin, le médico-social s'organise, lui, en grappes et a constitué un Collectif SI pour que l'éparpillement des structures n'empêche pas des dynamique groupées fluidifiées par des SI commun.

Les dynamiques des professionnels dans leur couloir (ES, libéraux, médico-social, etc.) constituent une première étape indispensable qui doit être confortée. L'enjeu fondamental suivant, dans une logique de demandeur et non d'offreur de soins, c'est-à-dire dans une logique de parcours patient, est de faire collaborer l'ensemble de ses couloirs afin que le patient ne voit aucune différence dans sa prise en charge lors de son passage d'un « couloir » à un autre.

C'est une logique de décloisonnement qui doit s'appuyer sur un bouquet de services numériques de coordination. Certains programmes et action ont débuté. Ils doivent s'amplifier tout en s'assurant de faciliter la vie des professionnels de santé.

2. Enjeux

Avec une densité de soignants parmi les plus faibles de France mais des organisations par « couloir » assez effective, la région Centre-Val de Loire a, plus que les autres régions, besoin d'optimiser le temps de son équipe de soins via des outils de coordinations qui :

- Libèrent du temps médical et simplifient les tâches administratives. Plus de coordination ne doit pas vouloir dire plus de tâches administratives
- Fluidifient et clarifient le parcours du patient
- Partagent au mieux l'information sur le patient entre les équipes de soins
- Affichent l'offre disponible sur les territoires avec la mise à disposition d'annuaires (santé.fr via l'alimentation du Répertoire opérationnel des ressources (ROR), l'annuaire régional de TLE, …)

Il convient d'accélérer tant la mise à niveau des outils de coordinations existants (Sphere, Via Trajectoire …) que leurs usages. C'est une priorité et une nécessité absolue pour la Région.

Certains outils d'orientation fonctionnent déjà très bien. C'est le cas notamment de l'outil Via-trajectoire qui a harmonisé les informations à remplir et élargi le champ des établissements pouvant être sollicités en peu de temps pour des admissions en structures médico-sociales et en Soins de suite et réadaptation (SSR). L'interfaçage de Viatrajectoire avec les logiciels métiers des professionnels de santé devient progressivement une priorité pour les acteurs et les éditeurs.

D'autres outils doivent être perfectionnés. Dans le secteur libéral par exemple, les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) se sont vu mettre à disposition par le GRADeS un outil de coordination pour faciliter la prise en charge des patients dits complexes qui doivent être adressés dans des ES ou du médico-social : l'outil SPHERE. Les professionnels ont eu du mal, jusqu'à présent, à s'approprier cet outil car il ne répondait pas entièrement à leurs besoins et a subi des difficultés de développement causées par l'éditeur. Le PRS 3 doit pouvoir être le temps de son déploiement adapté et de son utilisation à grande échelle par les soignants après un grand travail de mise à niveau qui doit être supervisé par le GRADeS.

Dans le secteur hospitalier, la stratégie numérique est celle de l'ouverture des Systèmes d'Informations Hospitaliers (SIH) vers la ville et le médicosocial avec la mise en œuvre du programme HOP'EN (Hôpital numérique ouvert sur son environnement), pour assurer la continuité des parcours de santé. Ce programme, qui a pris du retard aussi bien au niveau national qu'en région du fait de la crise COVID, devra permettre aux ES d'être pleinement matures dans les échanges avec l'extérieur sans compromettre leur infrastructure SI propre. Il s'agit d'un enjeu majeur pour les ES de la région en 2023 et 2024.

Ainsi, le numérique sera pleinement au service des organisations mises en place par les professionnels de santé (CPTS, GHT, Grappes et Collectifs SI-ESMS). Les outils de coordination contribueront à construire des parcours structurés et coordonnés ville-hôpital pour :

- une meilleure orientation de l'usager,
- une meilleure coordination du cercle de soin autour de l'usager.

3. Description de l'objectif

Trois actions complémentaires doivent être menées pour faciliter le partage et l'échange d'informations entre les acteurs :

- Accompagner les établissements de santé, publics et privés, vers l'accomplissement des objectifs HOP'EN, condition *si ne qua non* pour s'assurer de leur participation plus fluide aux échanges avec les logiciels des autres acteurs de la santé.
- Développer un outil de coordination SPHERE efficace et utilisé par les acteurs de la région.
- Déployer l'outil d'orientation VIATRAJECTOIRE pour réaliser toutes les admissions dans toutes les structures handicap de la région.
- Capitaliser sur le développement de l'Intelligence Artificielle (IA) pour optimiser le dépistage et s'assurer que les données essentielles soient bien vues par les professionnels concernés (renforce la prévention).

4. Modalités de mise en œuvre

Suivi réalisé par :

- L'ARS concernant le programme HOP'EN avec des incitations financières.
- Par le GRADeS pour SPHERE, Via Trajectoire, MSS, ResoPro.

SPHERE devra être disponible sur smartphone, tablette ou ordinateur, comme outil quotidien d'échanges sécurisés entre les professionnels intervenant au domicile du patient grâce :

- A la messagerie instantanée (tchat) ;
- Au plan personnalisé - de coordination- de santé de l'usager (PPS/PPCS),
- Au journal de l'usager, qui sert de carnet de liaison
- Au dossier patient, qui regroupe des documents et des informations nécessaires à la coordination des acteurs ;
- A l'agenda des RDV du patient, pour coordonner les interventions et disposer d'une vue partagée entre tous les acteurs du cercle de soins.

Un déploiement progressif (DAC, puis CPTS, puis médico-social et hospitaliers) sur 2023/2025 devra être réalisé par les équipes du GRADeS.

5. Modalités de suivi et d'évaluation:

a) Indicateurs de pilotage :

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE INTERMEDIAIRE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Taux d'établissements ayant atteint l'ensemble des pré-requis du programme HOP'EN	En cours	En cours	100%
2	Taux annuel d'évolution du Nombre de dossiers créés dans SPHERE par les DAC	En cours	En cours	En cours
3	Taux annuel d'évolution de PS de la CPTS connectés sur SPHERE	En cours	En cours	En cours
4	Taux annuel d'évolution du Nbre de PS des Etablissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) connectés sur SPHERE	En cours	En cours	En cours
5	Taux annuel d'évolution Nbre de PS des ES connectés sur SPHERE	En cours	En cours	En cours

b) Indicateurs de résultat :

On aura réussi si :

- Le numérique permet une simplification administrative des tâches au quotidien
- On constate une réduction des ruptures de parcours, une fluidification des parcours

CHAPITRE 9 : E-SANTÉ

Objectif opérationnel n°19 : Accélérer les usages et soutenir l'innovation

1. Situation actuelle

La période couvrant le PRS 2 (2018-2022) a permis de mettre en place les outils socles du numérique en santé (DMP, DUI, MSS …) pour l'ensemble des acteurs (ES, EMS, libéraux ; ***cf Objectif opérationnel n°16 : Renforcer et généraliser les outils déjà existants en région***). En complément, dans le cadre du PRS 3 (***cf Objectif opérationnel n°18 : Améliorer la coordination des professionnels de santé et l'orientation des usagers tout en simplifiant les tâches administratives***), les outils de coordination vont être renforcés pour contribuer à fluidifier le parcours du patient indépendamment du type de structure qui le prend en charge tout au long de sa vie (via trajectoire, HOP'EN, SPHERE …).

Ce renforcement en cours de l'urbanisation numérique en région est indispensable mais pas suffisant pour répondre entièrement aux défis du numérique en santé. L'enjeu ultime n'est pas l'installation mais bien l'utilisation des outils par les professionnels de santé et les usagers. Le développement des usages, après des débuts poussifs, est en train de s'améliorer :

- 400 000 DMP alimentés, 1 million de documents déposés, passage de 10 000 DMP alimentés en janvier 2022 à 60 000 en décembre (X6)
- 85% des ES (90) impliqués dans le programme Ségur Usages Numérique en Etablissements de Santé (SUN-ES) qui vise à promouvoir auprès des PS la MSS et à transmette des documents dans MES via le DMP
- Une augmentation par 5 du nombre de mails émis dans la MSS entre janvier 2021 (21 680) et novembre 2022 (104 029).

Le développement des usages numériques, qui n'est qu'à son début, doit maintenant être généralisé, avec une utilisation des outils par l'ensemble des acteurs de la santé. Mais l'ensemble des acteurs n'utiliseront pas tous les mêmes outils dans leur intégralité. Ils sélectionneront les divers outils proposés en fonction de leurs besoins et non l'inverse. En effet, les professionnels de santé ne souhaitent plus s'adapter à des outils pré-existants mais demandent, pour les utiliser, à ce que ces outils répondent à leurs problématiques organisationnelles, d'adressage et de prise en charge du quotidien.

2. Enjeux

Il y a potentiellement autant de besoins différents que de professionnels de santé. Or, il n'y a pas sur le marché, à ce stade, une myriade de logiciels spécifiques capables de s'inscrire dans le cadre cohérent du Ségur (prérequis, interopérabilité …) et de s'adapter à la fois aux spécificité de chaque profession et aux spécificité d'un territoire.

L'enjeu d'un tournant du numérique en santé focalisé sur les usages est de faire converger les besoins des soignants sur le territoire avec l'architecture cohérente globale mise en œuvre par les ingénieurs du numérique. Plus précisément, il s'agit de convertir les besoins exprimés sur le terrain et les initiatives innovantes réalisées en faisabilité numérique. Ainsi, les usages feront « boules de neige » et ne se

cantonneront pas à des exercices obligés dans certains cas de figure très restreints (par exemple le remplissage de MES dans le cadre d'un épisode d'hospitalisation mais non remplissage pour un suivi du diabète à domicile ou pour une sortie de maternité).

3. Description de l'objectif

Trois orientations fortes doivent être prises pour contribuer au développement massif des usages :

- Le numérique doit accompagner/suivre les projets et non les devancer. Il doit apporter des solutions pratiques aux problèmes du quotidien
- Le développement des usages doit se faire, majoritairement, autour d'une communauté de pratique et d'organisation à l'échelle du patient : ESP, CPTS, TVS ; voire le département
- Une succession d'expérimentations territoriales dans le cadre de parcours cliniques de territoire (PCT) doivent voir le jour, servir d'exemple avant d'être, si efficaces, progressivement dupliquer.

De l'itération des expérimentations, associée à l'accumulation de l'expertise GRADeS et terrain, viendront les innovations. Elles doivent aussi pouvoir s'appuyer sur les laboratoires d'incubation en région (Orléans et Tours) ainsi que sur les appels à projet innovants de la DGOS comme les Tiers-lieux numériques.

4. Modalités de mise en œuvre

Le GRADeS, accompagné de l'ARS, doit dorénavant contribuer de manière primordiale au développement des usages avec un renforcement de sa cellule déploiement et un ancrage dans sa chaque département où des échanges réguliers avec les acteurs de la santé du territoire (CPTS, DAC, ES, EMS) doivent avoir lieu.

Des référents parcours doivent être identifiés par les CPTS, les établissements de santé et les établissements médico-sociaux afin de travailler à la convergence d'usages autour de parcours patient de proximité.

Une congruence des objectifs et des financements à l'échelle régionale et de chaque département doit être organisée via un alignement des feuilles de route de l'ARS, du Conseil Régional, des CTS et des Conseils Départementaux dans le cadre de la CCPP-eSanté ; instance de concertation régionale sur le numérique en santé. Des objectifs d'usage annuels, par département et/ou catégorie d'acteurs devront être fixés et les moyens à allouer pour les atteindre devront être partagés.

Enfin, le déploiement d'un réseau social d'entreprise porté par le GRADeS dénommé « RésoPro », facilitera la gestion/coordination de projets inter-structures et permettra de capitaliser/partager sur les expériences qui fonctionnent et ainsi assurer une meilleure structuration des projets similaires à venir. ResoPro sera particulièrement apprécié pour faciliter :

- L'émergence de projets ville-hôpital,
- La gestion de projet d'une communauté d'acteurs (RSSI, CPTS, constitution de grappes Etablissements sociaux et médico-sociaux (ESMS), porteurs de projet d'éducation thérapeutique…)
- Le partage de bonnes pratiques entre acteurs de mêmes filières de soins en région
- Le maintien d'un canal de communication des acteurs d'une structure en cas de cyber-attaques

Pour accompagner les acteurs à atteindre ces objectifs, le Contrat Plan Etat Région (CPER) conclu sur la période 2021-2027 avec le Conseil régional et la Préfecture de Région va consacrer près de 5.7M€ au financement d'actions en e-santé autour de la télésanté, du maintien à domicile (dont télésuivi) et l'innovation (dont prévention, dépistage, IA).

5. Modalités de suivi et d'évaluation

- *Indicateurs de pilotage :*

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE INTERMEDIAIRE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Taux de DMP alimentés	En cours	En cours	En cours
2	Taux de DUI alimentés	En cours	En cours	En cours
3	Taux d'évolution des échanges via MSS	En cours	En cours	En cours
4	Evolution du Nombre de projets sur les parcours clinique de territoire par département	En cours	En cours	En cours
5	Taux des CPTS, ES et EMS ayant Mis en place des référents parcours	En cours	En cours	En cours
6	Taux d'évolution du Nombre d'utilisateurs de RESOPRO Taux d'évolution du Nombre de communautés constituées	En cours	En cours	En cours

CHAPITRE 9 : E-SANTÉ

Objectif opérationnel n°20 : Impliquer les usagers dans le tournant du numérique en santé

1. Situation actuelle

Selon un sondage de l'institut Odoxa (2022), la part de Français utilisant des objets connectés pour suivre leur état de santé ou leur activité physique est désormais majoritaire (51%, + 14 points en 4 ans). Ce chiffre cache cependant des réalités bien disparates en fonction de :

- L'âge : 73% des moins de 35 ans en sont utilisateurs contre 42% des 50-64 ans et 32 % des 65 ans et plus.
- La catégorie socioprofessionnelle : seuls 48% des ouvriers les utilisent contre 69 % des cadres.
- La zone de résidence : les habitants de l'agglomération parisienne sont 60 % à avoir recours à ces outils contre 48 % des résidents de zones rurales et 45 % des habitants de petites villes.

L'augmentation de l'usage des objets connectés contraste avec la méfiance persistante autour des évolutions de la e-santé dont le développement est aujourd'hui majoritairement considéré comme une source de crainte (55%, +19points) plutôt que comme une source d'espoir (44%, -19 points). Alors que le numérique en santé prend une place de plus en plus importante dans notre système de santé, l'adhésion des usagers à son utilisation est cruciale. Sans leur implication, tous les efforts seront vains.

Après le succès mitigé du « Dossier médical partagé » lancé en 2004 et qui a permis l'activation de 10 millions de dossiers pour 68 millions d'assurés, l'Assurance Maladie et le Ministère de la Santé ont lancé le 3 février 2022 « Mon espace santé » (MES), nouveau service numérique personnel et sécurisé pour tous les assurés de santé. Il place le patient et ses données au cœur d'un suivi personnalisé. Il a pour objectif de :

- Faciliter la prise de rendez-vous avec les professionnels de santé
- Faciliter les échanges avec les professionnels de santé via la messagerie sécurisée
- Améliorer le suivi de la santé du patient et le dépistage
- Simplifier l'accès à la santé des Français

Le niveau d'engagement des usagers dans MES sera un marqueur majeur de l'adhésion des usagers au numérique en santé.

2. Enjeux

L'enjeu principal est donc de restaurer la confiance des usagers envers les outils du numérique en santé à l'aune du lancement de « Mon Espace Santé », l'outil national coordonné au service de l'usager.

La défiance est causée principalement par des doutes sur la capacité des services de l'Etat à assurer la confidentialité des données de santé : seuls 54% des Français font confiance à « Mon espace santé » en la matière, contre 45% qui ne lui font pas confiance (Institut Odoxa, 2022).
Paradoxalement, mettre ses données personnelles entre les mains de la puissance publique est parfois plus redouté que de les mettre à disposition d'entreprises privées à but commercial

L'implication des usagers dans MES passera également par la preuve de son intérêt dans la prise en charge du patient, notamment la possibilité d'échanger avec son équipe de soins ou la capacité à avoir un RDV approprié dans des délais raisonnables.

Enfin, un autre enjeu est celui de la sensibilisation/acculturation au numérique en santé pour les publics les moins enthousiastes (les personnes âgées, les ouvriers, les habitants des zones rurales et des petites villes ; cf. supra).

3. Description de l'objectif

Six grands objectifs doivent être poursuivis :

- Rassurer sur la sécurité de MES repose, pour partie, sur l'atteinte des objectifs de la fiche opérationnelle n°1 sur les services socles et le développement de la cybersécurité.

- Inciter le citoyen à prendre en main ses données de santé via l'usage de « Mon Espace Santé », tout en incitant son cercle de soins à l'alimenter.

- Inciter les PS à échanger via la messagerie sécurisée de Mon espace santé avec leur patient (fiche opérationnelle n°4). Le PS peut initier ou arrêter les échanges avec son patient à tout moment.

- Réaliser des actions portées sur l'inclusion numérique.

- Accompagner les nouveaux usages et répandre la culture du numérique en santé auprès de l'ensemble des acteurs du système de santé grâce à des formations des usagers mais aussi en formant les professionnels et les étudiants en santé afin de créer un écosystème propice au développement du numérique en santé.

- Permettre aux usagers ou à leurs personnes de confiance de réaliser des demandes d'orientation sur VIATRAJECTOIRE pour accélérer et faciliter les admissions dans des Etablissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) PA ou PH.

4. Modalités de mise en œuvre

- Accompagner le public éloigné du numérique à l'utilisation de Mon Espace Santé, notamment via le dispositif « Ambassadeurs Mon Espace Santé » et d'actions de communications plus ciblées avec l'Assurance Maladie et les collectivités territoriales (Conseil Régional et Conseils Départementaux). S'appuyer sur les Maisons des associations, les Maisons France Services, les EHPAD et les réseaux déjà existants.

- S'appuyer sur la démocratie sanitaire en veillant à davantage impliquer les représentants d'usagers dans la sélection des outils numériques et dans les parcours territoriaux d'usage mis en place.

- Former les étudiants en santé au numérique en santé en proposant des formations GRADeS dans les instituts de formation paramédicaux et en facultés de médecine, pharmacie et odontologie.

- Proposer un bouquet de formation GRADeS sur le numérique en santé à destination des professionnels de santé dans le cadre de leur formation continue.

- Communiquer massivement sur MES avec l'aide de l'AM et des collectivités territoriales.

5. Modalités de suivi et d'évaluation

- *Indicateurs de pilotage :*

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE INTERMEDIAIRE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Taux d'évolution du nombre d'usagers alimentant Mon Espace Santé (MES) par département	En cours	En cours	En cours
2	Taux d'évolution du volume de documents échangés sur MES	En cours	En cours	En cours
3	Taux d'évolution du Nombre de création de dossiers sur Via Trajectoire par des usagers	En cours	En cours	En cours

CHAPITRE 10 : INNOVATION ORGANISATIONNELLE EN SANTÉ

Introduction

L'innovation en santé est un axe fort porté par les politiques publiques et par les acteurs du système de santé aujourd'hui, avec un objectif de toujours mieux répondre aux besoins des usagers. Malgré la contrainte démographique sur les professionnels de santé, la région Centre-Val de Loire a été pionnière dans l'innovation organisationnelle, avec par exemple la mise en place volontariste des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et des Equipes de soins primaires (ESP), ou encore récemment le déploiement du Service d'accès aux Soins (SAS) dans le 36 et le 37 pour mieux réguler les passages aux urgences.

L'innovation organisationnelle peut se définir comme l'appropriation de nouvelles modalités de fonctionnement dans une organisation, dans un objectif d'amélioration continue et de création de valeur (qualité de la prise en charge, efficacité et efficience de l'organisation, montée en compétences des professionnels, amélioration des conditions de travail de l'équipe engagée, responsabilité sociale de l'organisation, etc). Elle se distingue de l'innovation thérapeutique ou technologique, même si ces dernières peuvent l'accompagner.

L'innovation organisationnelle peut être un levier pour maintenir ou améliorer la qualité de prise en charge des usagers, et fédérer un collectif de professionnels. L'ARS Centre-Val de Loire souhaite promouvoir sa diffusion en région, aux côtés de ses partenaires.

Objectif opérationnel n°21 : Soutenir les projets dans le champ de l'innovation organisationnelle en santé

1. Situation actuelle

Le dispositif « article 51 » sur l'innovation en santé, porté par le ministère de la santé et l'Assurance Maladie, a impulsé une réelle dynamique d'innovation dans la région entre les porteurs de projet, l'ARS et ses partenaires. En 2022, 14 expérimentations sont ainsi autorisées en région Centre- Val de Loire (***cf. Bilan du PRS2***[17]). Ce dispositif, issu de la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, permet de déroger à des règles de financement ou d'organisation de l'offre de soins, après autorisation nationale.

Au-delà du cadre spécifique de l'article 51, qui est adapté en particulier à des projets déjà matures, l'innovation des organisations passe aussi par d'autres leviers, de droit commun ou selon la méthode des petits pas, en observant l'expérience des pairs, en s'engageant dans de nouvelles coopérations entre professionnels (Infirmières de Pratiques Avancées, Equipes de Soins Primaires…), dans des expérimentations dans le cadre d'appels à projet régionaux ou nationaux, etc. Plusieurs partenaires de l'ARS soutiennent aujourd'hui l'innovation en région (ex : Conseil régional, Conseil départementaux, les fédérations hospitalières, la Mutualité, la fédération des Unions régionales des professionnels de santé – URPS, etc…).

[17] « Bilan du PRS2 », *ARS Centre-Val de Loire*, disponible à l'adresse : https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/bilan-du-projet-regional-de-sante

2. Enjeux

Le paysage de l'innovation organisationnelle est complexe pour les acteurs qui interviennent dans ce champ, que ce soit pour porter un projet, pour proposer des financements ou pour accompagner le montage de dossier (ex : fédération des URPS Centre-Val de Loire, fédérations d'établissements de santé). Certains acteurs peuvent avoir un projet pour leur organisation mais manquer de ressources en interne pour le mettre en œuvre, notamment dans les territoires très touchés par le manque de professionnels. Il y a ainsi un enjeu de visibilité, de simplification de l'accès aux ressources existantes et d'accompagnement au démarrage du projet.

Concernant les expérimentations dans le cadre de l'article 51, plusieurs d'entre elles arrivent bientôt à échéance, avec leur prochaine évaluation puis la décision de généralisation ou non. L'ARS accompagnera les équipes engagées, et capitalisera sur les enseignements acquis en région, en termes de gestion de projet, d'outils Système d'information (SI), de capacités d'inclusion des patients et d'impact du modèle de financement retenu. La généralisation concernera aussi des expérimentations qui n'auront pas été testées en région, impliquant également un accompagnement du changement. A l'heure actuelle, l'Equipe nationale article 51 commence à préparer cette nouvelle étape et ce qu'elle implique (résultats d'évaluation, calendrier, vecteur, modalités d'accompagnement …).

3. Description de l'objectif

Les objectifs de l'ARS sont ainsi de :

- Orienter les promoteurs vers les ressources existantes pour l'accompagnement de projet, pour mieux les utiliser,
- Optimiser et si possible simplifier le recours aux dispositifs innovants existants (ex : appels à projet, projet d'expérimentations …), pour en élargir l'accès,
- Faciliter, pour les établissements et les professionnels, l'appropriation d'expériences réussies, afin qu'ils puissent les intégrer dans leurs propres organisations de travail,
- Permettre des lieux de partage des expériences innovantes en région,
- Contribuer à la coordination des décideurs publics en faveur de l'innovation en santé.

Le résultat attendu est celui d'encourager les acteurs à s'engager dans une démarche d'innovation pour leur organisation, en reprenant à leur compte des initiatives réussies ailleurs, en les outillant pour porter leur projet le plus loin possible (par un soutien à l'ingénierie, l'acculturation à la gestion de projet, un financement le cas échéant, etc). C'est éclairer les professionnels sur les ressources disponibles en région, sans prétendre à l'exhaustivité, et le cas échéant permettre que l'Agence régionale de santé puisse réorienter les projets vers la réponse la plus pertinente. L'accompagnement de l'ARS, quelle que soit sa forme, est par ailleurs nécessairement temporaire, l'objectif étant que le projet devienne autonome dans sa mise en œuvre au long cours.

4. Modalités de mise en œuvre :

Plusieurs leviers pourront être mobilisés, les principaux étant :

- Mettre à disposition des ressources méthodologiques d'aide à la gestion de projet (ex : référentiels de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance - ANAP), et en faire la promotion ;
- Mobiliser les expertises nécessaires en amont dans l'instruction des projets, par exemple pour la recherche d'outils numériques pertinents pour un projet, avec l'équipe e-santé de l'ARS et le Groupement régional d'appui au développement de la e-Santé (GRADeS), alors que les outils d'intelligence artificielle peuvent amener de nouvelles organisations – ***Cf. Objectifs du Chapitre 9 : E-santé,*** ou auprès de partenaires comme l'Assurance Maladie
- Identifier les sources de financements existantes en région ; en fonction des moyens disponibles de l'Agence, soutenir les projets via des crédits d'ingénierie notamment, le cas échéant conjointement avec d'autres partenaires.

- Avoir une communication active sur les initiatives en cours dans la région, selon des modalités à définir (cartographie, enrichissement de la page internet de l'ARS sur l'innovation avec les actions conduites/ les ressources à disposition, journée régionale de l'innovation, presse, etc),
- Mettre en relation les porteurs de projet dans un réseau d'entraide régional, créer des partages d'expérience entre acteurs de santé sur des thématiques prioritaires pour la région (ex : l'accès aux soins, la prise en compte du vieillissement de la population et des maladies chroniques), en favorisant les sujets à impact opérationnel dans le quotidien des équipes (ex : prise en charge ambulatoire à l'hôpital, protocoles de coopération, télémédecine)
- Encourager l'ancrage territorial des projets d'innovation organisationnelle, par l'information des porteurs aux Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) notamment, pour partager l'information sur un projet et pour favoriser la dimension parcours des projets innovants (ville/hôpital/médico-social) - ***Cf. Objectifs du Chapitre 5 : Offre de soins de proximité coordonnée : Parcours en population générale.***
- Pour les expérimentations article 51 en cours, préparer avec chacun l'évaluation et la sortie de la phase d'expérimentation.

La coordination de l'ARS avec ses partenaires institutionnels pourra s'inscrire dans le cadre d'un groupe de pilotage pour l'innovation en santé, en s'appuyant autant que possible sur un groupe de travail déjà existant. Cet espace commun sera un lieu d'information et de mise en cohérence des initiatives de chacun dans le champ de l'innovation organisationnelle. Il pourra permettre d'établir une feuille de route commune aux membres, avec par exemple : la définition de thèmes prioritaires à soutenir, l'anticipation d'appels à projet à venir, l'organisation d'actions communes de communication ou le financement multi-partenarial d'interventions en soutien à l'innovation en santé dans la région (ex : soutien à l'ingénierie de projet, retex, accompagnement du changement, etc).
Composition de l'instance : les acteurs impliqués dans l'innovation dans la région **:** Conseil Régional, Fédérations, GRADeS, Assurance Maladie, Conseils Départementaux, Mutualité, URPS…

5. Echéances intermédiaires (calendrier de mise en œuvre)

Année	Intitulé action
2023-2024	Poursuivre l'accompagnement des porteurs de projets et favoriser un réseau d'entraide pour les acteurs de terrains. Mettre à disposition des ressources méthodologiques pour les porteurs de projet.
2024	Actions régionales de communication sur l'innovation en santé en Centre-Val de Loire, notamment avec des porteurs article 51.
2024 et suivants	Déploiement des actions validées (ex : articles 51, actions communes ou coordonnées entre l'ARS et ses principaux partenaires)

6. Modalités de suivi et d'évaluation :

Deux indicateurs sont proposés pour le suivi et l'évaluation de l'objectif opérationnel :

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE INTERMEDIAIRE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Nombre d'expérimentations article 51 suivies en CVL (régionales et nationales)	15	20	25
2	Organisation d'un temps fort de communication annuel sur l'innovation organisationnelle	0	1	2

CHAPITRE 11 : AIDANTS

Objectif opérationnel n°22 : Poursuivre l'appui aux aidants familiaux

1. Situation actuelle

Au cours du PRS 2, l'ARS a entrepris différentes actions concourant à connaitre et à améliorer l'offre envers les aidants notamment le développement d'accueils de répit week-end pour enfants en situation de handicap, la mise en place du Programme ambulatoire pour Jeunes adultes avec troubles psychiques débutants (JADE), l'augmentation du nombre de plateformes d'accompagnement et de répit sur le territoire régional, le financement d'actions de formation, d'information et de sensibilisation, de soutien psychosocial individuel ou collectif en faveur d'aidants auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, de la maladie de Parkinson ou de sclérose en plaques, le déploiement du dispositif d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation ou en cas de carence soudaine de l'aidant, l'appui aux parents (handicap) : écoute, soutien administratif, soutien fonction parentale en rapport avec le handicap.

Par ailleurs, d'autres acteurs interviennent auprès des aidants (Etat, collectivités, caisses de retraite complémentaires, mutuelles, associations…). Pour autant, la répartition des actions apparait hétérogène sur les territoires et pour certaines pathologies (maladies chroniques), l'offre parait peu développée. Il apparait nécessaire de structurer et rendre lisible l'ensemble de cette offre auprès des aidants et des professionnels.

2. Enjeux

Le rôle et la place des proches aidants familiaux, estimés entre 8 à 11 millions de personnes (Baromètre 2019, Fondation April et BVA), sont primordiaux.

Ils sont des acteurs de « première ligne » dans l'accompagnement réalisé auprès de leurs proches, et sont de ce fait plus exposés aux risques d'épuisement, d'isolement et de solitude par rapport à l'entourage familial, social et professionnel.

Bien accompagner la personne aidée, c'est également prendre en compte son aidant, être attentif à sa situation et lui proposer un accompagnement qui tienne compte à la fois de son investissement, de son état physique et psychologique, de ses besoins et de son expertise auprès du proche aidé.

Il s'agit de permettre à chaque aidant de trouver une réponse adaptée à ses besoins.

Les repérer, les orienter, les informer, les former, reconnaitre leur rôle d'une part, améliorer la structuration, le fonctionnement et la lisibilité de l'offre de répit d'autre part, constituent les principaux enjeux.

3. Description de l'objectif

L'objectif est de poursuivre le développement sur tous les territoires d'une offre en faveur des aidants familiaux au regard de leurs besoins, la rendre lisible et accessible afin d'améliorer le soutien et la qualité de vie des aidants.

Repérer et 3 orientations identifiées :

- Evaluer les besoins des aidants.
- Structurer/Renforcer/Améliorer les solutions d'accompagnement et de répit existantes.
- Améliorer la visibilité de l'offre.

4. Modalités de mise en œuvre :

Les conseils départementaux ayant un rôle de chef de file de la prise en charge de la dépendance, la politique de l'aide aux aidants, actions et dispositifs, devront être déployés dans le cadre d'une stratégie de coordination et de complémentarité avec chaque département en s'appuyant notamment sur les conférences des financeurs afin de permettre un développement et une structuration de l'offre sur chaque territoire.

- ***Repérer et évaluer les besoins des aidants :***
  - Aider les aidants à s'auto-repérer par des campagnes d'information, de communication auprès du grand public et ciblées (exemples : éducation nationale, écoles paramédicales, Union régionale des professionnels de santé – URPS, Communauté professionnelle territoriale de santé – CPTS, Caisse d'allocations familiales – CAF, Centre national de la fonction publique territoriale – CNFPT, Maison départementale des personnes handicapées – MDPH, entreprises …).

  - Déploiement du projet *Integrated Care for Older People* (ICOPE) par l'Equipe Régionale « Vieillissement et Maintien de l'Autonomie » (ERVMA), expérimenté sur l'Indre-et-Loire et le Loir-et-Cher; à étendre sur l'ensemble de la région.

  - Former les professionnels (professionnels de santé, paramédicaux, travailleurs sociaux, Dispositif d'appui à la coordination – DAC), Plateforme d'accompagnement et de répit – PFR, acteurs du domicile, entreprises…) au repérage, à l'accompagnement des risques d'épuisement.

  - Evaluer les besoins des aidants avec les outils existants (grille mini-zarit…) et former les professionnels aux outils

  - Proposer de l'éducation thérapeutique (***cf. Objectif opérationnel n°3 : Augmenter le nombre de bénéficiaires d'une offre d'éducation thérapeutique de proximité, graduée et coordonnée par des professionnels formés du Chapitre 1 : Prévention – Promotion de la santé***).

- **Structurer/Renforcer/Améliorer les solutions d'accompagnement et de répit existantes :**

Autant que faire se peut, les actions devront être communes quelle que soit la situation de l'aidé (âgé, porteur de handicap, malade). La prise en charge de l'aidé devra être prévue pour permettre à l'aidant de se libérer dès lors que sa présence doit être remplacée durant le laps de temps de son absence. La question des transports devra également être prise en compte particulièrement pour les aidants éloignés des centres urbains ou peu mobiles. Le déploiement des dispositifs, notamment l'accueil de jour et l'hébergement temporaire, dépendra également d'une solvabilisation de l'accompagnement financier des bénéficiaires.

Les actions prioritaires quelle que soit la typologie de l'aidant sont :

- Le répit à domicile : du relayage de quelques heures en journée, en soirée, de nuit ou « baluchonnage ».
- L'offre de répit structurelle : accueils de jours rattachés à un Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou autonomes, itinérants, hébergement temporaire classique, en sortie d'hospitalisation ou défaillance de l'aidant, l'accueil familial.
- Les actions de soutien psychosocial collectif et individuel, d'information et de sensibilisation, la médiation familiale, la guidance parentale via notamment les plateformes d'accompagnement et de répit, les pôles ressources handicap, les « cafés des aidants » ou autres acteurs.

- Les actions de formation.
- Les Loisirs / vacances : week-ends répit, séjours/vacances répit.
- Les dispositifs/actions innovants émergents des territoires répondant aux besoins et les dupliquer dans la mesure du possible sur les autres territoires de la région.
- Mieux équilibrer et répartir l'offre des plateformes d'accompagnement et de répit et les ouvrir aux aidants de personnes atteintes de cancer.

- **Améliorer la visibilité de l'offre :**

  - Rendre lisible l'offre auprès des aidants et des professionnels apparait essentiel.
  - Mettre en place un espace d'informations numérique qui soit à la fois ressource pour les aidants et les professionnels ainsi que moyen de communication pour les porteurs d'actions (outil envisagé : Ma boussole aidants).
  - Développer l'espace d'informations numérique « maboussole.aidants » en intégrant tous les champs (Personnes âgées, personnes en situation de handicap, personnes malades) dans chaque département de la région Centre-Val de Loire

5. Modalités de suivi et d'évaluation:

- *Indicateurs de pilotage :*

N°	INTITULE INDICATEUR	Valeur Cibles
1	Nombre de départements qui ont intégré cet espace numérique sur tous les champs	En cours
2	Nombre de connexions au site pour la région Centre-Val de Loire	En cours
3	Taux de satisfaction des usagers l'espace d'informations numérique	En cours
4	Taux de couverture de la région en plateformes d'accompagnement et de répit	100 % en 2024

AXE : QUALITÉ, PERTINENCE ET RÉSILIENCE

CHAPITRE 12 : QUALITÉ ET SÉCURITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ

Objectif opérationnel n°23 : Promouvoir un pilotage du système de santé par la qualité au profit d'une meilleure prise en charge des usagers dans un parcours sécurisé et de qualité

1. Situation actuelle

La qualité et la sécurité des soins sont une exigence croissante et légitime de tous les usagers du système de santé. Cette préoccupation majeure portée par les orientations nationales fait évoluer la réglementation et les recommandations de bonnes pratiques.

Ainsi, le Réseau régional de vigilance et d'appui (RREVA) mis en place à partir de 2017, permet, d'une part, de consolider les signalements des différentes structures de vigilance (pharmacologie, matériologie, toxicologie, infections…), et d'autre part, de mettre en œuvre des mesures correctives et préventive avec les structures d'appui (Qualiris, OMéDIT, Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins – CPIAS).

Les autorisations d'activités de soins ont été réformées (***Cf. Les objectifs quantifiés de l'offre de soins***) notamment pour mieux prendre en compte les critères de qualité.

De même, l'Incitation financière à la qualité (IFAQ) a pris une place croissante ces dernières années et représente 700M€ en 2022 à l'échelle nationale.

Très récemment, les dispositifs de certification des Etablissements de santé (ES) et d'évaluation externe des Etablissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) ont connu des évolutions majeures en se centrant sur l'expérience de la personne prise en charge. Ces dispositifs promeuvent un management par la qualité qui permet l'amélioration et la sécurisation des prises en charge. Ils permettent tout à la fois la sécurisation des pratiques des professionnels ainsi que l'amélioration de leur qualité de vie au travail en donnant un cadre et du sens à leurs missions.

Le précédent Projet Régional Santé (PRS) a mis en évidence de grandes disparités entre les secteurs quant au développement de la culture qualité des acteurs de la santé. Une harmonisation de cette culture est nécessaire afin que l'ensemble des acteurs du soin puisse collaborer efficacement dans l'amélioration de leurs pratiques et dispenser des soins sécurisés. La culture de déclaration, socle incontournable d'une culture risques et des démarches d'amélioration continue de la qualité, doit être généralisée aux secteurs médico-sociaux et soins de ville afin de corriger ce qui peut l'être dans les Evènements indésirables (EI) de parcours.

Le besoin de l'usager et des personnes concernées n'a pas été suffisamment pris en compte dans les démarches d'amélioration et de sécurisation de leurs prises en charge. En effet, l'implication de ces derniers et de leurs représentants enrichit les échanges et les pratiques. Ils sont acteurs à part entière du système de santé et doivent être associés aux actions qui vont être mises en œuvre pour la réalisation de cet objectif.

2. Enjeux

L'ambition majeure du PRS 2023-2028 sera de promouvoir le pilotage par la qualité et la sécurité pour installer les démarches au plus près des pratiques quotidiennes de prise en charge.

La dynamique qualité - gestion des risques pourra être renforcée grâce à, d'une part l'arrivée du nouveau dispositif d'évaluation externe de la Haute Autorité de santé (HAS) dans les ESMS (accompagné traceur, traceur ciblé, audit système…), et d'autre part grâce à la nouvelle procédure de certification HAS des ES (patients traceurs, traceurs ciblés, critères impératifs…). Ces démarches sont de nature à favoriser l'implication des représentants d'usagers (RU) dans les instances de pilotage des structures. En outre, elles permettront d'impliquer les acteurs de soins de ville par la mise en avant des parcours patients. Pour cela, les enjeux seront de développer les démarches qualité au plus près des prises en charge, de telle sorte qu'elles soient partie intégrante de la culture professionnelle au sein des organisations et qu'elles contribuent à la sécurisation des pratiques.

Pour que l'ensemble des acteurs du système de santé identifient et travaillent sur les risques au sein de leurs organisations, il est essentiel qu'elles aient connaissance des EI survenus. La déclaration et l'analyse de tous les évènements indésirables constituent le socle incontournable d'une culture risque et permet aux professionnels de santé et aux usagers d'entrer dans des démarches qualité systémiques. Un des enjeux sera donc de réussir à dépasser les craintes et les freins à la déclaration en faisant la pédagogie de l'intérêt de la déclaration des EI quel que soit leur degré de gravité et des évènements porteurs de risque (EPR).

3. Description de l'objectif

L'objectif est d'amener l'ensemble des acteurs du système de santé à développer dans leur fonctionnement interne, ainsi que dans leurs interfaces, une approche de la qualité de plus en plus mature ayant comme finalité l'amélioration de la qualité et de la sécurité des prises en charge.

Deux axes principaux permettront de progresser dans cette direction :

<u>Axe I</u> : Accompagner les acteurs du système de santé dans les démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité des prises en charge

1. <u>Développer des démarches d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins</u>

Dans le champ hospitalier et médico-social, les exigences accrues des dispositifs de certifications et d'évaluations HAS conduisent à développer l'offre d'accompagnement des Structures régionales d'appui (SRA) afin de répondre aux besoins d'appui du terrain, notamment dans le secteur médico-social.

Le développement de la culture et des démarches qualité en ville s'appuiera sur les CPTS qui bénéficieront également d'une offre de formation adaptée.

Afin d'ajuster le contenu des formations et de maintenir une réponse pertinente aux besoins, un retour d'expérience des personnes formées sera systématisé.

Le décloisonnement des prises en charges et la diffusion d'une culture qualité commune aux différents secteurs sera favoriser. Les collaborations inter -secteurs, comme le patient traceur ville-hôpital, ainsi que les démarches innovantes doivent être encouragées et valorisées, notamment par le partage d'expérience.

2. Faire de l'implication des usagers un des fondements des démarches d'amélioration continue

L'implication des usagers dans l'amélioration de la qualité des soins est un élément essentiel pour garantir une réponse aux besoins des personnes qui en bénéficient. Les usagers peuvent apporter un regard précieux sur la façon dont les soins peuvent être améliorés.

Il existe plusieurs façons pour les usagers de s'impliquer dans l'amélioration de la qualité des soins comme participer à des groupes de discussion et de consultation, ou être membres de comités de santé chargés de faire des recommandations sur la qualité et la sécurité des soins. Ils sont également impliqués dans l'évaluation organisée par la HAS de par les méthodes employées (patient traceur, accompagné traceur). Ils sont encouragés également à donner leur avis sur leur expérience et à faire des suggestions pour l'amélioration des services au travers d'enquêtes de satisfaction (e-satis).

Il est important de développer l'implication des usagers et renforcer leur place ainsi que le rôle de leurs représentants dans les différents dispositifs du territoire.

Les partenariats entre les représentants d'usagers de la région et les structures régionales d'appui doivent être pérennisés afin de promouvoir le respect des droits des usagers dans l'ensemble des secteurs de soins de ville, du sanitaire et du médico-social.

Axe II : Développer la culture positive de l'erreur et renforcer la déclaration des événements indésirables et des évènements porteurs de risque

La culture positive de l'erreur consiste à accepter les erreurs et à les voir comme des opportunités de croissance et d'apprentissage. Les erreurs ne doivent pas être punies ou stigmatisées, mais plutôt analysées afin de comprendre les raisons qui ont conduit à l'erreur.

La déclaration des événements indésirables et des événements porteurs de risque permet de recueillir des données sur les erreurs médicales et de mettre en place des mesures pour prévenir les évènements futurs. Il est donc important de créer un environnement de travail sûr et accueillant qui encourage la capitalisation des évènements indésirables où ces derniers sont considérés comme des opportunités d'apprentissage collectif à des fin d'amélioration de la qualité et/ou de la sécurité des prises en charge.

Dans la diffusion de cette culture positive de l'erreur, les dispositifs et circuits de déclaration externe doivent être abordés avec pédagogie, selon le secteur et les types d'EI : graves (EIG), graves associés aux soins (EIGS). La remontée, ou l'absence de remontée d'évènements indésirables associés aux soins aux autorités de tutelle est un moyen d'estimer la culture sécurité des structures et organisations.

Les structures régionales d'appui devront pouvoir ajuster l'offre d'accompagnement à la demande de façon à soutenir le plus efficacement possible l'analyse des évènements indésirables graves associés aux soins sur l'ensemble des secteurs.

Egalement, et toujours dans une optique de décloisonner les prises en charge, les déclarations d'évènements indésirables graves associés aux soins mettant en scène plusieurs structures ou secteurs sont un levier à fort enjeu dans la généralisation de la culture qualité et sécurité de la région Centre Val de Loire.

Une capitalisation régionale des évènements indésirables associés aux soins incluant des démarches de retour d'expérience auprès des représentants d'usagers doit être systématisée. Elle permettra également de contribuer à la diffusion de la culture positive de l'erreur et nourrira le cycle de déclaration de tous les évènements indésirables, y compris ceux porteurs de risques.

4. Modalités de mise en œuvre

<u>Axe I</u> : Accompagner les acteurs du système de santé dans les démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité des prises en charge

Les SRA Qualiris et observatoires des médicaments, dispositifs médicaux et innovations thérapeutiques (OMéDIT) ont un rôle clé dans l'accompagnement des acteurs de la région.

- Accompagner le développement de la culture qualité et former les professionnels de tous les secteurs
- S'appuyer sur le développement des Indicateurs de qualité et sécurité des soins développés par la HAS (IQSS) et sur le développement des Incitations financières à la qualité (IFAQ) dans le secteurs hospitalier
- Former et accompagner les ESMS à la mise en œuvre des évaluations HAS
- Accompagner les ES non certifiés ou sous conditions
- Promouvoir les démarches d'évaluations croisées entre structures et entre secteurs
- Valoriser les démarches exemplaires
- Analyser les résultats de certifications et d'évaluations et communiquer aux structures et RU la vision régionale
- Promouvoir les démarches de recueil de l'expérience des usagers
- Développer les démarches d'implication des usagers

<u>Axe II</u> : Développer la culture positive de l'erreur et renforcer la déclaration des événements indésirables et des évènements porteurs de risque

- Développer la culture de la déclaration et l'analyse des EI
- Accompagner l'analyse et la déclaration des EI
- Renforcer la déclaration des EI de parcours (inter-structures)
- Déployer les REX inter-structures/secteurs
- Promouvoir le recueil du vécu de l'usager dans l'analyse des EIGS
- Suivre l'avancée des plans d'actions

5. Echéances intermédiaires

A échéance annuelle, le groupe de co-construction se réunira sous le pilotage de l'ARS et associera la SRA Qualiris afin de construire collectivement un bilan général d'indicateurs et d'actions, incluant notamment les indicateurs de suivi détaillés ci-après.

Cette réunion annuelle sera l'occasion pour l'ensemble des acteurs de proposer d'éventuels ajustements des moyens et indicateurs en fonction de la réalité du terrain et de la période qui pourront nourrir les programmes d'actions des acteurs régionaux.

Une communication de ce bilan annuel co-construit pourra être présenté aux différentes instances des parties prenantes.

6. Modalités de suivi et d'évaluation

N°	INTITULÉ INDICATEUR	DERNIÈRE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE INTERMÉDIAIRE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
Axe I : Démarches d'amélioration de la qualité				
1	Taux de satisfaction des personnes formées par les SRA (tous secteurs)	100% (Qualiris)	>85% (SRA)	>95% (SRA)
2	Taux de conformité des critères impératifs de la certification HAS (sanitaire)	83%	87%	>90%
3	Taux de conformité des critères impératifs de l'évaluation HAS (médico-social)	-	>35%	>50%
4	Taux de CPTS ayant développé la mission optionnelle qualité de l'ACI (Ville)	84%	90%	100% des CPTS
Axe II : Culture de déclaration et analyse des EI				
1	Taux de Structures non déclarantes SIVSS (sanitaire)	46% (decl. 2022)	<25%	<10%
2	Taux de Structures non déclarantes SIVSS (médico-social)	26%	35%	<50%
3	Taux de CPTS ayant mis en place le CREX libéral (ville)	-	50%	100% des CPTS
4	Taux d'EIGS multi-structure analysés par l'ensemble des parties prenantes (tous secteurs)	-	75%	95% des EIGS Multi structures

CHAPITRE 13 : PERTINENCE DU RECOURS AU SYSTÈME DE SANTÉ

Introduction

La pertinence des soins présente un triple enjeu :

- Un enjeu de qualité du parcours et de qualité de vie pour le patient,
- Un enjeu de juste recours aux ressources du système de santé, notamment RH,
- Et enfin un enjeu de soutenabilité économique du système de santé.

Les démarches de pertinence sont co-portées avec l'Assurance Maladie. Le plan régional de pertinence 2022-2025[18] a été arrêté le 17 décembre 2021 dans la continuité du plan précédent). Il a été défini en lien avec l'instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS) qui associe étroitement les professionnels de santé, les représentants des usagers et les fédérations hospitalières. Il sera mis à jour et enrichi au vu des objectifs du présent chapitre.

Les enjeux de pertinence traversent le système de santé et la pertinence est un enjeu présent dans la plupart des chapitres du PRS 3, notamment le parcours « maladies cardio-neurologiques ».

Les démarches de pertinence développées ces dernières années concernent des thèmes qui présentent un fort enjeu de santé publique, pour lesquels des référentiels ou recommandations de bonnes pratiques existent et des données quantitatives sont disponibles, permettant ainsi de mettre en évidence des atypies de recours aux soins. Ces démarches ont fait la preuve de leur efficacité lorsque l'évolution des pratiques professionnelles, individuelles ou en équipe, constituent le levier principal pour agir.

Appréhender la pertinence du recours aux soins nécessite de s'intéresser à des actes et pratiques précis, ce qui explique les éléments détaillés figurant dans les objectifs développer ci-après. Ainsi, trois thématiques font l'objet d'un objectif dédié :

- Les actes de chirurgie,
- Les produits de santé
- Le parcours du patient porteur d'une Bronchite pulmonaire chronique obstructive (BPCO).

La démarche des groupes de pairs en médecine générale participe également des démarches de pertinence des soins et contribuent à la qualité des prises en charge.

[18] « Le plan régional de pertinence 2022-2025 », IRAPS, disponible à l'adresse : https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/media/88183/download?inline

Objectif opérationnel n°24 : Améliorer la pertinence des actes en réduisant la variation des pratiques dans les territoires ciblés

1. Situation actuelle

L'analyse des 33 actes chirurgicaux les plus fréquents permet d'identifier les gestes pour lesquels au moins un département présente un recours significativement atypique (écart observé de 20 % par rapport à la moyenne nationale).

Le bilan du PRS 2 a montré que les campagnes de rencontre avec les professionnels concernés permettent un auto-questionnement sur les pratiques professionnelles et ont démontré leur efficacité, par exemple sur le recours à la chirurgie bariatrique (-24 points dans l'Eure et Loir et -36 points dans le Loiret, en 5 ans) et à la cholécystectomie (-17 point dans l'Eure et Loir).

Sur la base des données de consommation 2021, cinq actes ont été ciblés :

- 3 actes en sur-recours :
  - L'ablation de la thyroïde (thyroïdectomie) en raison d'un fort taux de recours dans l'Indre depuis plusieurs années : + 47% par rapport à la moyenne nationale.
  - La chirurgie du poignet (syndrome du canal carpien) en raison d'un fort taux de recours régional et dans les 6 départements depuis plusieurs années : + 30% au niveau régional avec des départements entre +10% et +66%.
  - La pose d'aérateurs transtympaniques, « yoyo », en raison d'un taux de recours particulièrement élevé dans 3 territoires et d'un fort taux de recours régional : + 28% au niveau régional avec +131% en Indre et Loire.

- 2 actes en sous-recours :
  - L'endoscopie digestive diagnostique en raison d'un taux de recours régional très faible depuis plusieurs années.
  - La coloscopie en raison d'un taux de recours très faible dans 2 territoires depuis plusieurs années.

2. Enjeux

Un certain nombre d'actes et de territoires peuvent être ciblés ou suivis, en fonction de l'écart constaté avec le taux de recours national. L'analyse et l'évolution des pratiques professionnelles, qu'elles soient individuelles ou collectives, permet généralement d'agir sur la pertinence des actes.

Si la priorité avait été donnée aux sur-recours dans le Projet régional de santé (PRS) précédent, pour lesquels les enjeux apparaissaient spontanément, les sous-recours deviennent également prioritaires, dans la mesure où ils peuvent, dans certains cas, constituer une perte de chance pour les patients et des coûts ultérieurs pour la collectivité.

3. Description de l'objectif

L'objectif est de réduire les variations de pratiques pour les gestes et dans les territoires ciblés présentant une atypie significative en s'appuyant sur les recommandations de bonnes pratiques.

S'agissant des sur-recours, il s'agira de ramener les sur-recours observés dans les territoires ciblés à la moyenne nationale.

S'agissant des sous-recours, les actes ciblés seront ceux présentant un risque de perte de chance pour les patients. Il s'agira d'engager des actions permettant d'améliorer le recours aux actes concernés.

4. Modalités de mise en œuvre :

Sur les gestes et dans les territoires ciblés en sur-recours, les leviers suivants pourront être mobilisés de manière graduée et complémentaire afin que les professionnels concernés identifient les causes possibles des sur-recours, définissent et conduisent des actions correctives :

- Les dialogues et courriers de pertinence
- Les Maisons des services au public (MSAP – mises sous accord préalable)
- Les Contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES)
- Une communication auprès des professionnels et des patients

Une méthodologie régionale sera élaborée sur le sous-recours constaté sur les endoscopies digestives diagnostiques :

- Analyse fine de la production des établissements de santé concernés, des taux de fuite et des taux d'attractivité
- Analyse des plannings des blocs opératoires pour vérifier leur accessibilité aux actes diagnostics
- Analyse des parcours de soins des patients atteints d'un cancer colorectal.

En fonction des points de rupture potentiellement identifiés, des actions seront proposées pour permettre de réduire le sous-recours constaté et ainsi limiter les pertes de chance.

5. Echéances intermédiaires

Les données de recours aux actes de chirurgie sont suivies annuellement et partagées avec l'instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS). Le plan régional de pertinence peut ainsi être actualisé chaque année et le ciblage des gestes et territoires peut donc évoluer au fil des ans.
Une campagne de courriers et dialogues de pertinence s'est déroulée fin 2022 et début 2023 sur les 4 actes identifiés alors en sur-recours. Les résultats pourront être observés sur les données disponibles en 2024.

La méthodologie régionale relative à l'analyse des sous-recours sera, quant à elle, définie en 2023.

6. Modalités de suivi et d'évaluation:

a) Indicateurs de résultat :

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE INTERMEDIAIRE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Ecart entre le taux de recours des départements des gestes ciblés et le taux de recours national		Diminution progressive de l'écart	Ecart inférieur ou égal à 0

N.B : les taux de recours nationaux, régionaux et départementaux sont calculés par l'ATIH et actualisés chaque année (disponibles sous ScanSanté).

b) Indicateurs de pilotage :

- Sur-recours : taux de couverture des territoires en atypie sur lesquels une action a été menée (dialogues de pertinence, courriers de pertinence, campagnes MSAP, signature d'un volet CAQES…).

- Sous- recours : réalisation de l'analyse de causes du sous-recours pour les gestes ciblés et mise en place d'un plan d'action.

CHAPITRE 13 : PERTINENCE DU RECOURS AU SYSTÈME DE SANTÉ

Objectif opérationnel n°25 : Promouvoir la pertinence de l'utilisation des produits de santé et réduire la iatrogénie médicamenteuse

1. Situation actuelle

L'augmentation du nombre de sujets à risque d'évolution vers la perte d'autonomie, dits sujets « fragiles » porteurs de nombreuses pathologies chroniques, a des conséquences tant au niveau individuel (polymédication, hospitalisations itératives, non programmées, dont 26% sont évitables, décès …)[19] que social (coûts liés à la prescription d'examens et de médicaments, augmentation des aides à domicile et des institutionnalisations).

Cette population « fragile » consomme, en moyenne, plus de 8 médicaments différents par jour[20].

Or certains médicaments peuvent être considérés comme potentiellement inappropriés (MPI) en raison d'un rapport bénéfice/risque défavorable[21].

Chez les sujets fragiles vivant à domicile, la majorité des erreurs médicamenteuses se situent au niveau :

- Des prescriptions (choix, dose, non réévaluations régulières)
- Du suivi du traitement (clinique et/ou biologique), de l'observance, de l'automédication (déficit d'accompagnement/éducation)
- De mésusages, d'utilisations inappropriées car non-conformes aux recommandations de bonnes pratiques.

En conséquence, renforcer le dialogue entre médecins/pharmaciens/infirmiers/patient et le lien ville-hôpital pour une vigilance active et l'optimisation de l'ordonnance, est essentiel.

Ces risques existent dans une moindre mesure lorsque les personnes fragiles vivent en Ehpad. La ville désigne dans la suite de cet objectif tout autant les patients résident chez eux ou en institution (***cf. Parcours « Personnes âgées »***).

2. Enjeux

Ainsi, agir pour réduire la iatrogénie médicamenteuse, notamment chez les personnes fragiles, nécessite de :

- Lutter contre le mésusage, modifier les comportements des prescripteurs, diminuer les prescriptions *de MPI voire proposer* leur déprescription,
- Réévaluer régulièrement les prescriptions lors d'une hospitalisation, notamment en cas de présence de médicaments MPI à risque d'iatrogénie forte chez les sujets « fragiles »,

[19] N Sirven - irdes.fr, DT n°60 mai 2014; Clin Pharmacol Ther 2009; 85(1): 94—7
[20] Exp.Rev. of Pharmacoeconomics Volume 22, 2022 - Issue 4; Therapie 2016; 71, 275—279, *Haute autorité de santé (HAS)* – « Prendre en charge les personnes fragiles en ambulatoire »
[21] cf. critères de Beers, liste STOPP/START V2, liste de Laroche, site Pimcheck, guide PAPA

- Promouvoir les exercices coordonnés, la conciliation médicamenteuse, la réalisation d'entretiens pharmaceutiques, la revue de médication, les bilans partagés de médication et les outils d'optimisation du lien hôpital – ville,

3. Description de l'objectif

La population ciblée est celle des personnes « fragiles » hospitalisées en secteur « Médecine chirurgie obstétrique » (MCO) en région CVDL. Les personnes « fragiles » étant les personnes de 65 ans ou plus ayant une affection de longue durée et les personnes de 75 ans ou plus sans affection de longue durée.

L'ambition à 5 ans est de :

- Diminuer la iatrogénie médicamenteuse évitable chez les patients « fragiles », pour qui le passage en hospitalisation doit permettre la révision de l'ordonnance et l'optimisation thérapeutique,
- Limiter les ré-hospitalisations liées aux chutes, maitriser les dépenses de santé (déprescription),
- Améliorer l'accompagnement du patient dans sa prise en charge à domicile (maintien dans le temps des traitements révisés ou arrêtés, information patient, dialogue hôpital-ville).

Les indicateurs priorisés portent sur l'optimisation des ordonnances qui présentent des MPI à risque iatrogène fort chez les sujets « fragiles » :

1. Une charge anticholinergique élevée

Lorsque plusieurs médicaments dits anticholinergiques (antidépresseurs, anxiolytiques, antiépileptiques, antitussifs, antihypertenseurs, diurétiques, antiasthmatiques, traitement du glaucome et des incontinences urinaires ...) sont pris ensemble, cela expose à un risque accru de déclin cognitif et de mortalité.

2. Une ou plusieurs benzodiazépines et/ou « z-drugs »

Les traitements de longue durée sont déconseillés puisqu'ils induisent des risques de sédation, de confusion, de troubles de l'équilibre, de chute, d'accident de la route et d'addiction, avec un sur-risque iatrogénique avec les molécules à demi-vie longue (bromazépam...). La règle : l'association de 2 BZD est déconseillée, privilégier une demi-vie d'élimination courte.

3. Un ou plusieurs antalgiques opioïdes faibles et/ou forts

Utiles pour soulager les douleurs, tous les opioïdes peuvent cependant induire une dépendance physique élevée. Un non-respect des règles de bon usage peut conduire à des effets indésirables graves liés souvent au surdosage, voire à la mort par arrêt cardiorespiratoire. Une des clés pour sécuriser davantage la prescription d'opioïdes est de ne pas en banaliser le recours[22]..

4. Un inhibiteur de la pompe à protons

Leur consommation inappropriée et hors indications peut provoquer une mauvaise absorption des nutriments, engendrer des risques accrus de diarrhées et d'atteintes pulmonaires infectieuses, des carences, des fractures ...

Une analyse des délivrances est effectuée dans le mois qui précède l'hospitalisation et dans les mois qui suivent la sortie d'hospitalisation (la période peut varier selon les indicateurs étudiés).

[22] Réf : Source : Agence nationale de la sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), Rapport « État des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques, février 2019.

Les données sont fournies par l'Assurance Maladie, elles permettent d'évaluer les évolutions de ces prescriptions avant et après hospitalisation dans la population cible.

Un 5eme indicateur permettra de mesurer le développement de la revue de médication.

4. Modalités de mise en œuvre

Pour chaque indicateur, les données collectées sont analysées conjointement par l'OMéDIT et l'Assurance Maladie afin d'apprécier « l'effet passage » en établissement MCO en région CVDL.

A minima, une comparaison dynamique par année permettra :

- De comparer entre eux les établissements MCO à la moyenne régionale sur chaque indicateur,
- De vérifier l'absence de reprise des traitements antérieurs modifiés ou arrêtés lors de l'hospitalisation.

Les résultats des premières analyses permettront de cibler les actions d'accompagnement et d'appui à mobiliser en région.

Parmi les leviers envisagés figurent :

- l'amélioration des parcours de prise en charge via la structuration de l'espace numérique de santé Mon espace santé (ex. DMP) harmonisé avec le Dossier pharmaceutique (DP), les lettres de liaison,

- la mise en place de revues de médication dont la conciliation médicamenteuse et les bilans partagés de médication,

- des actions de formations /informations des professionnels avec la promotion d'outils auprès des Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), des IDE de coordination (webinaires sur les bonnes pratiques et référentiels, communications auprès des professionnels de santé de la ville et hospitaliers, échanges de bonnes pratiques, etc.)

Ces actions seront conduites par l'OMéDIT et l'Assurance Maladie, soit de manière large pour sensibiliser l'ensemble des acteurs et territoires de la région, soit de manière plus ciblées en fonction des enjeux et disparités qui pourront être constatés au regard de l'analyse des consommations.

5. Echéances intermédiaires

Année	*Intitulé action*
2023	Mesures des indicateurs, réalisation d'outils selon les pistes identifiées et définition du plan d'action
A partir de 2024	Lancement des premières actions Suivi et analyse annuelle des indicateurs Adaptation des outils et plans d'actions Mesure d'impact des actions d'accompagnement

6. Modalités de suivi et d'évaluation

a) Indicateurs de résultat :

Les indicateurs seront suivis à la maille régional et départementale. Ils permettront de mesurer la baisse de l'exposition de la population cible (cf. personne fragiles hospitalisées en MCO) à des thérapeutiques potentiellement inappropriées sur les indicateurs priorisés suivants :

1. Mesure de la charge anticholinergique de l'ordonnance :

Exclusions : patients ALD16-Parkinson et ALD23-Affections psychiatriques

Outil : calculateur de charge anticholinergique[23] via 2 échelles sélectionnées

- Echelle CIA ou de Briet (Coefficient d'imprégnation anticholinergique) : échelle évaluant les effets indésirables anticholinergiques périphériques
- Echelle ACB ou de Boustani (Echelle du risque cognitif lié aux anticholinergiques) : échelle évaluant les effets indésirables anticholinergiques centraux

Les données détaillées permettront de visualiser le nombre de patients avec une charge anticholinergique en augmentation, en diminution ou avec une charge identique avant / après hospitalisation selon les deux échelles. Il sera possible de détailler (pour les patients avec une charge anticholinergique non nulle avant hospitalisation) par DCI le nombre de patients avec initiation, poursuite ou arrêt du traitement après hospitalisation.

2. Présence d'une ou plusieurs benzodiazépines et/ou « z-drugs » (zolpidem, zopiclone)

Exclusion : patients ALD23-Affections psychiatriques.

Les données détaillées permettront de visualiser le nombre de patients avec prescriptions d'une ou plusieurs benzodiazépines demi-vie longue et / ou courte ou sans prescription dans les 0-3 mois et dans les 3-6 mois après hospitalisation. Idem pour les z-drugs.

Il sera aussi possible de décliner ces chiffres selon la benzodiazépine demi-vie longue prescrite avant hospitalisation.

Indicateurs qualitatifs recherchés[24] :

- Apprécier le passage d'une demi-vie longue vers une courte (ex. Lexomil® vers Seresta®) ou vers une z-drug
- Quantifier chaque année si le choix préférentiel est porté vers la prescription de demi-vie courtes et vers la monothérapie.

3. Présence d'un ou plusieurs antalgiques opioïdes faibles ou forts au long cours (> 8 semaines)

Exclusion de l'ALD30-Tumeurs malignes.

Les données détaillées seront fournies par département avec le nombre de patients avec prescription d'antalgiques :

- De palier 2 (codéine, tramadol à libération immédiate et prolongée) et le détail par DCI.
- De palier 3 (formes orales à libération prolongée et fentanyl dispositifs transdermiques) et le détail par DCI.

Des suivis seront faits à 1 mois et à 3 mois après hospitalisation, avec l'évaluation de l'impact sur l'ordonnance du passage en hospitalisation.

Indicateurs qualitatifs recherchés[25] :

---

[23] « Calculateur de charge anticholinergique », *OMéDIT Pays de la Loire*, disponible à l'adresse : https://www.omedit-paysdelaloire.fr/documentation/calculateur-de-charge-anticholinergique-dune-prescription-omedit-pdl-2022/

[24] Réf : guide PAPA SFGG, Rev Prescrire 2018 ; 38 (415)

- Quantifier le recours au long cours au tramadol, à la codéine, chez les sujets « fragiles »
- Apprécier la pertinence de l'utilisation des antalgiques de palier 3 sans ALD associée

4. <u>Présence d'un inhibiteur de la pompe à proton à dose pleine ou au long cours (> 8 semaines)</u>

Exclusions des patients avec délivrances associées :
- d'AINS et corticoïdes,
- ou AINS et antiagrégant,
- ou AINS et anticoagulant.

Les données détaillées permettront de visualiser le nombre de patients ayant une prescription d'IPP demi-dose ou arrêt de traitement dans les deux mois après hospitalisation parmi les patients avec une prescription d'IPP pleine dose dans les deux mois avant hospitalisation

Des suivis seront faits à 2 mois et à 4 mois après hospitalisation.

Indicateurs qualitatifs recherchés[26] :
- Quantifier les révisions d'ordonnance après hospitalisation avec arrêts ou recherche de dose minimale efficace.
- Stabiliser les quantités délivrées en ville (+ 8,7% entre 2015 et 2021) avec un focus sur les personnes « fragiles ».

5. <u>Développement de la revue de médication</u>

Suivi des bilans partagés de médication [codes actes BMI (la 1ère année) et les années suivantes BMS (sans changement de traitement) ou BMT (avec changement de traitement)] et des actions de formation dédiées.

b) Indicateurs de pilotage :

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR	VALEUR CIBLE INTERMEDIAIRE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
3	Nombre de bilans partagés de médication et des actions de formation dédiées (suivi codes actes BMI (1ère année) et les années suivantes BMS (sans un changement de traitement) ou BMT (avec changement de traitement)	T1 2023	Evaluation annuelle	Maintien ou augmentation progressive

[26] Réf : Rev Prescrire 2015 ; 35 (385) : 831-838, Rev Prescrire 2020 ; 40 (441) : 533-538, Rev Prescrire 2020 ; 40 (437) : 189-191, Rev Prescrire 2022 ; 42 (467) : 663

CHAPITRE 13 : PERTINENCE DU RECOURS AU SYSTÈME DE SANTÉ

Objectif opérationnel n°26 : Améliorer la prise en charge des patients porteurs d'une BPCO à travers un parcours de soins

1. Situation actuelle

L'inscription de la prise en charge des patients porteurs de BPCO à travers un parcours de soins vise à renforcer la pertinence et la synergie des soins réalisés tant à l'hôpital qu'en « ville ».

La BPCO ou bronchopneumopathie chronique obstructive est une maladie de l'appareil respiratoire marquée par une inflammation et une obstruction progressive mais permanente des bronches. La BPCO se caractérise par une diminution progressive des capacités à respirer car :

- Les voies respiratoires sont d'abord diminuées et encombrées,
- Puis, les petites bronches (bronchioles) et les alvéoles des poumons se déforment et perdent leur élasticité,
- In fine, les alvéoles pulmonaires, qui permettent les échanges gazeux, sont détruites.

La Haute Autorité de santé (HAS) a défini 7 points de vigilance pour améliorer la prise en charge de la BPCO selon 3 axes :
- Le dépistage des patients à risque (1 indicateur)
- La prise en charge des patients stables (2 indicateurs)
- Le suivi après hospitalisation (4 indicateurs)

Parmi ces 7 indicateurs, 6 sont en dessous de la moyenne nationale en région Centre Val de Loire :
- Spirométrie ou EFR à visée diagnostique chez les patients à risque de BPCO : 19,3% (Vs 21,3%). Cet examen explore la capacité du patient à souffler et contribue au diagnostic.
- Réalisation d'EFR ou de spirométrie annuelle : 32,5%(vs 34,2%). Cet examen vise à suivre l'évolution de la pathologie chronique et à adapter le traitement.
- Suivi médical dans les 7 jours après une hospitalisation pour exacerbation de BPCO : 30,4%(vs 41,9%). Ce lien « hôpital-ville » contribue au continuum de prise en charge suite à un épisode de décompensation.
- Suivi par le pneumologue dans les 60 jours après une hospitalisation : 26,6%(vs 30,9%). Ce suivi spécialisé dans les 2 mois qui suivent la sortie d'hospitalisation vise à s'assurer de la stabilité de l'état clinique et respiratoire et à adapter, si besoin, la stratégie thérapeutique.
- Traitement par bronchodilatateurs à longue durée d'action délivré dans les 90 jours après une hospitalisation : 71,8% (vs74%). Ce traitement contribue à freiner l'évolution de la maladie.
- Soins de rééducation dans les 90 jours après une hospitalisation : 22,3%(vs 31,1%). La rééducation respiratoire consiste en un ensemble d'exercices qui permet au patient de majorer progressivement sa capacité face à l'effort, de réduire l'essoufflement et d'améliorer la récupération après un effort.

Le 7ème indicateur relatif à la vaccination contre la grippe objective un écart favorable pour la région Centre Val de Loire comparativement à la valeur nationale 54,8% (vs 52,7%).

2. Enjeux

La région Centre Val de Loire compte près de 15000 assurés bénéficiant d'une exonération du ticket modérateur pour BPCO. Une meilleure connaissance de la réalité locale du du diagnostic et de la pris en charge en référence aux recommandations HAS contribue au déploiement d'organisations mieux adaptées permettant d'améliorer la prise en charge des patients atteints de BPCO ou à risque de développer une BPCO.

Les 7 indicateurs de la HAS seront recalculés à la taille de chacune des Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) afin de disposer des éléments les plus fins possibles et d'élaborer des stratégies d'amélioration propres au contexte local.
Il est également prévu que les établissements disposent aussi de ces 7 indicateurs à la taille de chacune des structures.

Parallèlement, il sera également recherché l'émergence ou le soutient de projets innovants en santé (par exemple article 51), en contribuant à l'accompagnement des porteurs de projet ou en favorisant la visibilité des projets autorisés lors de la phase d'inclusion des patients (article 51 inspir'action par exemple).

3. Description de l'objectif

Assurer aux patients de la région un diagnostic et une prise en charge équivalente à celle des autres régions (***cf. indicateurs HAS***) en mobilisant l'innovation et les organisations collectives de proximité.

4. Modalités de mise en œuvre[27] [28]:

La démarche est portée par l'Assurance Maladie :

- Mettre à disposition des établissements de santé ainsi que des CPTS une vision du parcours de la population de leur territoire à travers les indicateurs associés.
- Promouvoir, sur l'ensemble de la région, le Programme de retour à domicile (PRADO) BPCO auprès des établissements. (Le PRADO vise à sécuriser la prise en charge en ville en sortie d'hospitalisation)
- Accompagner les CPTS et établissements de soins dans la prise en main des indicateurs, et les accompagner, autant que faire se peut, dans la définition de « stratégies locales » adaptées.
- Promouvoir l'innovation en santé relative à la prise en charge des maladies de l'appareil respiratoire.
- Partager le diagnostic territorial avec les associations de patients afin de renforcer, si besoin, leur visibilité pour les patients concernés.

5. Echéances intermédiaires

Année	Intitulé action
2023	Diagnostic territorial à la maille des CPTS sur la base des indicateurs de la HAS, campagne d'accompagnement des établissements sur le thème du Prado BPCO.
2024-2025	Accompagnement des CPTS et établissements hospitaliers. Promotion de l'innovation en santé. Partage des résultats territoriaux avec les associations de patients.
2026	Partage avec les CPTS, établissements et associations de patients des premiers résultats afin d'ajuster, si besoin, les actions.
2027	Bilan

[27] « Outils pour calculer les indicateurs du parcours BPCO à partir du SNDS », *HAS*, disponible à l'adresse : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3326301/en/outils-pour-calculer-les-indicateurs-du-parcours-bpco-a-partir-du-snds-dcir/pmsi

[28] « Indicateurs de qualité du parcours », *Livrables sur les indicateurs BPCO*, HAS, disponible à l'adresse : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3333091/en/indicateurs-de-qualite-du-parcours-livrables-sur-les-indicateurs-bpco

6. Modalités de suivi et d'évaluation:

a) Indicateurs de pilotage :

Taux de CPTS et d'ES accompagnés parmi ceux présentant des indicateurs les plus défavorables (campagne d'accompagnement PRADO BPCO, campagne d'accompagnement des CPTS, campagne d'accompagnement des établissements)

b) Indicateurs de résultats :

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE INTERMEDIAIRE*	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Taux de réalisation de Spirométrie ou EFR à visée diagnostique chez les patients à risque de BPCO	19,3%	21,3%	Valeur nationale
2	Taux de réalisation de d'EFR ou de spirométrie annuelle	32,5%	34,2%	Valeur nationale
3	Taux de réalisation d'un suivi médical dans les 7 jours après une hospitalisation pour exacerbation de BPCO	30,4%	41,9%	Valeur nationale
4	Taux de réalisation d'un suivi par le pneumologue dans les 60 jours après une hospitalisation	26,6%	30,9%	Valeur nationale
5	Taux de traitement par bronchodilatateurs à longue durée d'action délivré dans les 90 jours après une hospitalisation	71,8%	74%	Valeur nationale
6	Taux de réalisation de soins de rééducation dans les 90 jours après une hospitalisation :	22,3%	31,1%	Valeur nationale

** il s'agit de la valeur nationale actuelle comme présentée dans le paragraphe « situation actuelle ».*

CHAPITRE 14 : PRÉPARATION & COORDINATION DES ACTEURS DE LA SANTE POUR FAIRE FACE AUX SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES (SSE)

Objectif opérationnel n°27 : Disposer de plans ORSAN opérationnels

Introduction

Les récentes crises sanitaires dont la pandémie COVID-19 ont démontré la nécessité d'une montée en puissance de manière graduée et coordonnée du système de santé. La prise en charge de blessés ou malades lors d'une SSE repose sur la mobilisation de tous les acteurs du système de santé (établissements de santé, établissements médico-sociaux, soins de ville dont particulièrement les structures d'exercice coordonné). Ces acteurs constituent, ensemble, les opérateurs de soins. La gestion efficiente d'une SSE impose une interaction efficace entre ces acteurs du système de santé en lien avec les acteurs concourant au secours et à la sécurité.

1. Situation actuelle

Le dispositif « Organisation de la réponse du système de santé en situation sanitaire exceptionnelle » ORSAN constitue le cadre de réponse opérationnelle du système de santé face aux SSE. Il doit être élaboré par l'ARS. Cette planification de défense prédéfinit les parcours de soins des patients à partir des scénarii de situations susceptibles d'impacter le système de santé.
L'année 2022 a été mise à profit pour mettre à jour des données essentielles pour la rédaction de ces plans à l'échelle de la région :

- Analyse et cartographie des risques ;
- Classification des établissements de santé ;
- Attribution des compétences aux futurs établissements de santé de référence régionaux ;
- Mise à jour du capacitaire d'Accueil massif de victimes non contaminées (AMAVI).

2. Enjeux

En prévision des grandes manifestations nationales (coupe du monde de rugby en 2023 et Jeux Olympiques et Paralympiques en 2024), le ministère chargé de la santé prévoit la finalisation de la planification ORSAN à l'horizon 2023. Lesdits plans devront être opérationnels et articulés d'une part avec les plans de gestion des établissements de santé et médico-sociaux, les plans de gestion des professionnels de ville (en particuliers ceux des Communauté professionnelle territoriale de santé – CPTS et Maisons de santé pluridisciplinaires – MSP) et d'autre part avec les dispositifs ORSEC pilotés par les préfectures.
Le dispositif ORSAN a pour objectif de :

- Assurer une réponse efficace et coordonnée du système de santé ;
- Optimiser la prise en charge des blessés et malades liés à la SSE ;
- Garantir la continuité et la qualité des soins des patients non concernés par la SSE.

3. Description de l'objectif

L'ambition portée est de rédiger les cinq plans ORSAN pour la région Centre-Val de-Loire :

- AMAVI : organisation de la réponse du système de santé face à un événement provoquant un nombre important de blessés somatiques (non contaminés) ;
- MEDICO-PSY : organisation de la réponse du système de santé face à un événement provoquant un nombre important blessés psychiques ;
- EPI-CLIM : gestion des tensions dans l'offre de soins en situation d'épidémie et/ou de phénomène climatique extrême (canicule, vague de froid) ;
- NRC : organisation de la réponse du système de santé face à un événement exposant à un agent chimique, nucléaire ou radiologique ;
- REB : organisation de la réponse du système de santé face à l'émergence d'un ou de plusieurs cas de maladie infectieuse potentiellement épidémique ou liée à un agent de la menace biologique.

Ces cinq plans sont complétés de huit dispositions spécifiques transversales (DST) :

Ressources humaines	**Gestion des ressources humaines**
Renforts	Organisation de l'accueil des renforts humains et matériels
Vaccination exceptionnelle	Organisation d'une campagne de vaccination exceptionnelle
Tests	Montée en puissance des capacités biologiques de dépistage
Soins critiques	Organisation de la montée en charge de l'offre de soins critiques
EVASAN	Organisation des évacuations sanitaires
Évacuation établissements	Prise en charge médicale des patients en cas d'évacuation d'un établissement de santé ou d'un établissement médico-social
Sécurisation des établissements sanitaires	Renforcement de la sécurisation des établissements de santé en SSE

4. Modalités de mise en œuvre

Les plans ORSAN et les DST nécessitent la conduite de travaux préalables, notamment pour affiner la connaissance Enquête auprès des établissements pour recenser des capacités de réponse aux SSE des établissements de santé en fonction de leur classification.

La conduite de ce projet aura nécessité de :

- Constituer un comité de pilotage « ORSAN » et un comité technique ;
- Constituer des groupes de travail relatifs aux différents plans à rédiger associant les établissements sanitaires régionaux de référence (ESRR), les Etablissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) de la région, les Service d'aide médicale urgente (SAMU), les professionnels de ville ;
- Travailler en lien avec les préfets pour l'articulation ORSEC/ORSAN ;
- Produire une proposition de plan ;
- Consolider et valider ces documents ;
- Etablir un programme capacitaire à destination des acteurs de la santé et définir les effets à obtenir ;
- Accompagner les opérateurs de soins dans l'atteinte de leurs objectifs opérationnels.

5. Échéances intermédiaires

Année	Intitulé action
2023	Finalisation des 5 plans ORSAN et des 8 DST
2024	Accompagnement des acteurs de la santé dans l'atteinte des objectifs (***cf. Objectif opérationnel n°28 : Animer un réseau de référents couvrant tous les secteurs et organisant des exercices***)
2024-2028	Revue annuelle du dispositif ORSAN

6. Modalités de suivi et d'évaluation

a) Indicateurs de pilotage :

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE INTERMEDIAIRE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Nombre de plans finalisés	1 plan AMAVI (2016)	N/A	5
2	Nombre de DST finalisées	N/A	N/A	8

b) Indicateur de résultat :

- Nombre de plans et DST finalisés

CHAPITRE 14 : PRÉPARATION & COORDINATION DES ACTEURS DE LA SANTE POUR FAIRE FACE AUX SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES (SSE)

Introduction

Cet objectif opérationnel s'inscrit dans la continuité de l'objectif opérationnel n°1 « Disposer de plans ORSAN opérationnels » afin de capitaliser sur la dynamique initiée pour rédiger les plans « Organisation de la réponse du système de santé en situation sanitaire exceptionnelle » (ORSAN) et faire émerger une dynamique de réseau parmi les acteurs de la santé.

Objectif opérationnel n°28 : Animer un réseau de référents couvrant tous les secteurs et organisant des exercices

1. Situation actuelle

Des exercices nationaux ou locaux sont organisés régulièrement pour tester les plans et les organisations. Ces exercices impliquent le plus souvent une partie des acteurs de la santé tels que le Service d'aide médicale urgente (SAMU) et quelques hôpitaux. Dans le cadre de la préparation des exercices, les acteurs précités constituent parfois des réseaux informels autour des enjeux des SSE.

2. Enjeux

Le dispositif ORSAN nécessite que l'ensemble des acteurs qui y sont identifiés connaissent, partagent les principes de cette planification, déclinent dans leurs structures respectives les objectifs des plans et puissent s'exercer. La résilience du système de santé nécessite de créer et d'accentuer les dynamiques de travail facilitant notamment la coordination ville-hôpital.
Il convient de favoriser une connaissance mutuelle des acteurs, de leur rôle et du périmètre d'intervention de chacun en situation de gestion de crise. Ce travail d'acculturation nécessite de constituer une communauté d'acteurs sensibilisés à la préparation et à la gestion des SSE.

L'opportunité de l'élaboration et la mise en place du dispositif ORSAN en 2023 aura permis de constituer un réseau de partenaires élargi et partie prenante sur les sujets des SSE.

La mise en œuvre des plans ORSAN nécessite de s'exercer pour vérifier :

- La bonne articulation avec le dispositif ORSEC des préfets ;
- L'opérationnalité du dispositif de gestion de crise de l'ARS et l'armement des cellules de crise ;
- La chaine de réponse des opérateurs de soins et les circuits d'information entre l'ARS et ces derniers ;
- Les dispositifs de mobilisation des effecteurs de soins : plan blanc pour les établissements de santé, plan bleu par les établissements médico-sociaux et dispositifs de mobilisation des professionnels de santé libéraux.

3. Description de l'objectif et modalités de mise en œuvre

Le contexte de travail relatif à l'élaboration du dispositif ORSAN régional permettra d'initier un travail de repérage et d'identification des acteurs / communautés d'acteurs impliqués dans la gestion de crise dans les territoires.
Ce travail permettra de structurer un réseau de partenaires au sein des différentes structures du système de santé, émanant de l'ensemble du territoire, afin de :

- Faciliter la mobilisation des professionnels de santé (ESMS / ville) au stade de la préparation comme de la gestion de crise ;
- Permettre l'émergence d'une culture commune de préparation et gestion de crise ;
- Identifier et consolider des protocoles activables en situation exceptionnelle ;
- Valoriser et faire connaître les initiatives des acteurs dans le champ des SSE ;
- Développer l'offre d'exercices et de retour d'expérience (RETEX) permettant d'impliquer tous les acteurs ;
- Développer une offre de formation et des outils communs aux SSE.

4. Échéances intermédiaires

Année	Intitulé action
2023	Identification des acteurs à solliciter et associer aux travaux ORSAN
2024	Maintenir et développer les liens entre les acteurs associés en 2023 Recenser et mettre en œuvre les formation / sensibilisation Animer le réseau (partage de bonnes pratiques, participation à des exercices) Elaborer un programme pluriannuel d'exercices
2025	Consolider le réseau notamment pour les acteurs du médico-social et de la ville

5. Modalités de suivi et d'évaluation

a) Indicateurs de pilotage :

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE INTERMEDIAIRE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Nombre annuel de réunions du réseau des référents	0	N/A	2
2	Nombre annuel d'exercices auxquels les professionnels de santé ont participé (dont les RETEX)	En cours	N/A	12

b) Indicateur de résultat :

Les objectifs seront atteints si les acteurs de la santé impliqués dans les SSE se connaissent, déclinent le dispositif ORSAN dans leurs plans respectifs et si la communication entre eux est fluide.
Ces éléments seront appréciés lors d'exercices.
La réussite d'un exercice repose sur la réalisation de RETEX et la mise en œuvre d'actions correctives si nécessaire.

AXE : PARCOURS SPÉCIFIQUES

SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE

Introduction

La santé de la mère et de l'enfant pendant la grossesse et les premières années de la vie est cruciale pour une croissance et un développement sains. Cette période commence avant la conception, et se poursuit pendant la grossesse, la naissance, la période post-partum, la première enfance et les premières années de la petite enfance.
Cette période comprend notamment les « 1000 premiers jours » de l'enfant, période extraordinaire et déterminante pour chaque individu et la construction de futurs adultes en bonne santé.

Ainsi, le parcours « Santé maternelle et infantile » vise à proposer et mettre en œuvre des actions construites sur les besoins de l'enfant, de la naissance jusqu'à ses 6 ans, et de ses (futurs) parents.

La santé maternelle et infantile est un nouveau parcours identifié dans le PRS 3 ; il s'agit d'un parcours à la fois :

- Vaste, intégrant la période des 1000 premiers jours de l'enfant, et au-delà, la préconception, la grossesse, la périnatalité et la petite-enfance ;
- Et transversal, intégrant la prévention (alimentation, activité physique, dépistages néo nataux, vaccination, dépistage), la santé environnementale (air, habitat, eau, perturbateurs endocrinien, urbanisme favorable à la santé), l'offre sanitaire (maternités, centres périnataux de proximité, hospitalisation à domicile, soins de suite et de réadaptation, prise en charge de la santé mentale) et l'offre médico-sociale (accompagnement dans la parentalité des personnes en situation de handicap).

Il est constaté en France une augmentation de la mortalité infantile depuis 2012. En 2019, il a été enregistré en France un taux de 3,8 morts pour 1000 naissances vivantes ; par comparaison, ce taux était en Italie de 2,4 morts pour 1000 naissances vivantes et à l'échelle de l'Union européenne (27 pays) de 3,4. Si elle est identifiable à tous les stades, la hausse est plus particulièrement marquée la première semaine de vie. Les causes de cette augmentation sont difficilement identifiables ; des hypothèses sont émises : l'augmentation de l'âge des mères, la part de femmes fumeuses pendant la grossesse, ou l'augmentation de la part de femmes en surpoids ou obèses.
Ces facteurs liés à l'état de santé des mères ont une incidence sur la prématurité (81% des décès périnataux concernent des naissances prématurées soit un risque globalement 50 fois plus élevé que parmi les enfants nés à terme) et les naissances multiples. Ces risques sont multipliés chez les femmes en situation précaire au moment de leur grossesse, notamment les femmes immigrées (facteurs de risque comme le diabète, l'hypertension et des difficultés d'accès aux soins).
Cependant, l'augmentation des facteurs de risques maternels ne suffit pas à expliquer cette évolution de la mortalité infantile ; ces résultats interrogent également l'organisation et le suivi des soins de la période périnatale, l'insuffisance des politiques de prévention ou les problèmes de démographie médicale.

L'enjeu de la démographie régionale des professionnels de santé intervenant dans le parcours de périnatalité (sages-femmes, médecins généralistes, gynécologues, pédiatres, infirmière puéricultrices…) est essentiel ; s'agissant des évolutions et des projections, il convient de se référer aux éléments figurant dans la fiche « Attractivité et démographie des professionnels de santé » du PRS 3.

En région Centre-Val de Loire, la situation en matière de périnatalité est la suivante :

- Augmentation de l'âge des mères lors de l'accouchement : 30,1 ans en 2019 (versus 28 ans en 2009) ;
- Près de 6% de naissances prématurées (avant le 8ème mois de grossesse) ;
- 6,5% de naissances d'enfants de petits poids (inférieur à 2,5 kg) ;

Objectif opérationnel n°29 : Sécuriser le parcours de santé des patientes et de leurs nouveau-nés, de l'ante au post natal

1. Situation actuelle

Les données de Santé Publique France en matière de santé périnatale pour la région Centre-Val de Loire mettent en évidence les éléments suivants :

- Une augmentation du taux de mortalité périnatale entre 2012 et 2019 ;
- Une augmentation du taux de diabète gestationnel à l'accouchement, pouvant en partie s'expliquer par des changements de modalités de prise en charge ainsi que par une augmentation de la prévalence de l'obésité et de l'âge maternel.
- Un taux d'hémorragie du post partum à l'accouchement parmi les plus élevés en France métropolitaine.
- Un taux de prématurité parmi l'ensemble des naissances en augmentation : la hausse concerne les très grandes prématurités (<28 SA) et les prématurités moyennes ([32-36 SA]).

Par ailleurs, les constats en région Centre-Val de Loire suivants peuvent être soulignés :

- Dans certains territoires l'éloignement géographique des parturientes de leur lieu d'accouchement.
- Selon les données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), 192 accouchements se sont déroulés hors d'un établissement de santé en 2021, sur un total de 24 153 accouchements (soit environ 0,8%), correspondant à une augmentation de +15% par rapport à 2020.
- Une multiplicité d'acteurs et de professionnels intervenant dans le parcours de santé périnatale, avec un maillage diversifié générant un besoin de coopération renforcée.

2. Enjeux

Les professionnels de la région Centre-Val de Loire partagent le constat de fortes tensions dans l'organisation de l'offre de soins pouvant avoir pour conséquence une prise en charge dégradée des mères et de leurs bébés. Les sorties précoces de maternité peuvent s'avérer problématiques pour assurer le suivi du parcours de santé de la mère et du bébé, particulièrement en cas de fragilité des parturientes (situation de précarité, troubles psychiatriques ou de l'attachement). Par ailleurs, l'éloignement géographique de maternités supports dans certains territoires ne permet pas d'assurer ces retours à domicile précoces.
Les médecins de ville rencontrent des difficultés pour faire appel à des infirmières puéricultrices.

3. Description de l'objectif

Compte tenu de ces éléments de diagnostic et des enjeux identifiés en région Centre-Val de Loire, cet objectif se décline comme suit :

- Réduire la mortalité périnatale en région Centre-Val de Loire
- Améliorer les conditions des sorties précoces de maternités et le parcours de santé des mères et de leurs bébés
- Renforcer l'attractivité du territoire pour les professionnels de santé, en améliorant les conditions d'exercice et les pratiques professionnelles

4. Modalités de mise en œuvre

Ces objectifs seront poursuivis en déployant différentes modalités de mise en œuvre :

- Respecter le projet de naissance en toute sécurité

Dans ce cadre, il est proposé d'accompagner le développement de structures ou d'organisation, sécurisées et adaptées aux choix des parents, notamment dans le cadre d'accouchements physiologiques (avec par exemple le développement de maisons de naissance) ou dans le cadre d'accouchements à domicile lorsqu'ils sont pratiqués, en adéquation avec un projet de naissance. Les perspectives en termes d'évolution de l'offre de maternités et de centres périnataux de proximité en région Centre-Val de Loire sont précisées dans la fiche « objectifs quantifiés de l'offre de soins » (OQOS) spécifique.

- Organiser la sortie de maternité et le parcours de santé

La sortie de maternité doit être organisée pour garantir le suivi et le parcours de santé de la maman (prise de rendez-vous avec une sage-femme) et du bébé (prise de rendez-vous avec un pédiatre ou médecin généraliste, Protection maternelle et infantile – PMI). Des dispositifs spécifiques de type plateforme d'orientation ou équivalent d'un service d'accès aux soins pourraient être développés.
L'objectif est de limiter les risques « d'errance parentale » dans ce parcours de soins, conduisant à des absences ou des fragilités de prise en charge (par exemple en termes de vaccination des bébés) ou à des reports sur des méthodes alternatives non éprouvées.

- Renforcer la coordination des acteurs

Il convient de mettre en place des dispositifs de coordination et d'animation qui permettent d'assurer le lien entre les différents acteurs intervenant dans le cadre d'un maillage diversifié et prenant en compte de nouvelles compétences : professionnels de santé (offre libérale et offre hospitalière), services de PMI, acteurs de l'accompagnement à la parentalité, etc. L'expertise du réseau régional de périnatalité sera particulièrement sollicitée.
Il est nécessaire de favoriser l'articulation et la complémentarité entre ces différents acteurs, adaptée aux spécificités de chaque territoire et aux besoins des familles.
Dans ce cadre, les projets innovants et expérimentaux témoignant de démarches partagées entre des acteurs institutionnels, de première et deuxième ligne, du secteur sanitaire et social doivent être soutenus, en s'appuyant sur le retour d'expériences d'autres dispositifs (comme par exemple, le Référent Parcours périnatalité (RéPAP) expérimenté en Indre et Loire).

- Développer les staffs médico psycho sociaux qui sont des outils précieux de la coordination de l'ante vers le post natal

Ce développement nécessite de s'interroger (sur)/développer l'identification d'un référent de coordination dans chaque maternité qui puisse s'adapter aux différents territoires dépendant de la maternité support, sur la mise à disposition d'un outil simple, facile d'accès et d'utilisation entre la ville, la PMI et l'hôpital ainsi que sur la rémunération des professionnels libéraux qui participent à ces staffs. Les situations de fragilité sont prises en compte plus spécifiquement dans l'***Objectif opérationnel n°30 : Repérer et accompagner les situations de fragilité périnatale du Parcours « Santé maternelle et infantile »***).

- Renforcer la formation des professionnels

Les thèmes prioritaires de formation concernent à la fois la sécurisation des conditions d'accouchement hors établissement et en situation d'urgence de proximité, les causes de mortalité maternelle et infantile (hémorragie du post partum, réanimation du nouveau-né, in situ) mais également l'amélioration du suivi maternel (entretien prénatal précoce, bilan prénatal de prévention, entretien post natal).

- Renforcer l'information et la communication concernant la structuration d'un parcours cohérent de santé périnatale.

Cette communication nécessite de rappeler les étapes, les soins et les prises en charge recommandés, avec un langage respectant la littératie en santé, cohérent et partagé par l'ensemble des acteurs.

5. Modalités de suivi et d'évaluation

a) Indicateurs de pilotage :

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE INTERMEDIAIRE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Taux d'hémorragie du post partum (HPP)	Données SPF 2019 : 8,2 % en CVL	En cours	En cours
2	Taux de réalisation d'Entretiens prénataux précoces (EPP)	54 % en 2021 en RCVL	En cours	En cours

b) Indicateur de résultat :

On aura réussi si la prise en charge de la mère et de l'enfant pendant la grossesse ainsi qu'en sortie de maternité est garantie, dans un contexte de tensions de l'offre de soin périnatale.

SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE

Objectif opérationnel n°30 : Repérer et accompagner les situations de fragilité périnatale

1. Situation actuelle

En janvier 2021, Santé publique France et l'Inserm publiaient un rapport alarmant sur les morts maternelles qui laissait apparaître pour la première fois que le suicide était l'une des deux premières causes de décès maternels (environ 13% des décès, soit un décès par mois), à côté des maladies cardiovasculaires. De véritables tragédies considérées comme "évitables" et qui questionnent le manque de structures adaptées pour accompagner les profils les plus fragiles. Dans la période du post-partum, entre 8 jours et 42 jours après l'accouchement, le suicide est la première cause de décès des jeunes mamans.
Les recherches estiment qu'une mère sur 10 au moins se trouve, après la naissance de son enfant, en situation de détresse psychologique, ou en grande difficulté pour établir le lien avec son enfant, ce qui a des répercussions sur le développement affectif, intellectuel et social de celui-ci : le repérage et la prise en charge précoce de ces difficultés maternelles sont essentielles.
En cas de dépression du post partum, un pic du mal être vécu autour de 10-12 semaines, ce qui nécessite de sensibiliser les professionnels de premier recours au contact de ces mères durant cette période.
La prise en charge de la mère et du bébé en terme de "dyade" implique de rester attentif au développement du bébé et au repérage des manifestations de ses difficultés de développement autant qu'aux améliorations de l'humeur ou du comportement maternel.
Par ailleurs, les sorties précoces de maternité posent la question de plus en plus prégnante des prises en charge des mères et des bébés.
En région Centre-Val de Loire, l'hôpital Parent Enfant (HOPE) situé à Amboise constitue l'unique structure hospitalière qui offre des soins psychiques conjoints aux parents avec leur enfant de moins de deux ans (4 lits d'hospitalisation disponibles).
Les situations de fragilité nécessitent de tisser des liens de confiance dès l'ante natal entre les futurs parents et les professionnels de santé qui les accompagnent dans leur parcours de soins.

2. Enjeux

Quatre situations de fragilité périnatale sont plus particulièrement identifiées : les troubles psychiatriques, les situations de handicap mental ou de déficience mentale, les conduites addictives et les situations de précarité ou de violences. Ces situations nécessitent de faire le lien avec les travaux portés dans le cadre du chapitre prévention, des parcours spécifiques santé mentale et handicap et du programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS).
Pour garantir la prise en charge de ces fragilités, il est nécessaire :
- d'anticiper le post natal dès le prénatal ;
- de bénéficier de dispositifs de prise en charge, de professionnels formés et d'outils ressources spécifiques ;
- de mettre les structures en capacité d'appliquer les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) pour la situation identifiée (avec la problématique des durées courtes de séjour en maternité) et de garantir l'accès aux soins périnataux recommandés, particulièrement pour les populations migrantes.

3. Description de l'objectif

- Améliorer le repérage de situations de fragilité dès l'ante natal
- Déployer des modalités de prise en charge adaptées aux difficultés repérées

4. Modalités de mise en œuvre

1- Organiser la formation, la sensibilisation des professionnels mobilisés dans la santé périnatale et le retour d'expériences :
   - En formant des psychiatres à la psychiatrie périnatale, des professionnels de premier recours comme les médecins généralistes ou les sages-femmes pour aider au repérage ;
   - En développant dans chaque département le projet ORVEP (Outil de repérage des Vulnérabilités En Périnatalité), porté par le réseau Périnatalité, dont l'objectif est d'augmenter le repérage précoce des femmes enceintes ayant des conduites addictives, de les motiver à la réduction de leur consommation de substances psychoactives et d'améliorer le travail en réseau notamment avec les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) ;
   - En développant la reprise des cas, comme outil d'amélioration des pratiques professionnelles, dans le cadre de coordination pluridisciplinaire.

2- Développer des dispositifs de prise en charge spécifiques adaptés aux fragilités ou pathologies identifiées :
- En facilitant le recours à différentes compétences notamment en psychologie ou addictologie sur l'ensemble d'un territoire, et en communiquant sur les outils disponibles ;
- En améliorant la prise en charge de parents avec un trouble du développement intellectuel, un trouble autistique et/ou un trouble psychique, dans le cadre de démarches inclusives afin d'accompagner des projets de parentalité, de soutenir les compétences parentales des parents, et en créant des dispositifs ou structures alternatifs adaptés à la prise en charge (familles d'accueil spécialisées ou foyers spécialisés, en relai de la famille).

3- Assurer un parcours de santé spécifique et sécurisant :

L'objectif est de permettre le repérage et une prise en charge médicale adaptée, en assurant un temps de coordination dédié et en s'appuyant sur les démarches existantes (contrats locaux de santé, projets territoriaux de santé mentale, conseils locaux de santé mentale).

- Construire et « flécher » au sein des maternités des parcours de prise en charge adaptée à des situations spécifiques (situation de handicap, addictions, pathologies psychiatriques…) pour améliorer l'accueil des futures mamans permettant l'instauration d'un climat de confiance partagé à la fois pour les parents et les professionnels.
- Développer dans chaque département des structures de prise en charge adaptée pour la prise en charges des troubles psychiatriques des jeunes mamans, sur la base d'un triptyque organisé autour d'une structure mobile, une structure d'accueil de jour, des consultations ambulatoires

4- Améliorer la coordination et l'interconnaissance des acteurs pour mieux orienter en fonction des besoins des patients identifiés (construire et mettre à disposition des répertoires et des outils pour identifier les ressources locales par territoire)

5- Favoriser le développement des expérimentations et capitaliser sur les retours d'expériences

5. Echéances intermédiaires

Réalisation d'un guide de bonnes pratiques ou d'un cahier des charges régional sur les modalités et conditions de mise en place d'un parcours fléché au sein des maternités.

6. Modalités de suivi et d'évaluation

a) Indicateurs de pilotage :

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE INTERMEDIAIRE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Taux de réalisation d'entretien post natal	Non connu (mise en place au 01/07/2022) *Lettre clé (code prestation) : SF Nature prestation : 1923*	En cours	En cours
2	Taux de maternités ayant établi un parcours fléché spécifique pour la prise en charge des situations de fragilité	En cours	En cours	En cours

b) Indicateur de résultat :

On aura réussi si 100% des femmes ayant une fragilité repérée durant leur grossesse bénéficient d'un accompagnement et d'une prise en charge adaptée.

SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE

Objectif opérationnel n°31 : Déployer la stratégie des 1000 premiers jours en accompagnant la parentalité et en améliorant la santé dès la grossesse

1. Situation actuelle

La grossesse et les premières années de vie d'un enfant (« 1000 premiers jours ») sont une période extraordinaire et déterminante pour chaque individu et la construction de futurs adultes en bonne santé. Il s'agit d'une période cruciale de croissance (intra et extra-utérin), pour le développement cognitif et cérébral de l'enfant. Cette période correspond à un grand développement, un rythme de croissance sans équivalent à l'échelle d'une vie, une grande vulnérabilité pour l'enfant avec un impact fort des influences extérieures produisant des effets durables sur l'adulte qu'il deviendra.

Cette fenêtre d'exposition particulière à de nombreux facteurs de risque entraîne en corollaire une fenêtre d'opportunité unique pour construire la santé à long terme.
Les études tendent à prouver qu'une attention précoce portée à l'environnement de l'enfant, dont son alimentation, peut conduire à une forte diminution des maladies chroniques (diabète de type 2, obésité, maladies cardio-vasculaires, cancers…).
La mise en évidence de cette période clé dans la vie de l'individu a été renforcée par la meilleure connaissance de l'influence de l'environnement (notamment la qualité de l'air...), l'influence des modes de vie (alimentation, activité physique, sommeil...) et l'influence de la qualité des relations sur l'expression des gènes et la santé globale de l'individu.
Les facteurs responsables, liés à l'environnement au sens large, se sont multipliés : précarité, activité physique, sédentarité, stress, nutrition, toxiques environnementaux…
Au-delà du plan sanitaire, la stratégie des « 1000 premiers jours » c'est aussi le moment clef pour agir contre les inégalités sociales et leur reproduction. Ce sont les différentes interactions sociales où l'enfant se sent écouté et encouragé qui sont les plus efficaces.
Une diversité de programmes de soutien à la parentalité est proposée dès la sortie de maternité sur différents sujets, grâce à l'implication d'un grand nombre d'acteurs (Conseils départementaux, PMI, CPAM, CAF, etc) : écran, alimentation, affectivité, activité physique, santé environnementale, perturbateurs endocriniens, éveil langagier, etc.
Les sujets spécifiques relatifs à la santé sexuelle et à la contraception sont pris en compte dans le cadre du chapitre « Prévention » du PRS 3.

2. Enjeux

Les enjeux en région Centre-Val de Loire sont les suivants :

- Des difficultés de parentalité, avec des parents désemparés dans leur rôle parental qu'il convient de sécuriser;
- Une diversité d'intervenants (professionnels de santé, professionnel de la petite enfance, associations, institutions), avec un enjeu d'information auprès des parents pour distinguer le soin du « bien être » et pour identifier les interlocuteurs du parcours de soins, en capitalisant sur la complémentarité des rôles et des compétences de chaque professionnel ;

- Une pénurie de professionnels de santé qui laisse un champ disponible à d'autres professionnels, vers qui les parents en désarroi peuvent se tourner ;
- Un exercice des infirmières puéricultrices en ville non valorisé.

3. Description de l'objectif

- Accompagner les parents dans leur parentalité et leur permettre d'assurer leur rôle avec bienveillance, confiance et sécurité, dans le cadre d'une approche holistique ;
- Agir sur les pratiques parentales ;
- Soutenir le couple durant la période cruciale des 1000 premiers jours et accompagner la « matrescence » ;
- Encourager le développement cognitif et psycho actif des enfants et les comportements favorables à la santé dès le plus jeune âge.

4. Modalités de mise en œuvre

1- <u>Recenser l'ensemble des acteurs et des dispositifs pour « faire réseau par l'interconnaissance » et développer la communication autour des 1000 premiers jours :</u>

- Promouvoir les outils numériques existants auprès des parents (Application 1000 premiers jours, compte AMELI…) ;
- Organiser des forums territoriaux des 1000 premiers jours en région Centre Val de Loire pour diffuser la stratégie dans un esprit pluriel ;
- Inciter les professionnels à se référencer comme « professionnel des 1000 premiers jours » sur l'application nationale portée par le Ministère de la santé pour renforcer le réseau d'acteurs en région Centre-Val de Loire.

2- <u>Assurer la coordination et la collaboration de l'ensemble des acteurs autour des parents et des enfants dans le cadre d'une coopération transversale :</u>

- Mobiliser l'ensemble des forces vives d'un territoire (acteurs institutionnels et professionnels) : Education nationale, collectivités locales, professionnels de santé libéraux, particulièrement sages-femmes et médecins généralistes, professionnels de la petite enfance, associations, PMI, maternités, etc ;
- Mobiliser au-delà l'ensemble des acteurs en contact quotidien avec les enfants et les parents : animateurs péri scolaires, centre de loisirs, grands-parents , etc ;
- Prendre appui sur les dispositifs de coordination de proximité dans les territoires ;
- Soutenir le développement de consultations d'infirmières puéricultrices, en articulation avec les professionnels de premier recours.

3- <u>Soutenir la mise en œuvre de programmes collectifs, probants et prometteurs de développement des compétences psycho sociales, auprès des parents et des enfants de 0 à 6 ans :</u>

- Associer des parents-experts pour mieux identifier les attentes et besoins de leurs pairs ;
- Prendre appui sur l'ensemble du réseau d'acteurs d'un territoire : organismes d'Assurance maladie, Caisse d'allocation familiale (CAF) ; Contrat local de santé (CLS), Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), etc ;
- Assurer le soutien de ces programmes, en termes financier, de ressources humaines, de méthodologie et d'ingénierie de projet ;
- Analyser les conditions de pérennisation de ces programmes.

4- Modalités de suivi et d'évaluation

a) Indicateurs de pilotage :

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE INTERMEDIAIRE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Nombre de professionnels labellisés « 1000 jours » en région	En cours	En cours	En cours
2	Nombre de programmes probants ou prometteurs mis en place dans la région	En cours	En cours	En cours

b) Indicateur de résultat :

On aura réussi si 100% des futurs parents de la région qui en ressentent le besoin peuvent bénéficier d'une action d'accompagnement à la parentalité et de développement des compétences psycho sociales, dans l'esprit des 1000 premiers jours de l'enfant.

ADDICTION

Introduction

Les conduites addictives représentent un problème majeur de société et de santé publique.
En France, chaque année, selon les données de Santé Publique France, le tabac tue près de 75 000 personnes, l'alcool : 41 000 personnes, et les drogues illicites (cannabis, cocaïne, opiacés, amphétaminiques, hallucinogènes, etc…) près de 1 600 personnes. Au même titre que les addictions avec substances, les addictions sans substances (usage des écrans, jeux d'argent…), dites « addictions comportementales » présentent un enjeu majeur de santé publique, notamment au regard des dommages sanitaires, médicaux et sociaux qu'elles induisent, notamment chez les jeunes particulièrement touchés.
En région Centre-Val de Loire, la situation montre au regard des données disponibles que le taux de prévalence du tabagisme quotidien des 18-75 ans en 2018 est de 27 % ce qui est voisin de la moyenne nationale (26,9 %). Si la consommation de tabac est similaire en Centre-Val de Loire par rapport à la moyenne nationale chez les jeunes, celle des femmes enceintes est supérieure à la moyenne nationale (21,9 % contre 16,2 % en 2017). Concernant la consommation d'alcool, le taux de prévalence de consommation quotidienne des 18-75 ans est comparable à la moyenne nationale (10,3 % contre 10 %[29]).

L'objectif est de renforcer l'accès aux soins et la prise en charge des conduites addictives en intégrant la prévention, la réduction des risques et des dommages, l'aller vers, dans une approche globale, pluridisciplinaire et intersectorielle.

Objectif opérationnel n°32 : Créer une Communauté de pratiques, pour mieux lutter contre les conduites addictives (avec ou sans produit) et l'usage nocif des substances psychoactives

1. Contexte et enjeu

L'objectif est de mettre en place une communauté de pratiques au sens d'un réseau collaboratif à construire entre professionnels, afin de diffuser les connaissances acquises en addictologie au-delà du cercle des addictologues pour mieux repérer, accompagner et prendre en charge le plus précocement possible les personnes présentant une addiction (avec ou sans substance) ou ayant un usage nocif de Substance(s) PsychoActive(s) (SPA).

2. Description de la situation actuelle

Les addictions représentent un problème de santé publique (plus de 4000 décès annuels en RCVL[30]), face auquel le dispositif addictologique régional spécialisé doit être mieux adapté au regard des besoins.

[29] « Bulletins santé publique » – janvier 2019 (tabac), janvier 2020 (alcool) et février 2021 (tabac), SpF (santepubliquefrance.fr)
[30] *Ibid.*

3. Description de l'objectif

Afin de mettre en place une réelle coordination régionale, il est nécessaire de diffuser les bonnes pratiques en addictologie auprès des professionnels de la santé et des professionnels du social qui sont régulièrement en contact avec des populations à risque d'addiction (avec ou sans substance) ou d'usage nocif d'une ou plusieurs substance(s) psychoactive(s).

Il s'agit de :

1) **Généraliser le repérage des usages de SPA pour informer et soigner précocement le plus grand nombre possible de personnes, et proposer une orientation des personnes concernées vers une équipe spécialisée en addictologie**
   - Ancrer le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB) relatifs aux SPA dans les pratiques diagnostiques et thérapeutiques des professionnels de santé du 1er recours et hospitaliers non addictologues,
   - Sensibiliser et former les professionnels « intersectoriels », régulièrement en contact avec des usagers potentiels de SPA ou des populations à risque de comportements addictifs au repérage précoce des conduites addictives.

2) **Mieux soigner les personnes souffrant d'une conduite addictive**
   - Proposer une prise en charge globale (médicale, psychologique et sociale) prenant en compte, en sus de la conduite addictive, la santé mentale et la santé sexuelle, en s'appuyant idéalement sur une évaluation des consommations et de leur impact (psychique, somatique), des troubles cognitifs ; des conseils de prévention, ; le dépistage des infections (y compris des IST) ; une proposition de soins intégrant des actions de réduction des risques et des dommages visant à contrôler l'addiction et la prise de risques sexuels liés aux SPA ; une proposition d'éducation thérapeutique du patient ; une proposition de soutien par un pair aidant (***cf. Chapitre 1 : Prévention – Promotion de la santé***).

3) **Sécuriser l'aval du passage aux urgences, de l'hospitalisation et la sortie de prison pour éviter les ruptures du parcours de soins et la rechute**
   - Créer un « Cahier de contact » *(Nota Bene)* dans chaque service d'accueil des urgences (SAU) permettant de joindre à domicile les patients venus aux urgences du fait de l'usage nocif d'une SPA mais n'ayant pas été vus par l'Equipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) ;
   - Anticiper la sortie d'hospitalisation et la sortie de prison (accompagnement à la sortie en fonction de l'hébergement, ***cf. Chapitre 5 : Offre de soins de proximité coordonnée : Parcours en population générale*** et ***PRAPS, objectif 3)..***

4. Modalité de mise en œuvre

- Les modalités de mise en œuvre s'appuieront sur la réalisation d'un état des lieux « addiction » dans chaque département pour adapter l'offre de santé aux besoins et lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé (***cf. PRAPS***) le fait de travailler en réseau pour garantir la continuité des soins et en pluridisciplinarité pour améliorer la qualité des soins via notamment le recrutement de nouveaux profils professionnels et la création de postes partagés entre structures.

Il s'agira également de délivrer des formations en addictologie (en intégrant les addictions comportementales) adaptées à tout professionnel concerné et de s'appuyer sur les Nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC). Enfin, il s'agira de compléter le dispositif addictologique régional pour répondre aux recommandations nationales et aux besoins des territoires avec notamment la reconnaissance ou la création de certains dispositifs.
Par exemple, l'état des lieux devra permettre de préciser l'épidémiologie des addictions, les moyens spécialisés déployés pour lutter contre les conduites addictives en matière de prévention, de dispositifs

sanitaires spécialisés en addictologie et de dispositifs médico-sociaux spécialisés en addictologie, et les partenariats impliqués dans la prise en charge globale[31].

Le travail en réseau et en pluridisciplinarité devra s'appuyer sur la constitution dans chaque département d'une filière addiction regroupant l'ensemble des spécialistes de l'addictologie des dispositifs sanitaire et médico-social, et les mouvements d'entraide. Il s'appuiera également sur le renforcement des coopérations entre les acteurs de la filière et leurs partenaires régulièrement en contact avec des populations à risque d'addiction ou d'usage nocif d'une ou plusieurs SPA.

La constitution de la communauté de pratiques ou du réseau devra s'appuyer sur la création d'un espace numérique régional addiction interprofessionnel et intersectoriel en complémentarité des sites officiels nationaux (Tabac-Info-Service », Alcool Info-Service…) et régionaux (Répertoire Opérationnel de ressources (ROR)) et sur les outils adaptés (« Sphère », E-santé).

Enfin, l'ARS encouragera la reconnaissance de dispositifs (unité régionale de sevrage et de soins résidentiels complexes, unité régionale spécialisée « troubles cognitifs modérés à sévères »), ou la création de dispositifs (CSAPA résidentiel associant des modalités de prise en charge innovantes (Centre thérapeutique résidentiel-CTR et Centre d'accueil d'urgence et de transition (CAUT) ; maison d'accueil spécialisée (handicap) pour les personnes atteintes simultanément de troubles de la santé mentale et de troubles addictifs). L'ARS encouragera également tout établissement doté d'un service d'accueil des urgences (SAU) de disposer des compétences d'une ELSA.

5. Echéances intermédiaires

Année	*Intitulé action*
2023	Consolidation d'un état des lieux du dispositif addictologique
2026	Actualisation de l'état des lieux à mi-parcours du PRS3

6. Modalités de suivi et d'évaluation

a) Indicateurs de pilotage :

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE INTERMEDIAIRE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Taux de SAU disposant d'une ELSA	En cours	En cours	En cours

b) Un indicateur de résultat :

La création et le déploiement de l'espace numérique régional addiction, qui soit alimenté et actualisé régulièrement.

[31] N.B : dispositif comparable au dispositif « vigilanS » pour les personnes ayant fait une tentative de suicide

ADDICTION

Objectif opérationnel n°33 : Aller-vers et Faire-avec ; Pour amener plus de personnes vers la prévention et le soin et améliorer l'adhésion au traitement

1. Contexte et enjeu

L'addiction est une pathologie souvent cachée (personnes exclues, honte, culpabilité, …) voire ignorée (méconnaissance des repères scientifiques d'usage à risque, …). « L'aller-vers » et le « faire-avec » visent notamment à faciliter l'accès à la prévention et aux soins des personnes qui jusqu'alors n'ont pas pu en bénéficier. Proposer des solutions thérapeutiques adaptées aux capacités cognitives (déni de la maladie, …) et matérielles (situation sociale, …) des personnes, contribue donc fortement à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. C'est notamment le rôle de la Réduction des risques et des dommages (RdRD) qui propose, entre autres, aux usagers de substances psychoactives qui ne peuvent pas ou ne veulent pas arrêter leur(s) consommation(s) ou leur(s) pratique(s), un usage régulé des produits addictifs ou des comportements nocifs. Il convient alors pour les soignants de sortir du dogme de l'abstinence, comme seule issue thérapeutique possible, pour prendre en charge les personnes concernées et de leur proposer une autre voie pour un mieux-être. Le contrôle de la conduite addictive est ainsi un objectif de soin accepté par l'usager. Cette approche pragmatique, qui ne s'oppose pas au projet d'abstinence car elle peut le précéder, permet d'adapter la réponse aux besoins et aux capacités de l'usager.

2. Description de la situation actuelle

La RdRD est portée presque exclusivement par les seuls Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues) (CAARUD) et dirigée vers la seule population des usagers de drogues illicites. Elle a démontré son efficacité sur l'alcool (cf. recherche scientifique). Une partie de la population concernée est isolée socialement et/ou géographiquement, et « l'aller vers et faire avec » fait partie des réponses pour toucher ces publics.

3. Description de l'objectif

1) **Développer « l'aller-vers » pour toucher de nouveaux publics, aujourd'hui éloignés du système de santé.** Il s'agit notamment des populations du programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) (personnes socialement vulnérables, sans domicile, migrants, …) mais aussi de certaines populations rurales (isolement géographique), des femmes (isolement culturel), des adolescents, des personnes sous « main de justice », voire des personnes âgées et de populations spécifiques à risque addictif élevé (milieu de la prostitution, chemsexeurs …). « L'aller-vers » peut consister en une mobilité physique des professionnels de santé (équipes mobiles, maraudes, …), en une mise à disposition de matériels (via un professionnel de proximité, un automate ou un envoi postal) ou en une mobilité virtuelle (***cf. Chapitre 9 : E-santé*** et ***PRAP***).

2) **Développer le « faire-avec » pour renforcer l'adhésion aux traitements.** Patient et soignant doivent, pour le mieux-être du patient, œuvrer de concert dans une alliance thérapeutique conjuguant bienveillance, non-jugement, écoute, empathie et considération positive**.** Cette alliance doit s'appuyer sur 2 piliers :
   - L'Education thérapeutique du patient (ETP), via un transfert de compétences de la personne soignante vers la personne soignée (***cf. Objectif opérationnel n°3 : Augmenter le nombre de bénéficiaires d'une offre d'éducation thérapeutique de proximité, graduée et coordonnée par des professionnels formés du Chapitre 1 : Prévention – Promotion de la santé***) ***;***
   - La « pair-aidance », via un transfert de compétences issues de l'expérience de certains usagers vers les équipes soignantes.

3) **Développer la réduction des risques et des dommages (RdRD)** : Historiquement dédiée aux usagers de drogues illicites par voie intraveineuse (héroïne) et exclusivement portée à son origine par les CAARUD, la RdRD doit désormais viser d'autres populations (troubles de l'usage de toute substance psychoactive illicite comme licite et notamment de l'alcool) et s'appuyer sur de nouveaux acteurs de la santé (professionnels des addictions du dispositif hospitalier comme médico-social spécialisé- CAARUD et Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) - mais aussi professionnels de santé du premier recours et notamment médecins et pharmaciens).

4. Modalités de mise en œuvre

Les modalités de mise en œuvre s'appuieront sur le développement de « l'aller vers », le « faire avec », et sur l'élargissement de la stratégie de RdRD à l'ensemble des addictions, et en s'appuyant sur les acteurs de la RDRD au-delà des CAARUD et la proposition d'un matériel diversifié et adapté aux usages.
Par exemple, le recours aux équipes mobiles « mixtes » associant professionnels de la santé et du social serait à développer (maraudes, équipes santé précarité, …). Pour le développement du « faire avec », l'ARS encourage la prise en compte de la parole des usagers à travers des espaces d'expression dédiés et la mobilisation des pairs aidants formés et encadrés en appui des équipes professionnelles. La RDR sera proposée pour toute conduite addictive y compris les addictions sans produit, et en y intégrant la protection des risques liés à la sexualité en cas de consommation de substances psychoactives. L'un des objectifs sera de prévenir la dépendance et le risque de surdose aux opioïdes.

Au-delà des CAARUD et des CSAPA, l'ARS cherchera à mobiliser des professionnels de santé non addictologues, par exemple des pharmaciens d'officine, les médecins généralistes, les unités sanitaires en milieu pénitentiaire, et plus généralement les équipes des structures du médico-social et du social, ainsi que les acteurs du travail, de l'insertion professionnelle et sociale, de la fête, les syndicats des travailleurs du sexe, … qui sont en lien avec d'éventuels usagers. Cette mobilisation pourra également s'appuyer sur les contrats locaux de santé (CLS), les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et l'Union régionale des professionnels de santé (URPS).

5. Echéances intermédiaires

Année	*Intitulé action*
2023	Mobiliser et sensibiliser les médecins et pharmaciens à travers l'appui des conseils de l'ordre
2024	Rédiger une charte d'intervention et d'engagement avec les pairs-aidants
2025	Renforcer le développement des équipes mobiles « mixtes » santé-social

6. Modalités de suivi et d'évaluation:

a) Indicateurs de pilotage :

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE INTERMEDIAIRE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Evolution de la file active (CSAPA et CAARUD) et part de la file active commune (si connue)	12029 (CSAPA) et 2854 (CAARUD) (données 2020)	En cours	En cours
2	Taux de pharmacies impliquées dans un PESP *(*)* (données RESPADD)	20%	En cours	En cours

(*) programme d'échange de seringues en pharmacie

b) Indicateur de résultat :

Renforcer l'articulation et le fonctionnement intersectoriel des professionnels impliqués (santé / social / éducation populaire/ éducation nationale, …) pour gagner en efficacité et éviter les ruptures de parcours.

ADDICTION

Objectif opérationnel n°34 : Renforcer l'impact des actions de prévention et les vigilances en addictologie

1. Contexte et enjeu

Dans un contexte favorable issu des orientations nationales déclinées dans les territoires, des avancées ont permis la poursuite du développement d'une culture de la prévention et le renforcement du soutien aux projets, notamment de lutte contre les addictions et de lieux de santé sans tabac. Le développement des compétences psychosociales est un axe important en région Centre-Val de Loire depuis 2018 au travers du déploiement de plusieurs programmes probants ou prometteurs[32], notamment en milieu scolaire.

L'enjeu est d'agir sur les déterminants de la santé, afin d'éviter l'entrée dans l'addiction, et ainsi améliorer la qualité de vie et réduire la morbidité et la mortalité liées aux conduites addictives avec ou sans substances, à toutes les étapes de la prise en charge et tout au long du parcours :

- Agir le plus précocement possible et tout au long de la vie, en évitant l'entrée dans les conduites addictives ;
- Aider les personnes engagées dans une conduite addictive à s'arrêter et réduire les risques et les dommages liés à l'usage des addictions avec ou sans substance(s) ;
- Amplifier certaines actions auprès des publics prioritaires (publics vulnérables : populations du PRAPS, femmes enceintes, personnes sous-main de justice, …) dans une volonté de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ;
- Amener tout-un chacun à intégrer la prévention dans ses comportements ;
- Renforcer le déploiement de la stratégie « Lieu de santé sans tabac » auprès des établissements ciblés prioritairement, axée sur l'amélioration de la santé du patient fumeur (sevrage tabagique), l'aide aux personnels fumeurs à s'engager dans une démarche d'arrêt du tabac, et sur le positionnement de l'établissement comme acteur de prévention et de promotion de la santé sur son territoire ;
- S'appuyer sur le Réseau régional de vigilances et d'appui (RREVA) pour la prévention des dommages liées aux substances psychoactives et la gestion des évènements indésirables graves.

2. Description de la situation actuelle

La période couvrant 2018-2021 a été bénéfique car structurante pour la promotion de la santé du fait notamment de l'octroi de crédits conséquents et annuellement reconduits, issus du fonds de lutte contre les addictions (FLCA), et de l'émergence de programmes de prévention dits « probants » ayant scientifiquement prouvé leur efficacité. Largement diffusés, ceux-ci ne sont toutefois pas encore proposés à l'ensemble des jeunes de la région Centre-Val de Loire (RCVL).

[32] L'OMS définit les données probantes comme des « conclusions tirées de recherches et autres connaissances qui peuvent servir de base utile à la prise de décision dans le domaine de la santé publique et des soins de santé » (2004). Les programmes « probants » sont recensés par Santé Publique France (SpF) et disponibles par domaine d'intervention : Répertoire des interventions efficaces ou prometteuses en prévention et promotion de la santé (santepubliquefrance.fr)

L'addiction est un **problème de santé publique** en RCVL, avec des usages de substances psychoactives dans la moyenne nationale, avec cependant des disparités territoriales ; plus de 500 enfants[33] sont touchés annuellement par une alcoolisation fœtale et près de 3 000 décès[34] par an sont liés au tabagisme.

3. Description de l'objectif

Il convient de poursuivre le renforcement de la prévention et la promotion de la santé. L'accès de tous à une prévention efficace est l'un des enjeux du parcours addiction du PRS-3.

1) Renforcer l'éducation à la santé et les compétences psycho-sociales[35] :

- Développer prioritairement les programmes probants et prometteurs à destination des jeunes en milieu scolaire, leur famille et leur entourage ;
- Développer des actions de prévention et de promotion de la santé prenant en compte les addictions comportementales dites « sans substances »
- Développer des actions visant les populations les plus fragiles.

2) Positionner les établissements de santé comme promoteurs de la santé sur leur territoire en particulier dans le cadre de la stratégie LSST :

Accompagner le virage préventif au sein des établissements de santé, en particulier au sein des maternités et Centres périnataux de proximité (CPP) de la région en s'appuyant sur le projet « ORVEP » (Outils de Repérage des Vulnérabilités En Périnatalité) porté par le réseau « Périnat Centre-Val de Loire », pour diffuser in fine la stratégie Lieu de santé sans tabac (LSST) sur l'ensemble des établissements de santé.

3) Appuyer le RREVA dans la diffusion d'une culture de la sécurité : Optimiser l'organisation du dispositif d'addictovigilance et renforcer la coordination des acteurs en lien avec le Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance – addictovigilance (CEIP-A), le Centre régional de pharmacovigilance (CRPV), …, afin d'améliorer l'organisation des vigilances, la coordination du traitement et de la gestion des signalements des évènements indésirables graves liés aux substances psychoactives (SPA), la synergie des actions préventives.

4. Modalité de mise en œuvre :

Les modalités de mise en œuvre s'appuieront sur le renforcement de l'éducation à la santé des publics les plus fragiles à travers notamment la poursuite du déploiement des programmes probants ou prometteurs auprès des publics jeunes, également sur le fait de positionner les établissements de santé comme promoteurs de santé sur leur territoire, et enfin sur la diffusion d'une culture de la sécurité en lien avec le Réseau régional de vigilances et d'appui (RREVA).

Le déploiement des programmes probants ou prometteurs auprès des publics jeunes sera poursuivi en diversifiant l'offre existante (à partir d'orientations et la définition de critères de priorisation) et en intégrant la construction d'un parcours en fonction de la trajectoire des élèves. Le fait de veiller à l'articulation des programmes entre eux sera nécessaire.

---

[33] Sources : *Réseau Périnat 2021* (données PMSI)
[34] *BSP Tabac 2021* (données 2015)
[35] Les compétences psychosociales (CPS) sont des compétences de vie, utiles au quotidien pour chacun. Elles contribuent à favoriser le bien-être mental, physique et social, et à prévenir une large gamme de comportements et d'attitudes aux incidences négatives sur la santé. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) les définit comme « un groupe de compétences psychosociales et interpersonnelles qui aident les personnes à prendre des décisions éclairées, à résoudre des problèmes, à penser de façon critique et créative, à communiquer de façon efficace, à construire des relations saines, à rentrer en empathie avec les autres, à faire face aux difficultés et à gérer leur vie de manière saine et productive » (OMS 2003).

Par ailleurs, le développement de la prévention des addictions comportementales (jeux de hasard et d'argent, jeux vidéo, usage nocif des écrans, addictions sexuelles) devra être pris en compte, ainsi que les actions de prévention adaptées aux populations vulnérables (PRAPS, milieu carcéral, mineurs non accompagnés) intégrant le repérage précoce et l'intervention brèves (RPIB) et l'accompagnement au sevrage tabagique. L'ARS cherchera à positionner les établissements de santé comme promoteurs de la santé sur leur territoire, notamment à travers leur engagement dans la stratégie nationale « Lieu de santé sans tabac » (priorité donnée aux établissements ayant une activité « femme, mère, nouveau-né, enfant » et aux établissements de soins traitant le cancer). Afin de protéger la femme enceinte et l'enfant à naître des effets néfastes des SPA, il est proposé de soutenir le projet ORVEP, porté par le réseau « Périnat Centre-Val de Loire comme levier de la stratégie : Lieu de santé sans tabac (LSST) au sein des établissements de santé, et de sensibiliser et former les professionnels de la petite enfance pour améliorer le repérage et l'accompagnement des femmes usant de SPA (***cf. Objectif opérationnel n°31 : Déployer la stratégie des 1000 premiers jours en accompagnant la parentalité et en améliorant la santé dès la grossesse , Parcours « Santé maternelle et infantile »***).

Enfin, l'ARS encouragera, à travers les acteurs impliqués dans les vigilances, la diffusion d'une culture de la sécurité, en promouvant les signalements et leur analyse (outils d'aide au signalement, formation et développement de la culture associée), et en organisant les circuits de déclarations d'addictovigilance (clarification du rôle des acteurs) et d'analyse des signalements.

5. Echéances intermédiaires

Année	*Intitulé action*
2023	Consolider un état des lieux (à minima cartographie des acteurs de la prévention, des programmes de prévention et des partenaires en ciblant en priorité le tabac et l'alcool)
2023	Mettre en place des réunions addictovigilance avec les acteurs concernés (2 réunions par an)[36]

6. Modalités de suivi et d'évaluation

a) Indicateurs de pilotage :

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE INTERMEDIAIRE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Taux de couverture des programmes probants ou prometteurs sur les territoires	A définir dès l'état des lieux (de l'ordre de 8%)		50% des enfants 3- 12 ans bénéficiaires d'interventions de développement CPS 30% des jeunes 13 -18 ans bénéficiaires de renforcement de CPS *(cible 2037) (*)*
2	Evolution du taux des jeunes de 17 ans ayant expérimenté des SPA (tabac, alcool, cannabis)	Tabac : 58,2% Alcool : 86,1 % Cannabis : 36,3 % *(*)*		

(*) instruction interministérielle du 19/08/2022 stratégie nationale de développement des CPS 2022/2037
(**) enquête ESCAPAD 2017

[36] « Le RREVA », *ARS Centre-Val de Loire*, disponible à l'adresse : https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/le-reseau-regional-de-vigilance-et-dappui-rreva-0

SANTÉ MENTALE

La santé mentale est une composante de notre santé, tout aussi importante que la santé physique. Il ne peut y avoir de santé sans santé mentale.

Introduction

La santé mentale est déterminée par de nombreux facteurs (socio-économiques, biologiques et environnementaux) et recouvre plusieurs dimensions : la santé mentale positive (bien-être et épanouissement personnel), la détresse psychologique réactionnelle (induite par un contexte ponctuel) ainsi que les troubles psychiatriques, pouvant être plus ou moins sévères, de durée variable et conduire à des situations de handicap psychique. Les personnes en mauvaise santé mentale peuvent souffrir de troubles psychiques ou non. De même, les personnes souffrant de troubles psychiques peuvent être en bonne santé mentale lorsqu'elles bénéficient de soins, d'accompagnement et de soutien social. C'est ce que l'on nomme « le rétablissement ».

Classés au troisième rang des maladies chroniques les plus fréquentes après les cancers et les pathologies cardiovasculaires, les troubles psychiques et les maladies mentales tiennent une place importante dans la vie d'au moins un quart de la population française, compte tenu de leurs conséquences sur l'entourage immédiat des patients. Or, la prévention et les interventions précoces sont insuffisantes et les diagnostics trop tardifs. Les ruptures de parcours, encore nombreuses, entraînent une détérioration des trajectoires de soins et de vie. L'insertion sociale et l'accès à une vie active et citoyenne des personnes souffrants de troubles sévères sont insuffisants et la stigmatisation relative aux troubles psychiques, encore trop prononcée. La région Centre-Val de Loire se distingue tout particulièrement par une prévalence des suicides et des problématiques importantes d'accès aux soins et aux accompagnements médico-sociaux notamment du fait des difficultés de démographie des professionnels de santé en psychiatrie et santé mentale. Les efforts effectués depuis 2018 pour renforcer le secteur et déployer de nouvelles activités et dispositifs n'ont pas, de ce fait, pu produire pleinement leurs effets. Ces difficultés d'accès se sont par ailleurs exacerbées par les deux années de pandémie au SARS-CoV2, qui ont vu se détériorer les indicateurs de santé mentale de la population générale et en particulier des plus jeunes.

La nouvelle période PRS réclamera donc de redoubler d'effort et d'engagement, tout en s'inscrivant dans la continuité des orientations stratégiques précédemment définies, enrichies des orientations nationales récentes (Assises de la santé mentale et de la psychiatrie) et en tenant compte des réformes d'envergure que sont la réforme des autorisations et celle des financements. Compte tenu de l'enjeu régional, l'action sur les problématiques de démographie des professionnels de santé constitue par ailleurs une priorité. La déclinaison de la stratégie sur l'ensemble des territoires et la réduction des inégalités territoriales continueront d'être le fil directeur de l'action de l'ARS. La démarche des Projets territoriaux de santé mentale (PTSM) qui a ancré les questions de santé mentale dans chaque territoire, constituera un maillon incontournable dans l'amélioration des parcours de proximité, la fédération et le partenariat des acteurs ainsi que la territorialisation des objectifs au plan local. Les gouvernances territoriales et les coordonnateurs de PTSM, en lien avec les dispositifs locaux (CLS, CLSM…) seront des acteurs pivots.

Les troubles du spectre autistique et neuro-développementaux, les situations de handicap et les addictions sont traités dans des parcours spécifiques.

Objectif opérationnel n°35 : Renforcer la prévention, le repérage et la prise en charge précoce de la souffrance et des troubles psychiques

1. Situation actuelle

Un certain nombre d'avancées concrètes ont été obtenues ces dernières années en termes de prévention et de repérage des situations de souffrance et de troubles psychiques, notamment via le renforcement du maillage des équipes mobiles de psychiatrie vers les populations les plus vulnérables (publics précaires, personnes âgées, enfants, adolescents, périnatalité), en termes de prévention du suicide (dispositif VigilanS de recontact des personnes suicidantes, formation des acteurs au repérage et à la gestion de la crise suicidaire) et de déploiement des formations aux premiers secours en santé mentale.

Plusieurs leviers ont été par ailleurs activés pour améliorer les possibilités de prise en charge précoce : renforcement des centres médico-psychologiques par notamment l'ouverture d'une cinquantaine de postes de psychologues et incitation à la mise en place d'évolutions organisationnelles pour réduire des délais d'attente, mise en place des premières consultations gratuites de psychologues en maisons de santé pluridisciplinaires et centres de santé, renfort des moyens régionaux dédiés à l'urgence médico-psychologique (identification d'une cellule d'urgence médico-psychologique renforcée). Un accent particulier a été mis sur la santé mentale des plus jeunes, particulièrement mise à l'épreuve avec la crise sanitaire, avec un renforcement important de la psychiatrie infanto-juvénile (prises en charge ambulatoire, accueil en hôpital de jour, capacités d'hospitalisation des enfants, équipes mobiles, liens avec les partenaires, santé mentale périnatale), des maisons des adolescents et des services de santé universitaires.

L'impact des actions menées (renforcement et accompagnement du secteur) a été limité par la crise sanitaire et a engendré une augmentation de la demande des soins dans un contexte de forte tension en termes de démographie des professionnels de santé dans le secteur de la psychiatrie et de la santé mentale.

2. Enjeux

L'enjeu est d'intensifier les actions de prévention notamment autour du suicide (taux de prévalence régional élevé), de continuer d'améliorer les conditions de repérage précoce des troubles et d'accès aux diagnostics et aux interventions rapides. Des marges de progression restent attendues en terme « d'outillage » des acteurs de première ligne au repérage (formations, cartographie des ressources) et dans l'intensification de leur partenariat avec les professionnels de la prise en charge (Impact attendu des logiques PTSM, CLSM, DAC), notamment dans le cadre de la santé mentale des plus jeunes (multiplicité des acteurs) ainsi que, de façon générale, dans la réduction des délais d'accès à un diagnostic et une prise en charge.
La sensibilisation et la formation des acteurs est également à développer afin d'outiller les professionnels dans le repérage et l'orientation mais également afin de changer les représentations autour des troubles psychiques.

3. Description de l'objectif

Région particulièrement marquée par les problématiques suicidaires, la réduction du taux de suicide et des tentatives de suicide constituera une priorité dans les cinq années à venir.

La santé mentale des plus jeunes, de la période périnatale à l'entrée dans l'âge adulte, fera également l'objet d'une attention particulière de manière à repérer et prendre en charge le plus précocement possible les problématiques psychiques et de prévenir leur impact négatif à long terme.
De façon plus générale, un objectif d'amélioration de l'accès aux diagnostics et prises en charge sera poursuivi, via la réduction des délais d'attente pour un premier rendez-vous ainsi que la structuration de réponses graduées et de parcours de soins.
Enfin, une meilleure connaissance de la santé mentale et des troubles psychiques sera recherché en déployant des actions de sensibilisation, d'informations et de formations afin de lutter contre la stigmatisation des personnes qui souffrent de troubles psychiques, de favoriser le repérage des situations, d'outiller les acteurs en contact avec des personnes souffrant de troubles psychiques et de faciliter les orientations et la mobilisation des dispositifs spécialisés de façon adaptée.

4. Modalités de mise en œuvre :

Les différents volets de la stratégie nationale multimodale de prévention du suicide seront déployés dans la région, avec une attention particulière portée sur les territoires les plus touchés. Les actions seront pilotées par l'équipe en charge de la prévention du suicide au CHRU de Tours, en lien avec les acteurs des territoires : montée en charge du dispositif VigilanS, déploiement des trois modules de formations prévention du suicide à destination de la population générale et des professionnels, mise en place du centre répondant régional du Numéro national prévention du suicide (le 31-14).
L'amélioration du parcours de santé mentale des jeunes impliquera d'agir sur différents volets : la promotion de la santé mentale via le développement des compétences psychosociales, le repérage et l'accès au diagnostic et aux prises en charge graduées, la prise en compte de l'écosystème familial (développement des thérapies familiales), le maintien de la continuité scolaire et du lien social, la prévention et gestion des situations dites complexes, avec une vigilance portée sur les publics suivis par l'Aide Sociale à l'Enfance et la Protection Judiciaire de la Jeunesse. Des réflexions seront menées à l'échelon de chaque département, en lien avec la démarche PTSM, afin d'identifier les pistes d'action et de renforcer l'articulation des acteurs des différents champs : prévention, sanitaire, médico-social, lieux d'accueil et d'écoute, institutionnels (Education nationale, Aide sociale à l'enfance – ASE / Protection judiciaire de la jeunesse – PJJ). La santé mentale des étudiants sera quant à elle pilotée en région, en lien avec les deux services de santé universitaires.

En terme d'amélioration de l'accès aux soins de façon générale, il s'agira de développer la collaboration entre les acteurs de première ligne qui repèrent les situations et les professionnels de la prise en charge (diffusion des cartographies départementales de ressources en santé mentale, élaboration de protocoles de mobilisation des professionnels spécialisés, développement des plateformes téléphoniques uniques d'orientation et d'avis spécialisés…). Le maillage des équipes mobiles de psychiatrie sera par ailleurs poursuivi et renforcé sur l'ensemble du territoire régional, en veillant à leur articulation avec les dispositifs existants. Les actions pour réduire les délais de rendez-vous seront intensifiées via le renforcement des structures (CMP notamment) et la mise en œuvre d'évolutions organisationnelles (développement des premiers accueils soignants notamment). La montée en charge du dispositif Mon Parcours Psy en région permettra par ailleurs de proposer, pour les situations de troubles légers à modérés, des consultations de psychologues remboursées par l'Assurance Maladie, selon les orientations et le cadre défini au plan national.

Enfin, des actions d'information et de sensibilisation en santé mentale seront développées sur l'ensemble des territoires via l'action des Conseils locaux de santé mentale, les contrats locaux de santé, les projets territoriaux de santé mentale et les associations (semaine d'information en santé mentale…).

De même, un vaste plan de formation des acteurs en contact avec des personnes ayant des troubles de santé mentale sera déployé afin de favoriser le repérage des situations, de leur apporter un outillage dans la

prévention des crises, de faciliter les orientations et de mobiliser les dispositifs spécialisés de façon adaptée. Les formations croisées seront privilégiées de manière à favoriser l'interconnaissance et faciliter les collaborations entre les différents secteurs impliqués. Les formations en « prévention du suicide » et aux « premiers secours en santé mentale » seront intensifiées afin de constituer un réseau de sentinelles ayant une capacité particulière de repérage et de réaction adaptée face aux personnes en souffrance ou en crise. L'ensemble des besoins de formations feront l'objet d'un plan de formation formalisé à l'échelon de chaque département dans le cadre de la démarche Projet territorial de santé mentale.

5. Modalités de suivi et d'évaluation

a) Indicateurs de pilotage

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE INTERMEDIAIRE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1 2	- Ration du nombre d'acteurs formés à la prévention suicide/ gestion crise suicidaire par territoire - Ration du nombre annuel d'inclusions dans VigilanS/Nb suicidants	En cours	En cours	En cours
3	Nombre de formateurs aux Premiers secours en santé mentale accrédités dont dans le milieu universitaire et scolaire	En cours	En cours	En cours
4	Ratio du nombre d'ETP recrutés en CMP/ nombre d'ETP financés	En cours	En cours	En cours
5	Nombre de psychologues impliqués dans le dispositif « Mon Parcours Psy »	En cours	En cours	En cours

b) Indicateurs de résultat :

- Nombre d'hospitalisations pour TS –A/E
- Nombre de passages aux urgences pour TS –A/E
- Nombre de secouristes formés à la santé mentale dont dans le milieu universitaire (financés par ARS) et scolaire
- Nombre de consultations de psychologues en ville remboursées (SNDS)
- Délai/liste d'attente en CMP, CMPP, CAMSP, MDA (Etude ORS)
- File active des Maisons des adolescents (MDA)

SANTÉ MENTALE

Objectif opérationnel n°36 : Promouvoir un parcours et de vie de qualité dans le secteur de la santé mentale

1. Situation actuelle

Le déploiement de la démarche Projets territoriaux de santé mentale (PTSM) fédérant les acteurs du parcours santé mentale sur chaque département a permis d'impulser une véritable dynamique collective autour de la santé mentale, de nature à favoriser les interventions coordonnées autour des personnes souffrantes et à améliorer concrètement leur parcours de santé et de vie.

En termes de parcours de soins, des actions de renforcement de l'aller-vers des équipes de psychiatrie et de suivi des patients en ambulatoire et en hôpital de jour ont été menées, dans une optique de prévenir les crises et des urgences et de limiter le recours aux hospitalisations. La crise sanitaire liée au COVID-19 a par ailleurs permis de mettre en place un certain nombre de bonnes pratiques qu'il serait pertinent de pérenniser (développement des consultations à distance, intensification des suivis et des visites à domicile pour les patients les plus vulnérables, renforcement du soutien aux familles…).

Les soins de réhabilitation psychosociale se sont également déployés progressivement dans les territoires. Destinés aux personnes souffrant de troubles psychiques sévères s'inscrivant dans la durée et impactant leur activité au quotidien, ces soins permettent de favoriser le rétablissement et d'accompagner les personnes vers un projet de vie. Des équipes de psychiatrie proposent dans ce cadre et de façon expérimentale, l'intervention de médiateurs-santé pairs dans leurs services, développant ainsi l'empowerment des personnes concernées par un trouble psychique.

Sur le plan de l'inclusion sociale des personnes souffrant de troubles psychiques invalidants, de nouveaux Groupements d'entraide mutuels (GEM), associations portées par et pour les usagers en santé mentale, permettant de rompre l'isolement, ont été mis en place et les structures existantes renforcées.

2. Enjeux

L'enjeu est de continuer d'agir pour organiser des parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale. Pour ces personnes, l'organisation d'un suivi précoce et coordonné socio-sanitaire constitue un enjeu particulièrement important fin de préserver leur autonomie.

3. Description de l'objectif

Il s'agit de prévenir les différentes ruptures de parcours, notamment le défaut ou l'insuffisance d'accès aux soins spécialisés et somatiques adaptés et aux accompagnements sociaux et médico-sociaux, prévenir les situations d'urgences et de crises (incluant les soins sans consentement) et les hospitalisations qualifiées

« d'inadéquates ». Le respect et la promotion du droit des patients et de leur citoyenneté, le renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir ainsi que l'accompagnement des familles doivent faire l'objet d'une attention particulière.

L'accès à des soins spécialisés, insuffisamment proposés dans les territoires, reste à développer, notamment la prise en charge des psychotraumatismes et des troubles du comportement alimentaire, les soins spécifiques aux personnes âgées et aux publics en situation de précarité. De même, concernant l'accès des personnes souffrant de troubles psychiques à un diagnostic et à des soins somatiques. L'accueil et la prise en charge des urgences et des crises nécessiteront également d'être mieux structurés et lisibles au sein des territoires. L'organisation devra être adaptée pour permettre un accès aux soins sans passer par les urgences dans un délai adapté au regard de l'état clinique du patient. Elle devra être différenciée selon la typologie des patients (nouveaux patients / patients suivis).
Les personnes ayant des troubles psychiques graves en situation ou à risque de handicap psychique feront l'objet d'une attention particulière, en bénéficiant d'interventions conjointes et coordonnées à la fois en soins psychiatriques adaptés et accompagnements médico-sociaux à l'autonomie dans la vie quotidienne. Les soins seront orientés selon les principes du rétablissement et résolument tournés vers l'ambulatoire. L'accès aux soins de réhabilitation psychosociale de nature à réduire le handicap fonctionnel, développer les habiletés et envisager un accompagnement vers un projet de vie constitue un enjeu particulièrement important, de même que le développement de suivis intensifs ambulatoires et à domicile afin de prévenir les urgences et les crises conduisant à des hospitalisations. Il s'agira également d'organiser, dans chaque territoire, un maillage adapté en matière de services médico-sociaux notamment d'accompagnement à domicile. L'accès et le maintien des personnes dans le logement, l'emploi, la formation et la participation à la vie sociale, seront recherchés en visant en priorité l'inclusion en milieu ordinaire et l'accès aux dispositifs de droit commun, ou l'accès aux dispositifs dédiés dès lors que le milieu ordinaire n'est pas ou plus adapté.
Enfin, une meilleure prise en compte des droits et souhaits de la personne ainsi que de la place de son entourage dans son parcours de santé et de vie sera poursuivie.

4. Modalités de mise en œuvre :

L'accès de la population à des soins spécifiques sur chacun des territoires sera organisé en s'appuyant sur des centres ressources régionaux, existant ou à identifier, en charge de structurer les parcours et d'animer les compétences.

L'accès aux diagnostics et soins somatiques passera par la création ou le renforcement d'équipes pluridisciplinaires de médecine au sein des établissements psychiatriques, le développement du partenariat des établissements avec les professionnels de santé libéraux notamment au sein des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), maison de santé pluridisciplinaires (MSP) et les équipes de soins primaires (ESP), le tout dans le cadre global d'une politique régionale relative à l'offre de premier recours.

L'amélioration de la prévention et la gestion des crises et des urgences se traduiront notamment par le développement, sur chaque département, de l'aller-vers de la psychiatrie à domicile et en institutions médico-sociales et par la structuration de l'organisation territoriale des prises en charge. Le parcours cible et les évolutions à opérer seront décrits à l'échelle des départements, en lien avec la démarche PTSM. Dans ce cadre, sera également abordé la problématique des situations inadéquates, notamment pour les patients au long cours en psychiatrie qui aura vocation à se traduire par des projets de transformation de l'offre, notamment de redéploiement vers des dispositifs médico-sociaux.

Pour les personnes souffrant de troubles sévères, les suivis conjoints et coordonnés sanitaires, sociaux et médico-sociaux devront être systématisés dès le début des troubles et tout au long du parcours. Des fonctions

de case management de proximité pourront être utilement développées par les équipes de secteur, en coordination avec les équipes sociales et/ou médico-sociale et les dispositifs d'appui à la coordination.

En matière d'inclusion sociale, l'ARS s'attachera à l'amélioration du maillage des territoires en matière de services d'accompagnement et établissements médico-sociaux orientés vers la santé mentale[37], d'accès à l'emploi et à l'habitat inclusif et aux structures d'entraide entre pairs, de type groupements d'entraide mutuelle.

Enfin, le renforcement des droits et de l'empowerment des personnes souffrant de troubles psychiques s'exprimera par la réduction du recours aux soins sans consentement et des pratiques d'isolement et de contention, le développement de médiateurs santé pairs en psychiatrie et en établissements médico-sociaux. L'entourage des patients et notamment les familles qui jouent un rôle de premier plan dans l'accompagnement dans la durée des personnes devra être mieux pris en compte : promotion de l'« alliance thérapeutique » au sein des établissements et services sanitaires et médico-sociaux, accès à des programmes de psychoéducation et de renforcement des compétences psychosociales, informations sur la maladie et l'organisation des prises en charge et des accompagnements, actions de soutien développées par les associations de proches et familles.

5. Modalités de suivi et d'évaluation:

a) Indicateurs de pilotage :

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE INTERMEDIAIRE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
	Nombre d'offre de proximité spécialisée en :			
1	- Psycho traumatismes	2 territoires	4 territoires	} 1 dans chaque
2	- Troubles du comportement alimentaire	ND	50% des territoires	} territoire
3	- Troubles psychiques des personnes âgées	ND	50% des territoires	} a minima
4	- Soins de réhabilitation psychosociale	4 territoires	100% des territoires	100% des ES
5	Nombre de chambres d'apaisement	En cours	En cours	En cours

b) Indicateurs de résultat :

- Part des prises en charge psychiatriques réalisées en ambulatoire/Taux de recours aux actes ambulatoires standardisés
- Nombre de personnes prises en charge pour une pathologie psychiatrique qui ont eu au moins une consultation de médecin généraliste dans l'année (SNDS)
- Nombre de mesures d'isolement et de contention / nombre de séjours en SSC
- Nombre de passages aux urgences pour motif psychiatrique
- Taux de patients hospitalisés au long cours (>270 jours en cumulé) dans les ES autorisés en psychiatrie
- File active des personnes suivies par un psychologue en centre d'hébergement/accueil de jour
- File active des personnes âgées suivies par les équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée
- Nombre de GEM/ personnes fréquentant les GEM et adhérents de ClubHouse

[37] SAAD, SSIAD, SPASAD, SAVS, SAMSAH pour les adultes, SESSAD, IME, DITEP…

- Nombre de proches / aidants ayant bénéficié d'un accompagnement par l'U union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM)

SANTÉ MENTALE

Objectif opérationnel n°37 : Faire face aux problématiques de démographie des professionnels de santé dans le secteur de la santé mentale

1. Situation actuelle

La région Centre-Val de Loire fait face à des difficultés majeures concernant l'accès, tant à un médecin traitant (85% de la population est en zone sous-dense selon le zonage 2022), qu'aux médecins spécialistes (densité régionale globale la plus faible en France métropolitaine). Les professions paramédicales sont également en tension (infirmiers, aides-soignants, kinés…). Ces dernières années, les établissements de santé et médico-sociaux, publics et privés, ont connu des difficultés croissantes de recrutement pouvant parfois amener à la fermeture de lits ou de structures.

Ces problèmes de démographie des professionnels de santé n'épargnent pas le secteur de la psychiatrie et de la santé mentale et impactent significativement le parcours des personnes souffrant de troubles psychiques. Concernant les médecins psychiatres, la discipline connait des difficultés d'attractivité au niveau national (40^{e} position sur 44) de même qu'à l'échelon régional. La densité des psychiatres en région s'établit à 15,4 psychiatres pour 100 000 habitants, ce qui place la région en dernière position France métropolitaine (moyenne nationale : 22.5 psychiatres pour 100 000 habitants). L'Eure et Loir, l'Indre et dans une moindre mesure le Loiret disposent significativement de moins de professionnels par rapport à la population.

Quelques avancées ont été obtenues ces dernières années : augmentation depuis 2018 du nombre de postes d'internes ouverts aux Epreuves classantes nationales (ECN – 13 en 2022 versus 10 en 2017), reconnaissance de la psychiatrie en tant que « spécialité en tension » en 2022 dans l'ensemble des établissements, volonté d'augmenter le taux d'étudiants hospitaliers de deuxième cycle en service de psychiatrie. Le nombre de postes de praticiens hospitaliers vacants dans les services de psychiatrie s'élève selon la dernière enquête ARS d'avril 2022 à 80 postes environ. Certains de ces postes sont occupés par des praticiens contractuels, des praticiens à diplôme étranger, hors union Européenne (attachés associés) mais une proportion pouvant être importante n'est occupée par aucun professionnel (plus d'un quart des postes dans certains établissements).

Malgré une augmentation des effectifs étudiants en soins infirmiers ces dernières années (+ 6 % par an depuis 2019) et le démarrage des formations des infirmiers de pratique avancées (19 IPA santé mentale diplômés ou en cours de formation en région en 2022), des difficultés notables de recrutement d'IDE sont rencontrées par les établissements, notamment en psychiatrie, avec un nombre de postes vacants pouvant être élevé pour certains d'entre eux.
Avec une densité moyenne de 106,6 psychologues pour 100 000 habitants, la région Centre-Val de Loire se situe également en queue de peloton des régions de France métropolitaine, juste avant la Corse (densité moyenne nationale : 136). Les densités sont variables d'un département à un autre tout en étant inférieures au niveau national, à l'exception du département de l'Indre-et-Loire (l'Indre et l'Eure et Loir sont les moins dotés). A noter que plus de la moitié des psychologues formés en région vont exercer hors région.

2. Enjeux

Alors que les besoins liés à l'augmentation des problématiques de santé psychique s'intensifient, le contexte de pénurie des professionnels de santé engendre des problématiques importantes d'accès à l'offre de soins de psychiatrie avec des délais de rendez-vous élevés en CMP, des possibilités insuffisantes de suivis ambulatoires intensifs et d'intervention sur les lieux de vie, une limitation de l'accès à l'hospitalisation (notamment en pédopsychiatrie), et par conséquent un risque de dégradation et de chronicisation des troubles qui finissent à termes par impacter la demande de soins. L'insuffisance de médecins traitants limite par ailleurs significativement la nécessaire prise en charge somatique des patients souffrant de troubles psychiques sévères. Ce contexte rend les conditions d'exercice des professionnels difficiles notamment au sein des services de psychiatrie et met à mal les efforts d'accompagnement financier du secteur depuis quelques années visant le renforcement des services existants et le déploiement d'un certain nombre de projets et nouvelles activités.

L'identification et l'activation d'un certain nombre de leviers au plan régional susceptibles d'étoffer et de fidéliser le nombre de professionnels en santé mentale et en psychiatrie en établissement et en libéral (psychiatres, IDE, aides-soignants, psychologues en particulier) constitue un enjeu majeur de la politique d'amélioration du parcours de santé mentale en région.

3. Description de l'objectif

4 grands axes d'action régionaux sont identifiés :

- ✓ Le renforcement et l'amélioration de la formation des professionnels de santé médicaux et non-médicaux, dont le déploiement des pratiques avancées (IPA) en psychiatrie et santé mentale
- ✓ Le développement de l'attractivité du secteur de psychiatrie et de la santé mentale ainsi que la fidélisation des professionnels
- ✓ Le déploiement de l'usage de la télé-médecine
- ✓ La mise en place d'un pilotage objectivé des professionnels en psychiatrie/santé mentale

4. Modalités de mise en œuvre :

Un important levier va constituer à « former plus et mieux » les futurs professionnels tant médicaux que soignants.
La mise en place d'une deuxième faculté de médecine sur Orléans à horizon 2025 va permettre de former davantage de médecins en région (105 PACES/an), de renforcer l'offre de formation de troisième cycle et d'accroître le nombre d'internes en psychiatrie. Le recrutement d'hospitalo-universitaires de psychiatrie et l'harmonisation des enseignements en psychiatrie vont représenter un enjeu important, qui nécessitera une collaboration entre le CHRU de Tours, le CHR d'Orléans et l'EPSM George Daumézon. Il conviendra de continuer de veiller à la bonne répartition des internes sur l'ensemble du territoire dans des terrains de stages agréés et aux bonnes conditions d'accueil et d'encadrement de ces derniers (formalisation de recommandations aux établissements, accompagnement des établissements dans l'atteinte des exigences de l'agrément des lieux de stage, prise en compte des facilités logistiques proposées dans les territoires). Enfin, l'augmentation des possibilités d'accueil des faisant fonction d'internes et des stagiaires associés constituent des pistes permettant de limiter l'impact des difficultés de recrutement médical, de même que la possibilité introduite par la réforme du 2ème Diplôme d'études spécialisées (DES) qui permet aux médecins en exercice d'acquérir une nouvelle spécialité et qui s'accompagnée d'une ouverture de poste (la spécialité de psychiatrie étant la seule, à ce jour, à avoir un candidat identifié pour intégrer ce nouveau parcours).

Au-delà de l'objectif général régional de renforcer l'offre de formation médicale en psychiatrie, l'ambition identifiée pour le secteur de la psychiatrie et de la santé mentale est de déployer massivement les IPA, en complément de la politique régionale de développement les capacités de formation d'IDE dans les Institut de formation en soins infirmiers (IFSI) de la région. Cet objectif se déclinera via une augmentation des capacités globales de formation des IPA (de 20 places en 2021 à 50 à horizon 2023), le déploiement d'un plan de communication auprès des établissements de santé, des établissements et services médico-sociaux et du secteur libéral (thésaurus des missions de l'IPA santé mentale, maquette de formation, témoignage vidéo, retex…) ainsi qu'un accompagnement des professionnels et structures dans la démarche de formation et d'insertion des nouveaux diplômés (élaboration et diffusion de bonnes pratiques, accompagnement à l'élaboration des projets, soutien financier, suivi du devenir des nouveaux diplômés, développement des échanges entre pairs). La nomination de personnels hospitalo-universitaires de psychiatrie à Orléans, permettra leur participation au programme de la mention "santé mentale et psychiatrie" du Master IPA actuellement porté par l'université de Tours (en lien avec l'université d'Angers) et permettra de renforcer l'implémentation d'IPA dans le dispositif de soins psychiatriques de la région.

Concernant la profession des psychologues, l'enjeu sera de définir leur place dans le parcours de soins, et notamment leur rôle au sein des services de psychiatrie et de poursuivre la communication sur le dispositif « Mon parcours psy » afin de favoriser l'engagement des professionnels et le recours de la population.

Le développement et/ou le maintien des compétences des infirmiers et des autres professionnels (aides-soignants…) en psychiatrie et santé mentale et dans le champ du handicap constitue également un axe fondamental. L'ambition serait de créer un pack de formation à l'échelle régionale pouvant être proposé aux nouveaux diplômés ou aux professionnels en exercice souhaitant s'orienter vers le secteur de la psychiatrie ou réactualiser leurs connaissances (formation continue).

Un certain nombre d'actions de nature à favoriser l'attractivité de la discipline et du secteur de psychiatrie et santé mentale ainsi que la fidélisation des professionnels seront également menées.
Tout d'abord, des actions générales de communication sont envisagées afin d'agir sur des représentations de la psychiatrie qui peuvent être négatives ainsi que de promouvoir la variété et la diversité des métiers et des plateaux techniques: relai des campagnes nationales sur l'attractivité de la discipline, relai des campagnes sur l'attractivité de la région et des départements, sensibilisation des étudiants.
Il conviendra par ailleurs de développer significativement les stages en psychiatrie des étudiants en santé (étudiants externes afin de favoriser le choix de la spécialité, élèves infirmiers et psychologues afin de faciliter les orientations professionnelles vers le secteur (recensement des lieux de stage, de développement des capacités et de la politique d'accueil, notamment en établissement).
Afin de favoriser le recrutement de nouveaux professionnels, la visibilité des responsables pédagogiques sur les postes vacants dans les différents services de la région sera également organisé et les établissements invités à mettre à jour leurs postes vacants sur les différents sites spécialisés.
Par ailleurs, un certain nombre d'actions concourant à valoriser et dynamiser le secteur sont identifiées : encouragement et promotion de l'innovation et la recherche en psychiatrie (appels à projets, accompagnement des équipes engagées, diffusion des projets, retours d'expérience...), de même que le développement des échanges régionaux entre les professionnels (journée annuelle régionale, communautés de pratiques, outils partagés, site internet…)

Le déploiement des usages de la télémédecine sera également accéléré : développement des téléconsultations, télé-expertise… (identification des sujets en cours).

La stratégie régionale s'appuiera enfin sur la mise en place d'un pilotage régional objectivé des professionnels de santé dans le secteur de la psychiatrie et de la santé mentale. Sur la base d'un recueil et d'un suivi (à organiser) des différentes données (formations, postes vacants…), l'objectif sera d'observer les tendances, anticiper et ajuster les actions en conséquence. Un comité de pilotage réunissant l'ARS, la Faculté de médecine, les représentants des établissements et des écoles de formation sera constitué et réuni 2 fois par an.

5. Modalités de suivi et d'évaluation :

a) Indicateurs de pilotage :

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE INTERMEDIAIRE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Nombre d'IPA santé mentale formées en région et part/total IPA	En cours	En cours	En cours
2	Proportion de stages des externes réalisé en psychiatrie	En cours	En cours	En cours
3	Capacité d'accueil de stages agréés et répartition par département des internes en psychiatrie	En cours	En cours	En cours
4	Proportion de stage des étudiants en soins infirmiers (ESI) réalisés en psychiatrie	En cours	En cours	En cours
5	Taux de psychologues formés en région réalisant leurs stages en région	En cours	En cours	En cours
6	Taux de fidélisation des internes formés en région	En cours	En cours	En cours
7	Taux de fidélisation des IPA formés en région	En cours	En cours	En cours
8	Taux d'Etudiant en soins infirmiers (ESI) formés en région prenant leur poste en psychiatrie en région	En cours	En cours	En cours
9	Taux de fidélisation des psychologues formés en région	En cours	En cours	En cours
10	Taux d'abandon des études pour les internes affectés en psychiatrie	En cours	En cours	En cours

b) Indicateurs de résultat :

- Nombre et part des postes vacants dans les services de psychiatrie (psychiatres / IDE / psychologues)

DIABÈTE, HYPERTENSION ARTÉRIELLE ET OBÉSITÉ

Introduction

Les maladies cardiovasculaires (CV) sont la deuxième cause de mortalité, et la première cause de décès chez les femmes et les personnes de plus de 65 ans. Elles touchent les hommes et les femmes de tout âge du fait de l'augmentation des comportements à risque comme une mauvaise alimentation, un manque d'activité physique, la sédentarité, le tabagisme ou l'abus d'alcool, ainsi que de l'exposition au stress. Ces caractéristiques comportementales peuvent favoriser une hypertension artérielle (HTA), une hyperglycémie, une hyperlipidémie ou encore un excès de poids. Les inégalités sociales de santé peuvent également avoir des répercussions sur le risque CV. Les maladies CV sont aussi l'une des principales causes de morbidité.

Il a été priorisé de traiter dans ce chapitre la construction des parcours obésité-HTA-diabète. Le facteur de risque tabac est traité dans le parcours Addictions et le parcours spécifique cardiologie de la personne âgée est traité dans le chapitre Offre de soins de proximité – personne âgée. Les facteurs environnementaux et sociaux influençant sur les facteurs de risques cardiovasculaires sont traités dans le chapitre Environnements favorables à la santé et le PRAPS.

En région Centre-Val de Loire, en 2020, l'incidence et les taux de mortalité du diabète sont plus élevés qu'au niveau national avec une incidence de 391,1 pour 100 000 habitants contre un taux national de 379,9 pour 100 000 habitants et un taux de mortalité de 48,3 pour 100 000 habitants contre un taux national de 45,8 pour 100 000 habitants. Il en est de même pour la prévalence de l'obésité (18,5% en région et 17% au niveau national) avec une progression importante relevée entre 1992 et 2012 (7,1 points au niveau régional contre 6,5 points au niveau national). L'HTA est la première maladie chronique dans le monde. En France, environ 12 millions de patients sont traités pour une HTA.

L'hypertension artérielle, le diabète de type 2 et l'obésité sont des pathologies liées à des facteurs de risque évitables communs, parmi lesquels l'alimentation et l'activité physique ont une place primordiale. Ces deux pathologies sont fréquemment associées et constituent un facteur de risque majeur de l'aggravation de l'état de santé.

Objectif opérationnel n°38 : Encourager les comportements favorables à la santé en matière de nutrition et d'activité physique

1. Situation actuelle

En région Centre-Val Loire, de nombreux acteurs agissent sur la nutrition et l'activité physique comme déterminants de santé. En déclinaison des plans nationaux, des stratégies sont impulsées par différentes institutions (DRAJES, DRAAF, Education nationale) et par les collectivités locales.

2. Enjeux

Pour enrayer la progression de l'incidence du diabète et de l'obésité, il est nécessaire de développer la pratique d'activité physique et de lutter contre la sédentarité chez les enfants, adolescents et adultes. Le renforcement des comportements favorables à la santé est intimement lié à l'amélioration de l'environnement alimentaire et physique. Le principe d'universalisme proportionné doit être recherché dans la mise en place des actions pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. L'enjeu est de réussir à atteindre les populations particulièrement vulnérables. Le Plan Héritage et Durabilité des Jeux Olympiques et Paralympiques de Paris 2024 est une opportunité pour enclencher une dynamique et modifier durablement les comportements.

3. Description de l'objectif

L'atteinte de l'objectif sera permise par une action à plusieurs niveaux :

- L'implication tout d'abord du cadre scolaire et extrascolaire, en associant l'ensemble des acteurs entourant les enfants et adolescents.
- La modification de manière durable des comportements pour développer la pratique d'activité physique quotidienne non sportive, durant les temps de transport ou de loisirs pour tous à et tout âge et ne nécessitant pas d'encadrement spécifique. Cet objectif passe par l'aménagement du milieu de vie pour rendre la pratique facile, agréable et sécurisée. Les collectivités locales sont des acteurs incontournables et à ce titre, cet objectif est en lien avec le déploiement de l'urbanisme favorable à la santé (autre chapitre du PRS). Le rôle des employeurs est également important pour accompagner le développement des déplacements actifs entre le domicile et le travail.
- L'accompagnement des publics en situation de précarité vers une alimentation favorable à la santé en lien avec la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté. La notion de littératie en santé doit être prise en compte avec la nécessité de simplifier l'information pour la rendre accessible. Il est indispensable de s'appuyer sur les personnes travaillant auprès des populations précaires pour mieux les accompagner vers une alimentation favorable à la santé, à la pratique au quotidien d'une activité physique tout en réduisant les comportements sédentaires.

4. Modalités de mise en œuvre

Objectif spécifique n°1 : Développer la pratique d'activité physique chez les enfants et les adolescents, et en particulier chez les filles ***(cf. Chapitre 1 : Prévention – Promotion de la santé)***

- Déployer en région un programme reconnu probant par Santé Publique France, à destination des enfants et des adolescents, telle la démarche ICAPS (Intervention Centrée sur l'Activité Physique et la Sédentarité)
- Accompagner la généralisation des 30 min APQ (Activités physiques quotidiennes) dans les écoles et renforcer la place de l'activité physique dans le cadre extrascolaire
- Lutter contre la discrimination envers les enfants en surpoids ou obèses en sensibilisant les éducateurs sportifs et les enseignants.

Objectif spécifique n° 2 : Encourager la mobilité active

- Sensibiliser les collectivités au déploiement des mobilités actives : urbanisme favorable à la santé, aménagement du territoire, sécurisation des trajets et de la pratique (pédibus, vélobus…), aménagement de voies cyclables ***(cf. Chapitre 2 : Des environnements favorables à la santé à l'hôpital et dans les établissements médico-sociaux).***
- Accompagner les employeurs pour favoriser les déplacements actifs entre le domicile et le travail ainsi que pour les petits trajets dans le cadre du travail

Objectif spécifique n°3 : Promouvoir une alimentation favorable à la santé en délivrant une information accessible et adaptée selon les publics

- Mieux accompagner les personnes en situation de précarité vers une alimentation favorable par la formation des personnes ressources (personnels de la santé et du social…) pour la délivrance d'informations accessibles, ***(cf. PRAPS***, formation des professionnels de 1ère ligne)
- Renforcer les compétences des parents en facilitant l'accès à des consultations diététiques en lien avec les services de la Protection maternelle et infantile ***(cf. Parcours « Santé maternelle et infantile »).***
- Renforcer la place de l'éducation nutritionnelle dans la restauration scolaire (sensibiliser les enfants mais aussi les personnels)

Il sera nécessaire de s'appuyer sur l'ensemble des Collectivités territoriales, les établissements scolaires, le mouvement sportif, les Maisons sport-santé, les professionnels du social, ainsi que sur les partenaires institutionnels (Education nationale, DRAJES, Santé publique France, DREETS, DRAAF).
De nombreux dispositifs peuvent contribuer à la réalisation de ces objectifs, dont la dynamique « Terre de jeux » dans le cadre de la Coupe du Monde de Rugby et des Jeux Olympiques et Paralympiques 2024, la campagne de marketing social de Santé Publique France, les Plans régionaux santé environnement et santé au travail, la Conférence régionale du sport, la dynamique des 1000 premiers jours, les Projets alimentaires de territoire …

5. Echéances intermédiaires

Année	*Intitulé action*
2023	Construction d'une méthodologie de recueil des données de surpoids et d'obésité dans le cadre des visites médicales à l'école (PMI pour les 3-4 ans et Education nationale pour les 6 ans)
2024	Dans le cadre de la dynamique Terre de Jeux 2024, impulser les actions de renforcement de la pratique d'activité physique chez les enfants et les adolescents

6. Modalités de suivi et d'évaluation

a) Indicateurs de pilotage :

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE A 3 ANS	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Nombre de structures ou territoires portant un programme probant centré sur l'activité physique à destination des enfants et des jeunes déployés en région (en cumulé)	0 (2021)	12	30
2	Nombre de licences sportives enregistrées en région pour les enfants et jeunes entre 0 et 19 ans (sur une année)	306 651 (2019)	En cours	En cours
3	Nombre de bénéficiaires orientés par les maisons sport-santé vers une pratique de sport santé bient-être	297 (cumulé 2019 à 2021)	En cours	En cours

b) Indicateur de résultat :

- Briser la courbe de croissance de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants de moins de 6 ans.

DIABÈTE, HYPERTENSION ARTÉRIELLE ET OBÉSITÉ

Objectif opérationnel n°39 : Construire des parcours Obésité, Hypertension artérielle et Diabète explicites et gradués répondant aux besoins des territoires

1. Situation actuelle

Les facteurs de risques cardiovasculaires suivants : Obésité, HTA et Diabète, sont traités dans cet objectif opérationnel. Le facteur de risque Tabac est traité dans le parcours Addictions et le parcours spécifique cardiologie de la personne âgée est traité ***dans le Chapitre 6 : Offre de soins de proximité coordonnée : Parcours Personnes Âgées.***

Au total en 2019, 136 875 personnes de la région Centre-Val de Loire ont été prises en charge au titre d'une affection de longue durée (ALD) pour diabète de type 1 et 2. On compte en moyenne 11 000 nouvelles admissions chaque année. On note un taux significativement supérieur à la France métropolitaine. Par ailleurs une surmortalité par diabète est observée à l'est et au sud de la région.
D'après l'enquête Obépi de 2020, 18,5% des adultes présentent une obésité en région, contre 17% France métropolitaine. Ce taux était de 16,9% pour la région en 2012.
Par ailleurs, environ 1000 enfants sont suivis pour un diabète de type 1 par les équipes hospitalières. Ce nombre est en augmentation constante depuis 10 ans et les études scientifiques internationales prévoient une augmentation importante d'ici 2040.

Les acteurs sont nombreux à agir contre le diabète et l'obésité que ce soit en termes de prévention, de repérage et de dépistage ou de prise en charge. On dénombre des actions multiples déjà conduites en région qu'il sera nécessaire de continuer à accompagner.
Les structures d'exercice coordonné portent des actions autour du repérage et du dépistage du diabète, du surpoids et de l'obésité, du suivi et de la coordination des parcours de soins.
Les acteurs du sport-santé et de l'éducation thérapeutique du patient interviennent à différents niveaux d'évolution des pathologies.
Concernant l'obésité, des acteurs clés comme les deux centres spécialisés obésité et les services médicaux de réadaptation interviennent sur la prise en charge et le suivi des cas complexes.

L'HTA est la première maladie chronique dans le monde. En France, environ 12 millions de patients sont traités pour une HTA. Une prise en charge efficace de l'HTA diminue le risque de complications CV et contribuera à l'allongement de l'espérance de vie de la population de notre Région. On estime qu'environ 20 % des patients hypertendus ne sont pas traités et 50 % des patients hypertendus traités n'atteignent pas les objectifs de pression artérielle (PA) contrôlée. La PA augmente avec l'âge, si bien que la prévalence de l'HTA augmente aussi significativement avec l'âge. Chez les assurés sociaux de plus de 35 ans, la prévalence de l'HTA atteint 30%, 60 à 70% des personnes de plus de 70 ans sont traitées pour HTA. La prévalence de l'HTA est associée à la consommation d'alcool, à l'indice de masse corporelle (IMC)[38], au diabète, au tabagisme et à un niveau

[38] « Table d' indice de masse corporelle », *HAS*, disponible à l'adresse : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-10/annexe_1_table_dindice_de_masse_corporelle.pdf

socioéconomique plus bas. La société française de Néphrologie souligne l'augmentation de l'absence de contrôle de l'HTA depuis 15 ans en France. Le constat actuel de 2022 montre que le parcours de soins dédié à l'HTA sur la Région Centre-Val de Loire pourrait être amélioré.

2. Enjeux

Certains points de fragilité ont été identifiés :
On constate parfois un décalage entre l'offre et la demande (par exemple, des places pour enfants dans les Soins de suite et réadaptation – SSR restent vides car l'offre ne répond pas aux besoins ou à l'acceptation des familles).
Il existe peu d'offre spécifique d'activité physique adaptée en ambulatoire pour les enfants /adolescents présentant une obésité sévère. Beaucoup de programmes d'Education thérapeutique du patient (ETP) sont consacrés aux pathologies métaboliques. L'enjeu est de renforcer la qualité de ces programmes, de veiller à la cohérence des programmes entre eux et à la répartition de l'offre territoriale. Le diabète et l'obésité étant des comorbidités, les programmes ayant une approche pluri pathologies doivent être davantage développés.

Les représentants des patients rapportent que les termes de diabète et d'obésité sont souvent difficiles à entendre pour les personnes concernées. La façon dont un professionnel de santé annonce le diagnostic au patient influe sur la compréhension de la maladie et sur les capacités à prendre en main sa maladie.
Par ailleurs, il est constaté que le dépistage du diabète est souvent sous-estimé par le médecin traitant (la réalité des pratiques s'écarte sensiblement des recommandations HAS), ce qui implique des découvertes tardives. Les messages et les modalités de prise en charge diffèrent parfois d'un professionnel à l'autre ce qui brouille la compréhension du patient.
Concernant le diabète de type 1, des enjeux psycho-sociaux importants existent autour de l'annonce de la maladie chronique aux parents et à l'enfant en âge de comprendre. Un point de rupture est clairement identifié par les professionnels de santé lors de la transition de prise en charge entre la pédiatrie et l'âge adulte. Tous ces jeunes patients doivent atteindre l'âge adulte avec un niveau d'autonomie suffisante face aux soins et au suivi nécessaire d'une maladie (l'hyperglycémie chronique) la plus pourvoyeuse de complications cardio-vasculaire après 45 ans.

Les données de santé de la région concernant l'HTA sont mal connues et peu explorées. Nous ne disposons pas d'un registre d'analyse des chiffres tensionnels de notre population fiable. Il est donc difficile de mesurer l'impact des mesures tant que nous n'aurons pas une cartographie précise de l'état tensionnel des patients de la région. La filière Régionale HTA s'appuie sur le maillage territorial, s'étendant de la médecine générale comme premier recours (1er motif de consultation de médecine générale), à des centre européens d'excellence d'HTA, dont fait partie le service de néphrologie du Centre hospitalier universitaire (CHU) Tours. Actuellement la majorité des patients sont actuellement diagnostiqués, et pris en charge par les médecins généralistes. Les prises en charge très complexes ou compliquées peuvent être organisées dans des services spécifiques hospitaliers. Les missions des différents intervenants médicaux et paramédicaux de la Région doivent être précisées. La démographie médicale de médecine générale pour 2023-2028 doit nous amener à optimiser les filières de prise en charge / dépistage de ce facteur de risque CV. Le développement de structures nouvelles, comme les maisons sport et santé, le centre de santé de soins primaires et de dépistages, la délégation de tache à d'autres corps de métier de la santé devraient aboutir à des actions rapides prioritaires à mener dans ce délai de 5 ans pour augmenter le dépistage de l'HTA et le fléchage de ces patients dans un parcours dédié.

3. Description de l'objectif

L'objectif est de construire avec tous les acteurs et de rendre lisible dans chaque territoire (département ou infra-départemental) les parcours de santé proposés aux usagers en fonction de leur âge et de la sévérité de leur(s) pathologie(s). Il est par ailleurs nécessaire de considérer la place des patients dans une approche systémique et de rechercher une harmonisation des messages qui leur sont donnés afin d'améliorer leur

orientation vers une prise en soin adaptée. Des actions centrées sur l'amélioration de la communication entre patients et professionnels de tous milieux (santé, social, éducatif…) sont indispensables.

Le dernier axe est d'améliorer la connaissance et l'information dans le domaine des facteurs de risque cardiovasculaires, via l'Observatoire Régional des facteurs de risque cardiovasculaires.

4. Modalités de mise en œuvre

Objectif spécifique n°1 : Construire une offre territoriale adaptée aux besoins (***cf. Chapitre 5 : Offre de soins de proximité coordonnée : Parcours en population générale***)

- Identifier dans chaque territoire les acteurs-ressources en capacité de connaitre le maillage territorial et de coordonner l'ensemble des acteurs
- Identifier les professionnels de santé et les établissements pouvant être coordinateur de parcours complexe et mieux identifier, promouvoir et valoriser le rôle des infirmiers en pratiques avancées (IPA) et infirmières « Action de santé libérale en équipe » (ASALEE) dans la coordination de parcours et l'ETP
- Promouvoir la prescription de l'activité physique adaptée auprès des médecins et des patients et mieux identifier l'offre et la renforcer si besoin pour les enfants/ados ayant une obésité sévère.
- Encourager l'ensemble des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) à avoir par département un représentant médecin généraliste référent et une IPA référente de l'HTA (***cf. Chapitre 5 : Offre de soins de proximité coordonnée : Parcours en population générale***)

Objectif spécifique n°2 : S'appuyer sur les démarches de parcours coordonnées en ambulatoire

- Accompagner le déploiement de « Mission : Retrouve ton cap » et des expérimentations régionales Article 51 (GPSO, TIMEO, TOPASE) par la promotion et la présentation sur chaque territoire de l'offre globale, des spécificités de chaque action, et de leur complémentarité. (***cf. Chapitre 10 : Innovation organisationnelle en santé***)
- Encourager les Maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) et les CPTS à développer des actions sur le diabète et/ou l'obésité dans le cadre de l'accord conventionnel interprofessionnel (***cf. Chapitre 5 : Offre de soins de proximité coordonnée : Parcours en population générale***)

Objectif spécifique n°3 : Améliorer la qualité et la cohérence de l'offre ETP à destination des patients porteurs de diabète, HTA et/ou d'obésité sur chaque territoire (***cf. Chapitre 1 : Prévention – Promotion de la santé***)

- Proposer plusieurs niveaux d'ETP gradués et explicites pour répondre aux besoins
- Développer les AECP (actions éducatives ciblées et personnalisée) et les programmes d'ETP sur les besoins de compétences des patients plutôt que sur les pathologies (programmes pluri-pathologies, programmes modulaires). Intégrer les problématiques liées à la vie affective et sexuelle des patients porteurs de diabète et/ou d'obésité dans les actions et les programmes d'éducation thérapeutique

Objectif spécifique n°4 : Permettre une communication harmonisée entre les patients et les professionnels de santé autour de l'HTA, du diabète et de l'obésité

- Sensibiliser et former les professionnels de santé à l'annonce du diagnostic et à la communication avec les patients sur ces maladies (consultation d'annonce), en formations initiale et en interdisciplinarité (***cf. Chapitre 3 : Démographie et attractivité des professions de santé)***
- Former et outiller les patients pour faciliter la communication avec les soignants
- Renforcer les liens avec les représentants des patients
- Construire un « Réseau de professionnels » (type Reppop : réseaux de prévention et de prise en charge de l'obésité)
- Investir l'outil « Mon espace santé » pour optimiser le partage d'informations entre les professionnels et les patients (**cf**. ***Chapitre 9 : E-santé)***
- Communiquer à l'échelle régionale lors de la journée mondiale de l'HTA

Objectifs spécifique n°5 : Consolider le parcours de santé Obésité (***cf. Chapitre 8 : Offre de soins de référence et de recours***)

- Identifier les acteurs de la santé et du social, telles les maisons des adolescents, qui concourent au repérage et à la prise en charge de l'obésité chez les enfants
- Identifier un parcours de prise en charge des obésités infantiles selon les 3 niveaux de recours
- Faciliter la recherche des comorbidités par le médecin traitant par un bilan biomédical
- Intégrer les champs bio psycho sociaux dans les actions à destination des personnes présentant une obésité
- Anticiper les besoins d'accueil des publics âgés avec obésité : places et équipement en EHPAD, accompagnement des professionnels (***cf. Parcours « Personnes âgées »***)
- Organiser l'accès aux soins des grands obèses : transport, équipe intervenant à domicile
- Identifier un service médical de réadaptation répondant au cahier des charges « Obésité complexe »

Objectif spécifique n°6 : Optimiser la prise en charge du diabète de type 1 chez l'enfant

- Améliorer la transition pédiatrie / adulte en proposant des protocoles de transmission et de prise en charge ville/hôpital et en développant des actions éducatives ciblées personnalisées (AECP) à destination des adolescents (***cf. Chapitre 5 : Offre de soins de proximité coordonnée : Parcours en population générale***)
- Structurer une communauté de pratique avec les équipes de diabéto-pédiatrie de la région
- Formation des professionnels de santé et de la petite enfance et de parents ressources et/ou patients experts

Objectif spécifique n°7 : Optimiser la prise en charge de l'HTA

- Améliorer la connaissance régionale de l'HTA dans la population en se dotant d'un Observatoire Régional de l'HTA.
- Inciter à la formation des professionnels de santé sur la prise en charge de l'HTA
- Etre force de représentation des hypertendus auprès des différents partenaires de l'ARS
- Travail sur la diversification du diagnostic de l'HTA par d'autres professions de santé
- Mailler les départements en nommant un référent médical et IPA HTA
- Accompagner l'expérimentation de projet d'ouverture d'Hôpital de Jour dédié
- Communiquer auprès des professions médicales et paramédicales sur la hotline HTA du CHU pour les prises en charge complexes ou compliquées.

La réalisation de ces objectifs sera permise par la sollicitation des dispositifs d'appui à la coordination de chaque département, les groupements hospitaliers de territoires, le pôle régional de ressources et d'expertise en ETP, les centres spécialisés de l'obésité, les maisons sport santé, les associations de patients, les établissements de santé, les CPAM, les porteurs d'expérimentations, le collégium Santé ainsi que les services diabéto-pédiatriques des centres hospitaliers. Les partenaires tels que les contrats locaux de santé, l'union régionale des professionnels de santé, les ordres professionnels devront être associés.

Il sera possible de s'appuyer sur plusieurs outils existants, qu'il conviendra d'éventuellement consolider, notamment les sites Internet régionaux tels qu'Obécentre, Prévaloir, Sport-Santé…

5. Echéances intermédiaires

Année	*Intitulé action*
2023	Prise en compte des orientations de la nouvelle feuille de route pour la prévention et la prise en charge de l'obésité
2023	Campagne de communication HTA sous l'impulsion de l'ARS
2023	Appel à candidature référent médical HTA départemental
2024	Identifier dans chaque territoire un acteur ressource en capacité de coordonner l'offre territoriale

2024	Présenter et promouvoir dans chaque territoire les dispositifs de parcours coordonnés existants
2024	Déploiement du projet Serious Game « comme un JE », financé par l'appel à projet e-santé et destiné à former à la communication entre professionnels et patients

6. Modalités de suivi et d'évaluation

a) Indicateurs de pilotage :

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE A 3 ANS	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Nombre de bénéficiaires du dispositif Mission Retrouve Ton Cap	Donnée à récupérer	En cours	En cours
2	Proportion des généralistes ayant réalisé des consultations avec la lettre-clé surpoids/obésité pour les enfants	Donnée à récupérer	En cours	En cours
3	Nombre d'utilisateurs du serious game « COM' un Je »	(en cours de construction)	En cours	En cours
4	Mise en place d'une communauté de pratique régionale des professionnels en diabéto-pédiatrie		1	1
5	Nombre de médecin référent HTA départemental	0	6	6
6	Nombre d'IPA référente HTA départemental	0	3	6

b) Indicateur de résultat :

- Disposer sur chaque territoire d'un parcours de santé obésité-HTA-diabète complet et coordonné couvrant toutes les tranches d'âge.

CANCER

Introduction

Le cancer est la première cause de mortalité dans la région et la troisième cause la plus fréquente de bénéfice d'une ALD.

Une surmortalité par cancer est observable, touchant surtout les cancers les plus fréquents (côlon/rectum, prostate), les hommes et les territoires du sud de la région, le Berry. Elle est révélatrice des inégalités existantes face à cette maladie.

Un faisceau d'arguments conduit à penser que les causes de cette surmortalité sont multiples :

- Une population plus fragile du fait de son âge, de la répartition de ses catégories socioprofessionnelles, de son exposition à certains facteurs de risque
- Des difficultés probables d'accès au diagnostic en lien avec une raréfaction des professionnels de santé et probablement la configuration de l'offre
- Des difficultés de parcours notamment pour les soins de support.

Au-delà de la mortalité, deux- tiers des patients vont souffrir de séquelles de leur maladie ou de leur traitement, entrainant des répercussions sur leur qualité de vie et leur santé[39].

Si les mesures de prévention paraissent indispensables (près de 40% des cancers sont liés au mode de vie et à l'environnement) pour ne pas surcharger un système dans lequel le temps soignant se réduit, elles dépassent la cancérologie, les facteurs de risque du cancer étant souvent à l'origine de plusieurs autres pathologies. Le périmètre choisi débutera donc à la suspicion de cancer, ou à l'accès au dépistage pour les cancers soumis au dépistage organisé, les mesures générales de prévention étant traitées dans le chapitre Prévention du SRS ou encore Diabète-Hypertension artérielle-Obésité.

L'enjeu est de garantir à tous la prise en charge optimale malgré la démographie des professionnels de santé déclinante en région Centre-Val de Loire, tout en assurant la continuité de la prise en charge y compris en période de permanence des soins.

La feuille de route régionale de lutte contre le cancer en Centre-Val de Loire 2022-2025 décline l'ensemble des objectifs de la stratégie nationale de lutte contre le cancer établie par l' Institut national du cancer (INCa), soit :

- Poursuivre les actions de prévention
- Améliorer les filières de prise en charge des patients atteints de cancer, leur visibilité et leur coordination
- Mieux dépister les fragilités pour mieux les prendre en charge
- Développer largement l'activité physique adaptée et la prise en charge nutritionnelle
- Améliorer le soutien aux aidants.

[39] « La vie cinq ans après un diagnostic de cancer », *INCa*, juin 2018

Les présentes fiches synthétisent les axes prioritaires de la feuille de route régionale et les complètent, à travers l'objectif d'améliorer le parcours du patient, de ses proches et de ses aidants, et elles tirent les conséquences de la réforme des autorisations en cancérologie.

Les participants aux groupes de travail ont considéré que les enjeux d'amélioration des parcours des patients et leurs coordinations restent un objectif prioritaire.

Objectif opérationnel n°40 : Améliorer le parcours du patient atteint de cancer, de ses proches et de ses aidants, de la phase diagnostique jusqu'au-delà du traitement curatif

1. Description de la situation actuelle :

Le diagnostic régional établi en région Centre-Val de Loire a révélé des difficultés de parcours :

- possibles difficultés d'accès au diagnostic du cancer malgré des taux de dépistage au-dessus de la moyenne nationale pouvant donner lieu à l'errance des patients
- délais thérapeutiques allongés notamment par manque d'accès à la biologie moléculaire
- difficultés de parcours se traduisant également par des taux de fuite importants départementaux et régionaux, surtout dans le Cher et l'Indre
- des inégalités d'accès aux différents pans de la prise en charge (soins de support, soins palliatifs, évaluations gériatriques personnalisées, douleur…)
- des dispositifs d'accélération de la prise en charge existants trop peu nombreux et manquant de visibilité
- des conditions de sortie d'hospitalisation non optimale du fait de l'absence de Soins de suite et réadaptation (SSR) spécialisé et de défaut de partage de l'information pertinente entre les différents acteurs de la prise en charge.

Les dispositifs de coordination et les équipes se sont étoffés lors des dernières années, comme les mesures d'aide à destination des proches et des aidants.

2. Enjeux :

- Réduire la mortalité par cancer malgré une démographie des professionnels de santé défavorable
- Réduire l'impact du cancer sur la qualité de vie du patient, de ses proches et de ses aidants
- Optimiser la mobilisation de l'ensemble des acteurs nécessaires autour du patient, de ses proches et de ses aidants en améliorant la communication et la circulation d'information
- Coordonner les différents dispositifs existants de manière à accompagner les parcours de la phase diagnostique (incluant le dépistage) jusqu'à l'après-cancer (soins palliatifs, décès ou reprise de l'activité)

3. Description de l'objectif :

- Pour améliorer l'accès au diagnostic :
  - Augmenter le taux de découverte par dépistage des cancers soumis à dépistage organisé et/ou individuel notamment par l'augmentation de la participation aux dépistages organisés
  - Diminuer le taux de découverte en stade tardif pour les 4 cancers de mauvais pronostic identifiés comme les plus pertinents pour la région Centre-Val de Loire (poumon, pancréas, foie, œsophage)

L'accès à l'imagerie sera développé grâce à l'inscription des titulaires d'autorisation dans des filières de soins, des projets médicaux territoriaux (voir fiche OQOS dédiée).

- Pour améliorer les parcours pendant le traitement :

  - Etoffer les solutions alternatives au maintien d'une hospitalisation conventionnelle en oncologie dont développer la sécurité de l'administration à domicile des TMSC (Traitement Médicamenteux Systémique du Cancer) et proposer des places en Soins médicaux et de réadaptation (SMR) spécialisés
  - S'assurer de la transmission de nouveau diagnostic, nouvelles thérapeutiques, points de vigilance etc. à un référent de soins primaires et aux autres acteurs de la prise en charge du patient pour 100% des situations pour les patients concernés.
  - Dépister la fragilité et évaluer les besoins en soins de support (réglementaire à partir de 2023) et aux soins palliatifs pour 100% des patients
  - Intégrer le soutien aux proches et aux aidants pour l'ensemble des patients et tout au long du parcours

4. Modalité de mise en œuvre :

Il a déjà été prévu de :

- Développer l'éducation thérapeutique du patient.
- Améliorer les conditions d'adressage et de prise de rendez-vous.
- Améliorer la coordination en simplifiant les outils numériques et multipliant les échanges entre outils, en s'appuyant sur le DCC ou autre outil pertinent, s'assurer que l'information circule jusqu'à chacun des interlocuteurs.
- Diffuser les bonnes pratiques de lien précoce avec les équipes de soins palliatifs déjà développées en Indre-et-Loire.
- Consolider les dispositifs d'annonce à travers le partage de bonnes pratiques.
- Développer le suivi connecté à domicile en suite de l'étude FASTOCH menée en région Centre-Val de Loire.

En complément, il conviendra de :

- S'assurer que la réglementation est appliquée et que chaque patient bénéficie bien d'un passage par chaque étape obligatoire dont une consultation d'annonce de qualité, d'un parcours de soins anticipé et d'une transmission des informations à lui-même et à son médecin traitant que les circuits courts de prise en charge des situations urgentes pour les patients soient bien identifiés et mis en place (exemple circuits courts pour micronodules pulmonaires ou suspicion de tumeur pancréatique dans le Loiret).
- S'assurer que chaque étape du parcours soit coordonnée par une équipe référente centralisant les informations, joignable par tout intervenant, que les informations circulent bien d'une équipe à l'autre et mailler le territoire si besoins en infirmières de coordination.
- Développer la pré-habilitation et la réhabilitation au-delà des modalités prévues dans la feuille de route
- S'assurer de la création de Soins médicaux et de réadaptation (SMR) spécialisés en oncologie et/ou oncohématologie.

5. Echéances intermédiaires

Année	*Intitulé action*
2023	- état de lieux et diagnostic complémentaire - réévaluation des besoins pour appliquer la réglementation concernant le parcours optimal du patient atteint de cancer - diagnostic du besoin en professionnels de la coordination - évaluation des possibilités de renforcement des parcours par l'adaptation des financements actuels - cartographier les solutions de pré-habilitation et réhabilitation en complément de la feuille de route
2024-2026	déploiements des dispositifs et solutions, accompagnement du changement
2027	Evaluation

6. Modalités d'évaluation :

a) Indicateurs de pilotage :

Dans le cadre du suivi de la stratégie décennale de lutte contre le cancer, des indicateurs ont été mis en place, dont certains seront communiqués annuellement par l'INCa. Tous n'ont pas été repris

Actions	N°	Intitulé indicateur	Dernière valeur connue	Valeur cible intermédiaire	Valeur cible à 5 ans	Porteur
Augmenter le taux de découverte par dépistage des cancers soumis à dépistage organisé et/ou individuel notamment dont l'augmentation de la participation aux dépistages organisés	1	Ratio moyen d'atteinte de la cible pour les dépistages sein, colon rectum et col	0,79	0,9	1	CRCDC
	2	*Proportion de découverte des cancers sur manifestations cliniques*	83%	75%	70%	Oncocentre
Qualité des parcours	3	Pourcentage d'atteinte des recommandations sur les indicateurs de qualité des prises en charge quand ils existent (colon, sein, ovaires, adénocarcinome du pancréas à minima)	Inconnu	70%	100%	ARS

b) Indicateurs de résultat :

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE INTERMEDIAIRE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Taux standardisé de mortalité par cancer	En cours	En cours	En cours
2	Morbidité hospitalière liée au cancer	En cours	En cours	En cours

CANCER

Objectif opérationnel n°41 : Proposer des parcours gradués répondant aux besoins du territoire et aux critères de qualité des prises en charge

1. Description de la situation actuelle :

Le bilan du précédent PRS fait état d'objectifs quantifiés de l'offre de soins non atteints.

L'arrêt des procédures de suspension/retrait en rapport avec les seuils à partir de 2020 ne permet pas de rendre compte de la fragilisation de nombreuses autorisations, ainsi le bilan en septembre 2022 fait état d'un total de 10 implantations en deça des objectifs sur le territoire concernant l'ensemble des modalités de traitement du cancer.

Les taux de fuite par département varient entre 5,17% (en Indre-et-Loire) et 86.1% (dans l'Indre) selon les modalités du traitement et les départements, reflétant les inégalités territoriales d'accès aux soins[40].

La réforme des autorisations n'a que peu d'impact sur le maillage territorial pour les modalités de traitement médicamenteux systémique du cancer ou de radiothérapie, qui semble répondre aux besoins des patients de la région. A contrario, elle impacte très fortement l'activité de chirurgie oncologique par le mécanisme des seuils, fragilisant une offre dispersée qui ne couvrent déjà pas les besoins sur certains territoires.

Peu de données sont disponibles concernant l'accès aux soins de support mais les constats partagés révèlent des inégalités d'accès territoriales, de genre, liées à la pathologie et au primo-traitement.

Le nombre d'évaluations gériatriques personnalisées réalisées est inférieur au nombre que l'on pourrait attendre de la démographie régionale.

L'accès à la prise en charge de la douleur et la prise en charge palliative est inégal sur le territoire.

2. Enjeux :

- Proposer un schéma régional permettant de garantir une offre couvrant le besoin des populations tout en sécurisant sa pérennité

La réforme des autorisations impacte l'offre de soins et entraîne une gradation des prises en charge. Il est nécessaire de s'assurer du maintien d'une offre de proximité et de la capacité des établissements de recours à assurer la mission de recours dans des délais compatibles avec une prise en charge de qualité.

[40] *Ibid.*

Les taux de fuite importants concernant l'activité de traitement du cancer fragilisent cette offre. Il est nécessaire d'augmenter l'attractivité pour les patients afin de les réduire. Les fuites extrarégionales en chirurgie oncologique pour l'adulte concernent 20.37% à 25.59% des séjours[41].

- Améliorer l'accès aux prises en charge du cancer non soumises à autorisation

Pour se mettre en conformité avec les critères de qualité, l'accès à l'ensemble des soins non curatifs du cancer doit être développé et facilité.

3. Description de l'objectif :

L'objectif est bien de proposer des parcours gradués répondant aux besoins du territoire et aux critères de qualité des prises en charge et peut être décomposé en sous-objectifs suivants :

- Réduire les taux de fuite de moitié en extrarégional et dans chaque département
- Maintenir une offre de proximité pour les cancers et prises en charge les plus fréquentes
- 100% de parcours identifiés pour les activités avec autorisation graduée
- Augmentation du recours aux soins de support et suppression des zones n'y ayant pas accès
- Améliorer l'accès aux consultations d'oncogériatrie
- Réduire les délais de prise en charge de la douleur
- Introduire la prise en charge palliative précoce

Quand l'offre couvre le besoin, elle sera maintenue comme telle.

La fiche OQOS en traitement du cancer détaille les attendus par territoire de santé. Le développement de la radiologie interventionnelle est une volonté forte de l'ARS pour venir proposer aux patients une alternative supplémentaire dans l'arsenal thérapeutique contre le cancer.

4. Modalité de mise en œuvre :

La mise en œuvre s'appuiera sur la mise en conformité avec les décrets concernant l'autorisation de traitement du cancer. Un travail sera fait au sein de chaque territoire et par filière pour s'assurer que les patients bénéficient d'un parcours de soins identifié et formalisé, incluant la sensibilisation des acteurs du dispositif d'annonce à l'utilisation systématique de la grille d'évaluation des besoins en soins de support et à proposer un soutien aux proches et aux aidants.

Dans le cadre de la feuille de route régionale, il est prévu :

- La mise à jour de l'annuaire de soins de support et sa mise à disposition par Oncocentre pour les patients et les acteurs de la cancérologie.
- La promotion et le développement de l'activité physique adaptée et de la prise en charge nutritionnelle en développant les initiatives prises en Indre-et-Loire.
- Le partage des bonnes pratiques concernant les liens précoces avec les équipes de soins palliatifs
- Le développement de l'accès aux consultations d'oncogériatrie à travers de nouvelles modalités organisationnelles.

[41] Source : *PMSI*

En complément :

- Le panier de soins de support pris en charge dans le cadre d'accord cadre sera revu.
- Les IPA en oncologies peuvent être formées à la prise en charge de la douleur et/ou aux soins palliatifs. afin d'accélérer ces soins pour les patients le nécessitant.

Les différentes actions seront menées grâce à l'implication :

- Des 3C, dont la fusion est encouragée afin que leur fonctionnement vienne en miroir des filières territoriales et de leur gradation, de la qualité des prises en charge.
- D'Oncocentre, permettant la vision régionale pour toutes les filières le nécessitant.

5. Echéances Intermédiaires

Année	*Intitulé action*
2023	Travail sur les filières de soins par localisation anatomique, échanges départementaux sur les impacts possibles de la réforme et du PRS tel que présenté dans son projet.
2024	Attribution des autorisations
2024-2026	Accompagnement des titulaires pour remplir les conditions d'implantation et atteindre les seuils requis, consolidation des filières et de l'offre en soins de support
2027	Evaluation

6. Modalités d'évaluation :

a) Indicateurs de pilotage :

1. « Actions »	N°	Intitulé indicateur	Dernière valeur connue	Valeur cible intermédiaire	Valeur cible à 5 ans	Porteur
Réduire les taux de fuite de moitié	1	Ratio taux de fuite PMSI par modalité région, département 2021/2027	1	0,7	0,5	ARS
Maintenir une offre de proximité pour les cancers et les prises en charge les plus fréquentes	2	Part des nouvelles implantations OQOS cancers effectivement mises en œuvre*	0%	En cours	100%	

**nouvelles implantation suite au changement du régime des autorisations en cancérologie*

b) Indicateurs d'impact :

N°	Intitulé indicateur	Dernière valeur connue	Valeur cible intermédiaire	Valeur cible à 5 ans	Porteur
1	Taux de prise en charge à des stades tardifs	En cours	En cours	En cours	En cours

MALADIES NEURO- CARDIO-VASCULAIRES

Introduction

En France, les pathologies cardio-vasculaires sont la deuxième cause de décès après les cancers, avec plus de 140 000 morts chaque année, mais, elles sont la première cause de décès chez les femmes tous âges confondus et chez les personnes âgées. Elles sont aussi une cause importante de maladies précoces. Le nombre de personnes atteintes de maladie cardiovasculaire augmente avec le vieillissement de la population, et de fortes inégalités sociales et territoriales persistent. La mortalité est plus élevée dans les populations aux conditions socio-économiques défavorables. La Stratégie nationale de santé (SNS) 2018-2022 et le Plan national de santé publique « Priorité prévention » affirment la priorité à la prévention et à la lutte contre les inégalités de santé. Ils donnent le cadre de la prévention des maladies cardio-neurovasculaires, en trois dimensions :

- Promotion de la santé en population générale : faciliter des habitudes de vie saines dans tous les milieux et tout au long de la vie ***(cf. Chapitre 1 : Prévention – Promotion de la santé)***

Repérage et réduction du risque cardiovasculaire des personnes à risque dans les soins de premier recours (***cf. FDR CV***, et ***Parcours « Personnes âgées »***)

- Recours aux soins d'urgences des accidents cardio-neurovasculaires aigus.

Ce chapitre traite de ce dernier point en décrivant 3 parcours de soins dans une logique de prévalence et de mutualisation des forces. Trois parcours de soins neurocardiovasculaires ont été priorisés :

- L'Accident vasculaire cérébral (AVC),
- L'insuffisance cardiaque (IC)
- Le syndrome coronarien aigu et chronique (SCA/SCC)

Objectif opérationnel n°42 : Améliorer l'accès aux soins neuro-vasculaires en phase aigüe d'Accident Vasculaire Cérébral (AVC)

1. Situation actuelle

Plus de 4500 patients par an sont atteints d'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) ischémiques et hémorragiques en région Centre Val de Loire, dont moins de 50% seulement accèdent à une prise en charge adaptée en Unité Neuro-Vasculaire (UNV), et moins de 15% des AVC ischémiques aux traitements de revascularisation précoce. Or, ces prises en charge spécialisées permettent d'augmenter les chances de survie sans dépendance. A ce jour la région possède 5 UNV, totalisant 26 lits de soins intensifs neuro-vasculaires, 60 lits d'hospitalisation en UNV post-soins-intensifs, et 1 centre de thrombectomie mécanique (TM). Une prise en charge d'urgence neuro-vasculaire peut être réalisée via téléAVC de façon opérationnelle dans 2 sites dépourvus d'UNV, dont un seul 24/7.

2. Enjeux

La prise en charge précoce et spécialisée, en Unité Neuro Vasculaire, des AVC qu'ils soient ischémiques ou hémorragiques a démontré son efficacité sur la survie sans dépendance des patients qui en sont victimes. Dans ce sens, il s'agit d'un enjeu majeur de santé publique en raison du gain possible sur la mortalité et le handicap qui en découlent, et du fait du nombre potentiellement croissant de patients qui en sont victimes. Le parcours entier du patient victime d'AVC mérite d'être revu en considérant à la fois les recommandations des sociétés savantes qui peinent à être mise en application depuis le plan AVC 2010-2014, et les avancées plus récentes en termes de prise en charge comme la thrombectomie mécanique (TM) dans l'AVC ischémique avec atteinte de gros troncs artériels, ou la réduction de la tension artérielle en phase aigüe dans l'AVC hémorragique.
Actuellement les Unités Neuro Vasculaires fonctionnent à flux tendu en région CVL sans pouvoir prendre en charge une proportion satisfaisante de patients victimes d'AVC. Une partie de ces difficultés est liée au déficit de places dans ces unités spécialisées, une autre à un maillage territorial présentant des manques. Tout ceci dans un contexte de fragilisation de ressources humaines nécessaires au bon fonctionnement de la filière. Cette tendance ne fera que s'aggraver dans les 5 prochaines années du fait d'une part du vieillissement de la population, l'âge étant un facteur de risque d'AVC (¾ des AVC surviennent chez des personnes âgées de plus de 65 ans), sachant que cette population augmentera de plus de 100 000 personnes dans la région dans les 5 prochaines années (pyramide des âge interactive de l'INSEE) ; et d'autre part de l'augmentation d'incidence de l'AVC chez les patients plus jeunes (+20% ces 10 dernières années).

3. Description de l'objectif

La prise en charge de l'ensemble des patients en UNV, et ce le plus précocement possible est l'objectif prioritaire à atteindre pour la prise en charge en aigu des patients victimes d'AVC.

Dans ce sens l'ensemble du parcours du patient mérite d'être revu :

- La mise en place d'actions de prévention primaire au sein de la population générale a une importance primordiale et ce, même chez les plus jeunes. La prévention primaire dépend d'acteurs multiples et agit sur les habitudes de vie (hygiène alimentaire et physique, lutte contre la sédentarité (temps passé devant les écrans, mobilités quotidiennes), lutte contre les addictions et les toxiques…)
- L'information constante de la population sur les signes d'alertes évoquant un AVC et la nécessité immédiate d'appel au 15 doit se poursuivre ; ainsi que la bonne prise en charge des facteurs de risques cliniques (Hypertension artérielle, diabète, dyslipidémie, obésité, …)
- La rapidité de prise en charge par un transport primaire, mais également secondaire, inter hospitalier, doit être une priorité pour réorienter au plus vite les patients dans le parcours optimal, mais aussi pour faire accéder le plus rapidement possible le patient à une UNV de recours disposant d'une TM lorsqu'il est pris en charge dans une UNV de proximité si elle en est dépourvue
- L'accès à l'imagerie cérébrale, autant que possible par IRM cérébrale, et à défaut par scanner cérébrale avec les séquences adaptées (y compris les séquences de perfusion) doit pouvoir se faire en urgence immédiate pour toute suspicion d'AVC dans les délais de revascularisation, et en urgence relative pour l'ensemble des patients suspects d'AVC. Pour améliorer la qualité des soins, une interprétation centralisée par des neuroradiologues des imageries cérébrales d'urgence vasculaire notamment hors heures ouvrables pourrait être mise en place.
- Afin de permettre de prendre en charge 90% des patients victimes d'AVC en UNV, et d'augmenter la proportion de patients bénéficiant d'une procédure de revascularisation en urgence ; la région nécessite d'augmenter sa capacité d'accueil en USINV. Les capacités d'accueil dans les lits d'aval de l'USINV (ou lits d'UNV non SI) doivent augmenter par conséquent, et le maillage territorial devra tendre à se resserrer pour diminuer les délais de prise en charge
- Une réflexion spécifique, avec des parcours adaptés, doit avoir lieu pour les âges extrêmes de la vie
- Enfin les accidents ischémiques transitoires doivent disposer d'une prise en charge rapide et optimisée afin de limiter au maximum le risque de survenue d'un AVC ischémique constitué

4. Modalités de mise en œuvre

Afin d'augmenter la proportion de patients victimes d'AVC pris en charge en UNV et la précocité de prise en charge dans les USINV, plusieurs leviers peuvent être mis en place :

- Campagne d'information grand public et des professionnels en contact avec les patients (ambulanciers, pompiers, etc…) via les animateurs de filières dans chaque territoire, en coopération éventuelle avec les associations de patients etc.
- Optimisation des transports avec notamment développement des T2IH (Transports infirmiers inter hospitaliers) ou autres formes de transports non médicalisés.
- Augmentation du nombre de lits de soins intensifs neurovasculaires sur la région : dans les unités existantes en fonction de leur activité de recours ou non, de leur bassin de population, des ressources humaines disponibles ; une réflexion sera nécessaire pour l'implantation de nouvelles USINV et d'unité dédiée AVC possiblement délocalisée des USINV, mais en partenariat avec celles-ci.
- Implantation d'un centre de radiologie interventionnelle de mention A permettant la réalisation de thrombectomie mécanique en urgence**.**
- Déploiement du téléAVC et de la téléexpertise neurovasculaire de façon intermédiaire pour pallier les manques et resserrer le maillage.
  Dans ce sens, le téléAVC a été redéployé 365/24/7 entre l'UNV de Tours et celle de Châteauroux, dans l'Indre, GHT ne possédant pas d'UNV. Ce déploiement reste à consolider pour poursuivre l'amélioration et la rapidité des prises en charge.
  Le téléAVC est en cours d'implantation dans le 41 sur le CH de Blois en lien avec l'UNV du CHRU de Tours. Dans ces 2 GHT ne possédant pas d'UNV, l'implantation des téléAVC apparaît comme une étape intermédiaire vers la création d'unités dédiées AVC puis d'UNV à part entière si les ressources humaines le permettent, sans fragiliser les UNV déjà existantes. Enfin, d'autres zones d'implantation du téléAVC sont souhaitables afin de faire accéder plus rapidement la population à une expertise neurovasculaire et donc à un traitement de revascularisation si nécessaire. C'est le cas par exemple pour le CH de Montargis, dont le déploiement est en cours en lien avec l'UNV d'Orléans.

5. Modalités de suivi et d'évaluation

a) Indicateurs de pilotage :

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE INTERMEDIAIRE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Nombre de lits de soins intensifs neuro-vasculaires	26	*30*	*42*
2	nombres de lit dédiés AVC post SI	60	*80*	*125*

b) Indicateur de résultat :

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE INTERMEDIAIRE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Pourcentage de patients victimes d'AVC ischémiques et/ou hémorragiques pris en charge en UNV	48%	70%	90%

MALADIES NEURO- CARDIO-VASCULAIRES

Objectif opérationnel n°43 : Limiter les conséquences de l'AVC et proposer aux patients une offre de soins adaptée tout au long de leurs parcours de vie

1. Situation actuelle

Une fois leur prise en charge en aigue effectuée, les patients victimes d'AVC, avec des séquelles plus ou moins lourdes, doivent bénéficier d'une prise en charge spécifique. Cette prise en charge nécessite d'être réalisée précocement, de façon adaptée et personnalisée, et parfois poursuivie tout au long de la vie des patients.

Si l'offre de soins en post-AVC proposée aux patients de la région CVL est diversifiée (ambulatoire, sanitaire et médico-sociale), elle reste inégalement répartie sur les territoires et avec des difficultés d'accès fréquentes. En effet, les personnes victimes d'AVC sont souvent admises tardivement dans les structures d'aval du fait de la saturation multifactorielle de ces structures. Le recours aux établissements de Soins médicaux et de réadaptation (SMR) pour les patients AVC diffère selon les départements. Les patients nécessitant des soins lourds sont difficilement admis dans les SMR de la région. Un certain nombre de patients n'ont pas de médecin traitant ni d'accès facile aux soignants et rééducateurs libéraux. Enfin, les patients les plus complexes (sur le plan médical ou social) et/ou vieillissants ont beaucoup de difficulté à trouver un hébergement dans les établissements médico-sociaux alors que leur projet de vie le nécessite.

A chaque fois, ces difficultés sont autant de pertes de chances pour les patients.

2. Enjeux

La structuration et la gradation de toutes les offres de soins d'aval dédiées aux personnes victimes d'AVC doivent être repensées afin que la région Centre Val-de-Loire puisse disposer des équipements et ressources nécessaires à leur prise en charge en post AVC, que ce soit pour poursuivre les prises en charges au plus proche des lieux de vie des patients ou pour accéder à une expertise de niveau régional.

Si l'offre déjà existante pour la prise en charge du post-AVC est diversifiée, certaines de ces offres sont encore récentes et peu connues, tels que les consultations d'évaluation pluri-professionnelle post-AVC, les équipes mobiles MPR d'expertise et de coordination, le PRADO AVC etc.

Une meilleure coordination et synergie entre ces structures ou dispositifs par les professionnels de santé prenant en charge les patients en post AVC est nécessaire, afin d'adapter, d'optimiser et de personnaliser au mieux le suivi des patients gardant des déficiences résiduelles, au plus près de leurs besoins.

Le contexte actuel de fragilisation des ressources humaines impose aux professionnels de santé de réfléchir à la pertinence de chaque orientation, de chaque séjour et de chercher autant que possible à proposer aux personnes victimes d'AVC des parcours gradués et modulaires sollicitant toutes les solutions disponibles.

3. Description de l'objectif

L'ambition en région CVL est que chaque patient ayant subi un accident vasculaire cérébral, avec déficiences résiduelles ou non, puisse bénéficier d'une prise en charge adaptée à ses besoins à chaque étape de sa vie, ceci afin de réduire l'impact de sa maladie sur les plans fonctionnel, socio-professionnel et familial.

Outre le suivi médical, la réadaptation, la prévention secondaire et la réinsertion sont les bases de la prise en charge des personnes ayant été victimes d'un AVC, une fois terminée la prise en charge en aigu.

Ainsi, afin de garantir le bon suivi des patients, leur bonne orientation vers le bon dispositif ou la bonne structure au bon moment, il est important d'en préciser les trois principaux leviers:

- L'orientation précoce vers le SMR le plus adapté ou l'HAD-Réadaptation pour les patients avec séquelles ;
- L'accès à une consultation d'évaluation pluri professionnelle post-AVC pour la plupart des patients ;
- Le suivi par un médecin traitant pour tous les patients AVC.

4. Modalités de mise en œuvre

Pour répondre à cette ambition, il convient de conduire certaines actions prioritaires pour notre région, à savoir :

- La garantie que le patient obtienne un RDV chez un médecin traitant, après une sortie de court séjour ou de SMR, dans un délai maximum de 7 jours. Il est fondamental que le suivi sur le long terme se poursuive, assuré soit par le médecin traitant, soit par un Infirmier de Pratique Avancée. Pour cette action, le rôle du dispositif PRADO AVC et les missions dévolues aux CPTS sont à renforcer.
- La mise en place d'actions permettant de lutter contre le risque de récidive :
    - Création et promotion de programmes d'ETP pour des mesures de prévention secondaire, portés par les professionnels de ville ou d'établissements
    - Augmentation du nombre de patients AVC bénéficiant d'une consultation d'évaluation pluri-professionnelle post-AVC dans l'année qui suit l'AVC

- Une optimisation des orientations en SMR :
    - En améliorant les délais d'admission en SMR
    - En veillant à un équipement suffisant en SMR avec les mentions Neurologie Gériatrie et Polyvalent dans chaque territoire
    - En s'assurant que tout patient le nécessitant ait accès à un plateau technique spécialisé et/ou des activités d'expertise
- Une diversification de l'offre sanitaire ambulatoire pour la prise en charge des patients avec des déficiences mais ne nécessitant pas un hébergement :
    - Couverture régionale par l'activité de soins d'HAD, mention Réadaptation, complétant ainsi l'offre de soins pour les patients AVC
    - Promotion de l'orientation des patients AVC vers les équipes mobiles MPR autant que de besoin
- La création de places d'hébergement en USPC et en établissements médico-sociaux pour les patients avec handicaps lourds résiduels (de type soins de nursing lourds, soins médicotechniques importants ou troubles cognitivo-comportementaux invalidants) et/ou vieillissants
- Le renforcement des mesures d'accompagnement des aidants par l'évaluation systématique de la charge de l'accompagnant, et des propositions de solutions adaptées à chaque situation singulière
- Une politique territoriale portée par les GHT, chaque territoire décrivant un parcours patient AVC inscrit dans son Projet Médical Partagé et opérationnel
- Une bonne lisibilité de la totalité des offres (ambulatoires, sanitaires et médico-sociales) auprès de tous les acteurs impliqués dans la prise en charge de l'AVC

5. Modalités de suivi et d'évaluation

a) Indicateurs de pilotage :

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE Au 31/12/22	VALEUR CIBLE INTERMEDIAIRE 2025	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Part des UNV et/ou SSR Neuro proposant une consultation pluri-professionnelle post AVC	9	14	19
2	Part des départements ayant mis en œuvre une autorisation HAD-R	0	4/6	6/6

b) Indicateur de résultat :

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE Au 31/12/22	VALEUR CIBLE INTERMEDIAIRE 2025	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Nombre de patients bénéficiant d'une consultation pluri-professionnelle post AVC / an	311	1500	≥3600

MALADIES NEURO- CARDIO-VASCULAIRES

Objectif opérationnel n°44 : Lutter contre l'insuffisance cardiaque

1. Situation actuelle

Dans la Région, 22% des patients Insuffisants cardiaques (IC) sont réhospitalisés à 1mois, et 63% à un an. 40% meurent dans les deux années après leur premier épisode de décompensation cardiaque. Une prise en charge en ambulatoire coute en moyenne 2033 euros par patient par an et 8000 euros lorsque celui-ci est hospitalisé. 25% des patients sortant d'hospitalisation ne connaissent pas leur diagnostic. L'âge moyen est de 79 ans. Il s'agit d'une pathologie grave, principalement de la personne âgée, mais pas seulement.

Les progrès thérapeutiques de ces dernières années offrent de formidables perspectives pour la population âgée dépendante, mais aussi la population insuffisante cardiaque autonome avec notamment des possibilités de greffe cardiaque. Des indicateurs précis de suivis sont déjà en place. Cela nous permet d'aller plus loin dans nos réflexions par rapport au PRS2. Des objectifs ambitieux de diminution de la morbimortalité peuvent être posées à 5 ans.

2. Enjeux

Dans l'IC, il a été démontré qu'une titration médicamenteuse optimisée diminue le taux de réhospitalisation à 6 mois. Une approche pragmatique nous semble essentielle. Un projet d'éducation, d'information et de suivi par une IPA des patients hospitalisés dans les services de cardiologie diminuerait les réhospitalisations itératives, et ciblerait plus précocement les patients potentiellement éligibles.

Il a été décidé d'axer sur des points spécifiques prioritaires afin d'avoir un impact important.

3. Description de l'objectif

L'objectif sera d'améliorer :

- la prévention de l'IC
- la prise en charge de l'IC
- l'accès à la greffe cardiaque dans l'IC terminale

L'axe prévention de l'IC repose sur deux thématiques :

- le dépistage des Facteurs de risque CV (Patient, maladie coronarienne, athérosclérose périphérique, néphropathie, diabète, Obésité, HTA, ntproBNP élevé, rétinopathie) – ***cf. Parcours Diabète, hypertension artérielle et obésité***). Communiquer à l'échelle régionale sur les règles hygiéno-diététiques notamment la consommation de sel dans l'alimentation.
- L'accès aux données de santé IC, en améliorant la structuration er des systèmes d'information sur le plan régional, en améliorant et rationnalisant les systèmes de communication et de coordination territoriaux (***cf. Chapitre 9 : E-santé***)

L'axe prise en charge de l'IC repose sur :

- L'optimisation des parcours autour de filières territoriales, afin de s'ajuster au mieux aux besoins des patients et des ressources disponibles, notamment Le maillage territorial de l'ambulatoire. L'objectif est de développer une IPA départementale cardiologie spécialisée IC/HTA dans le suivi, optimisation de la titration médicamenteuse par département. *(cf. Particularité cardiologique de la personne âgée dans le PRS3)*
- Améliorer l'accès aux Soins médicaux et de réadaptation (SMR) Cardiologique

L'axe accès à la greffe cardiaque repose sur la promotion et l'amélioration de l'accès à la greffe cardiaque (***cf. OQOS Greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques, à l'exception des greffes exceptionnelles soumises au régime d'autorisation complémentaire prévu à l'article L. 162-30-5 du code de la sécurité sociale***).

4. Modalités de mise en œuvre :

Concernant l'amélioration du Dépistage précoce de l'IC et de ses comorbidités et des actions de prévention pour limiter les décompensations, les modalités de mise en œuvre se déclineront par :

- L'accès aux données de la CPAM afin de mieux identifier et suivre les patients les plus à risque
- Le développement de plateformes de centralisation des données.
- La création d'un prix IC
- Un travail sur le DMP pour un onglet maladies chronique de suivi
- La création un livret individuel informatique de l'insuffisance cardiaque
- La coorganisation avec l'Assurance Maladie d'une campagne régionale de sensibilisation à l'insuffisance cardiaque, visant à la fois le grand public et les professionnels de santé

Concernant l'amélioration de la prise en charge de l'IC, les modalités de mise en œuvre se déclineront par :

- L'adaptation du parcours au niveau de chaque territoire.
- L'optimisation du lien ville-hôpital/clinique en désignant un interlocuteur privilégié (1 IPA référent/département)
- Le développement d'une IPA cardiologie spécialisée dans le suivi, l'optimisation de la titration médicamenteuse, par département
- La désignation de référent médecin et IPA IC à l'échelle des CPTS
- L'amélioration du modèle de coordination type articulé autour des rôles du cardiologue ville-hôpital, du gériatre, du médecin généraliste, du pharmacien, de l'infirmier pour infléchir les courbes de réhospitalisation à six mois
- Le développement de l'e-santé
- La diffusion des protocoles IC du Centre hospitalier universitaire (CHU) de Tours à l'ensemble des professionnels de la région
- L'organisation d'un webinaire IC à destination des MG, diététiciens, pharmaciens, IPA

Concernant l'accès à la greffe cardiaque, les modalités de mise en œuvre se déclineront par des plans d'actions spécifiques à ces cinq points :

- L'amélioration du nombre de patients inclus dans la filière greffe cardiaque chez les patients insuffisants cardiaques terminaux
- L'amélioration du nombre de cardiologue de ville, de clinique ou hospitalier, affiliés au réseau

- L'amélioration du nombre d'unités d'hospitalisation affiliées au réseau
- L'amélioration du nombre de réunions annuelles de formation ou de discussion de dossiers
- L'amélioration du nombre de patients inscrits en Liste Nationale d'Attente pour une greffe cardiaque à Tours

5. Modalités de suivi et d'évaluation:

a) Indicateurs de pilotage :

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE INTERMEDIAIRE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Taux de ré-hospitalisation à 6 mois pour IC après une première hospitalisation pour décompensation cardiaque aigue	En cours de consolidation		-5%
2	Nb de référent cardiologie spécialisé (IPA, pharmacien, IDE coordination) dans le suivi, optimisation de la titration médicamenteuse par CPTS	2		6
3	Nb de greffe cardiaque		X1.5	X2

b) Indicateurs de résultat :

- Baisser le nombre de patients insuffisants cardiaques dans la région
- Baisse de la mortalité à six mois des patients hospitalisés pour décompensation cardiaque aigue
- Baisser le nombre de réhospitalisation à six mois pour IC
- Augmenter le nombre de greffe cardiaque

MALADIES NEURO- CARDIO-VASCULAIRES

Objectif opérationnel n°45 : Améliorer la prise en charge du syndrome coronarien aigu et chronique

1. Situation actuelle

Dans le Syndrome coronarien aigu (SCA)[42], on note une augmentation angioplastie primaire versus diminution fibrinolyse et coronarographie seule. Mais, Il existe des disparités départementales persistantes pour la pratique de la fibrinolyse, données à mettre en relation avec la localisation géographique des centres de Coronarographie. Actuellement, un travail sur l'optimisation des plateaux techniques de coronarographie est mené en prenant en compte la démographie médicale et paramédicale, et cela en se tenant informé des évolutions de la réforme des autorisations émanant du Ministère de la santé.

Les Facteurs de risques cardiovasculaires (FDRCV) sont présents chez la grande majorité des patients (94 %) coronariens. Plus de 60 % des patients appellent le Service d'aide médicale urgente (SAMU) lors de la survenue de douleurs évocatrices. Les patients avec antécédents appellent plus souvent le SAMU (70 %) que les patients sans antécédents (59 %). L'appel du SAMU multiplie par 2 les chances d'arrivée directe dans un centre de coronarographie. On observe une diminution globale du délai douleur-1 ère revascularisation de 5 min sur la période 2014-2017, mais avec des disparités départementales, avec allongement du délai pour certains départements. Le Réflexe 15 permettait de réduire de plus d'1 heure le délai médian de prise en charge entre survenue de la douleur et ECG et d'une demi-heure celui entre ECG et angioplastie primaire. En région CVL, la mortalité à un an des patients SCA ST+ est estimée à 9 %, associée, en cas d'angioplastie primaire, à des facteurs prédictifs personnels mais également de pratiques médicales ou de parcours, que le registre SCA ST+ a permis d'identifier. La délai début des symptomes-1er ECG a augmenté de 8minutes entre 2015 et 2020, quand le délai ECG-accès à une première revascularisation semble stable autour de 1h40.

Il est possible de mieux identifier les patients atteints de Syndrome coronarien chronique (SCC) tout en rationalisant le recours aux explorations paracliniques (limitation des actes redondants ou inutiles, notamment de coronarographies). Malgré une amélioration des pratiques, les patients coronariens gardent un risque résiduel significatif d'événements cardiovasculaires majeurs. Ce risque résiduel peut être diminué par l'initiation et le maintien au long cours d'un traitement médical optimal visant au contrôle des facteurs de risque cardiovasculaire. Cela passe par la connaissance et l'application des recommandations de bonnes pratiques de traitement et de suivi, et leur mise en œuvre dans un parcours de soins coordonné et personnalisé, tout en s'appuyant sur le savoir expérientiel des patients. Ces travaux ont été menés en copilotage avec la Caisse nationale d'assurance maladie, dans le cadre de la stratégie de transformation du

[42] *Stratification du risque des syndromes coronaires aigus (ST+ et non ST+)*, S. CHARPENTIER, E. DEHOURS, A. PEREIRA, D. LAUQUE, disponible à l'adresse : https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Stratification_du_risque_des_syndromes_coronaires_aigues_ST_et_non_ST_.pdf

système de santé, pour répondre aux objectifs de « ma santé 2022 ». Ils ont été construits à partir d'une analyse de la littérature internationale pour définir des indicateurs de qualité de prise en charge clairs et précis.

2. Enjeux

Le développement d'indicateurs précis du parcours **SCA** nous permet désormais d'avoir une approche précise locorégionale des actions à mener, étape par étape dans le parcours pour améliorer la prise en charge du SCA. La communication à la population d'appel 15, une réflexion sur la téléexpertise rapide d'un ECG avec un Transport Sanitaire ou VSAV, EPHAD directement au SAMU, le maillage territorial des SMUR, l'informatisation données SMUR via le projet tablette SMUR des SMUR, une réflexion sur la démographie médicale et paramédicale et l'implantation des plateaux de coronarographie sont des opportunités de travail intéressantes.

Dans le **SCC**, les points suivants sont essentiels à la mise en œuvre d'un parcours de soins de qualité :

- Un repérage clinique simple du syndrome coronarien chronique reposant sur l'âge, le sexe et les caractéristiques des symptômes. L'outil clinique de repérage est commun à l'ensemble des professionnels intervenant dans le parcours (en particulier le médecin généraliste et le cardiologue), sans qu'aucun examen complémentaire ne soit réalisé lors de cette 1ère étape de tri.
- Une confirmation diagnostique par le cardiologue, le plus souvent par des examens non invasifs, comme le coroscanner
- Une évaluation pronostique du risque d'événement cardiovasculaire futur par le cardiologue, rationnalisant le recours à la coronarographie (elle n'est pas systématique – elle est indiquée chez le patient pouvant bénéficier d'une revascularisation, ou au patient chez qui persiste un doute diagnostique).

La prise en charge repose sur 3 principes :

- Le patient coronarien développe des capacités d''autogestion de sa maladie en s'appuyant sur l'information et la formation qu'il reçoit, et sur son savoir expérientiel - il participe aux décisions concernant sa santé,
- Tout coronarien reçoit un traitement médical optimal associant la mise en œuvre des règles hygiéno-diététiques recommandées, la correction médicamenteuse des facteurs de risque cardiovasculaires, et le traitement médicamenteux optimal avec antiagrégant plaquettaire et statine.
- Toute sténose coronarienne ne relève pas obligatoirement d'une revascularisation.

Un décret autorise depuis peu les cardiologues à lire les coroscanners. Un manque de plages disponibles et d'infrastructures dans la Région rendent cet examen long à obtenir. Il offre néanmoins de nombreux avantages et occupe pourtant une place centrale dans la prise en charge de certaines cardiopathies ischémiques, valvulaires, ou l'embolie pulmonaire. Un maillage territorial d'implantation de ce type de scanner parait un enjeu important à 5 ans.

3. Description de l'objectif

- Améliorer le dépistage et la prise en charge du SCA ST+[43] et non ST+[44]
- Améliorer le dépistage et la prise en charge du SCC

4. Modalités de mise en œuvre :

5.1 Syndrome coronarien aigu et chronique

- Mener une action de communication d'appel au 15, en se servant notamment des nouvelles technologies applications à destination de la population
- Travail sur l'accès au Soins médicaux et de réadaptation (SMR) cardiologique et HAD en post-infarctus (***cf OQOS Soins médicaux et de réadaptation, Chirurgie cardiaque, Hospitalisation à domicile***)

SCA ST+ :

- Temps appel SAMU – 1er ECG qualifiant : Travail avec les ambulances privés- Service départemental d'Incendie et de secours (SDIS)-SAMU d'équipement à la région des Transports non médicalisés d'ECG avec télétransmission au SAMU +/- lien avec cardiologue
- Organisation de staff pluridisciplinaires/cardio interventionnel urgentistes avec en priorisation les ES ou les délais sont les plus longs.
- Travail sur la fiabilisation des machines scopes, ECG de l'horaire retranscrite, projet tablette SMUR

SCA NON ST+ :

- Traçabilité du score de risque SCA Non ST+ proche de 100% par les cardiologues.
- Travail de communication auprès des cardiologues lors des CTR
- Comparaison du score de risque par smuriste/régulateur samu vs cardiologues

5.2 Syndrome coronarien chronique

- Augmenter l'implantation de structures de dépistage dans la Région du SCC
- Améliorer l'accès au plateau technique adapté du SCC notamment en développant l'implantation des coroscanners sur la Région

5. Modalités de suivi et d'évaluation:

a) Indicateur de pilotage :

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE INTERMEDIAIRE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Temps appel SAMU – 1er ECG qualifiant dans le SCA ST+	En cours de consolidation	En cours	Baisse attendue
2	Nombre d'appel SAMU pour douleur thoracique	En cours de consolidation	En cours	Augmentation attendue
3	Nb de SCA ST+ au SAU	En cours	En cours	Baisse attendue

[43] Syndrome coronarien aigu avec élévation du segment ST

[44] Syndrome coronarien aigu sans élévation du segment ST

4	Taux d'hospitalisation en HAD en post infarctus	0.3%	En cours	3%
5	Evaluation du score de risque chez les cardiologue dans le sca Non ST+	En cours de consolidation	En cours	100%

b) Indicateur de résultat

- SCA ST+ : amélioration du temps global de prise en charge dans le SCA ST+
- SCA Non ST+ : Baisse du nb d'actes non pertinents dans le SCA Non ST+
- SCC : nb d'implantation de coroTDM sur la région.

PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Objectif opérationnel n°46 : Promouvoir et soutenir la citoyenneté par une meilleure inclusion sociale tout au long de la vie : petite enfance, école, formation

1. Situation actuelle et enjeux

L'intervention précoce est l'une des mesures phares de la stratégie nationale pour l'autisme au sein des Troubles du neuro-développement (TND). Elle repose notamment sur la mise en place, par les Agences Régionales de Santé, de Plateformes de Coordination et d'Orientation (PCO) capables de proposer aux familles, dès les premiers signes d'alerte, une prise en charge adaptée à leur enfant âgé de 0 à 6 ans. En 2022, les 6 départements sont couverts par une PCO. Néanmoins, les partenariats avec les acteurs de première et de deuxième lignes restent à consolider afin de fluidifier les parcours. Effectivement de nombreuses difficultés persistent du fait de la méconnaissance des missions de chacun des acteurs.

Concernant l'inclusion scolaire, la région Centre Val de Loire a été particulièrement dynamique ces dernières années. Le territoire régional compte, fin 2022, plus de 110 dispositifs inclusifs. L'enjeu est de maintenir et de développer une offre diversifiée pour s'adapter aux besoins de chacun. Afin de fluidifier les parcours, de nouvelles modalités d'accompagnement sont en cours de déploiement dans le secteur enfance avec la transformation des Institut médio-éducatif (IME)/Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) en Dispositifs d'accompagnement médico-éducatifs (DAME). Mais également sur les dispositifs scolaires inclusifs (Unité d'enseignement externalisée, Unité d'enseignement polyhandicap, Unité d'enseignement maternelle autiste, Unité d'enseignement élémentaire autiste, Dispositif d'auto régulation…).

L'accès à la formation professionnelle initiale est un enjeu en terme d'inclusion par l'emploi mais aussi de développement personnel. Il s'agit d'élargir les propositions des Etablissements sociaux et médico-sociaux (ESMS), qui pourront prendre appui sur les organismes de formation et l'apprentissage de droit commun.

2. Description de l'objectif

L'objectif est double : renforcer le repérage et le dépistage précoce et généraliser le fonctionnement en dispositifs afin de proposer une offre adaptée et coordonnée.

3. Modalités de mise en œuvre :

1. Renforcer le repérage et le dépistage précoce par la mobilisation croisée des acteurs dans une démarche de cohérence et de qualité du parcours

1.1 Améliorer les synergies entre les acteurs mobilisés dans l'accompagnement des jeunes enfants :

- Déployer une démarche d'information auprès des acteurs, afin de faciliter leurs actions
- Affirmer le parcours en 3 étapes : repérage (droit commun) ; dépistage (1ère ligne = médecins généralistes, pédiatres) ; adressage pour diagnostic et entrée dans le parcours d'accompagnement (2ème ligne = Centre

accueil médico-social précoce, Centre médico-psycho-pédagogique, psychologues, orthophonistes, psychomotriciens libéraux).

- Favoriser le conventionnement entre acteurs (Ex. : conventions avec les PCO)

1.2 Poursuivre la démarche continue d'amélioration de la qualité en matière de diagnostic et d'orientation des jeunes :

- Renforcer les compétences des professionnels dans les domaines du repérage, de l'orientation et de l'accompagnement des personnes (Ex : formation START/certification Nationale d'Intervention en Autisme)
- Accompagner et évaluer la montée en compétences des professionnels sur la nouvelle Classification internationale des maladies (CIM11)

2. Généraliser le fonctionnement en dispositifs agiles et à l'écoute des besoins particuliers afin de développer l'accès à l'école et à la formation, puis de sécuriser les parcours

2.1 Accompagner les transformations vers une culture de l'accompagnement souple, décloisonné et coordonné autour de la personne et de ses choix de vie :

- Promouvoir l'acculturation des professionnels aux nouvelles formes d'accompagnement.
- Développer les offres intermédiaires entre le tout-établissement et le tout-service.

2.2 Renforcer le lien entre les dispositifs médico-sociaux et le milieu ordinaire (l'Education Nationale, les référents emploi, les missions locales) dans l'accompagnement des enfants et jeunes en situation de handicap autour d'outils partagés :

- Favoriser les actions et programmes conjoints (milieu ordinaire et médico-social) de développement des compétences psycho-sociales.
- Mettre en place des outils permettant l'évaluation quantitative et qualitative des parcours des enfants en situation de handicap.

2.3 Favoriser les dispositifs qui préparent et accompagnent vers l'emploi en amont de l'élaboration du projet professionnel et jusqu'à l'intégration en milieu ordinaire :

- Mobiliser les dispositifs collaboratifs entre secteur médico-social, éducation nationale, acteurs de la formation professionnelle, secteur public de l'emploi et les entreprises pour faciliter les choix de formation et l'intégration en entreprise, en articulation avec les axes du PRITH.
- Développer l'intégration en lycée professionnel avec un appui DAME
- Développer l'apprentissage et la formation en alternance
- Garantir aux acteurs et bénéficiaires l'adéquation entre compétences des jeunes, projet personnel et débouchés professionnels en mobilisant secteur public de l'emploi et communautés 360 et en élargissant les différentes possibilités de parcours.

4. Modalités de suivi et d'évaluation:

N°	INTITULE INDICATEUR	Valeur actuelle	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Part des Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP)/ Centre médico-psycho-pédagogique (CMPP) ayant fait leur Rapport d'Activité sur la nouvelle nomenclature CIM-11	2%	70%
2	PCO : nombre de conventions de partenariat existantes	En cours	En cours
3	Part des personnes accompagnées ayant un projet inclusif dans leurs PPA	En cours	En cours
4	Nombre de jeunes en situations de handicap accompagnés par un Etablissement social et médico-social (ESMS) bénéficiant d'une formation en apprentissage/alternance	En cours	En cours
5	Taux d'ESMS fonctionnant en dispositif	En cours	100% des ESMS enfants fonctionnant en dispositif.

PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Objectif opérationnel n°47 : Promouvoir et soutenir la citoyenneté par une meilleure inclusion sociale tout au long de la vie » : accès à l'emploi, formation continue et inclusion sociale choisie, Personnes handicapées vieillissantes (PHV)

1. Situation actuelle et enjeux

L'inclusion sociale et la capacité des personnes en situation de handicap à prendre elles-mêmes les décisions sur leurs choix de vie restent des chantiers à approfondir.

L'accès à l'emploi est un enjeu majeur et un levier incontournable d'accès à la citoyenneté. Pour les personnes en situation de handicap, il est nécessaire de croiser différentes expertises :

- L'expertise médico-sociale pour l'analyse des besoins des personnes et l'expertise des services de droit commun en matière d'emploi.
- La coopération entre avec les partenaires du droit commun (l'AGEFIPH, le FIPHFP, la DREETS)

Il est également important d'accompagner la mise en œuvre de la réforme des Etablissements ou services d'aide par le travail (ESAT) en cours.

La formation continue est un levier pour l'accès au milieu ordinaire et le maintien dans l'emploi. Elle permet d'objectiver l'acquisition de compétences. La redéfinition des missions des Etablissements et services de préorientation ou de réadaptation professionnelle (ESPO) et des établissements et services de réadaptation professionnelle (ESRP) va permettre de favoriser de nouvelles pratiques au service de l'inclusion professionnelle.

Enfin, pour les personnes handicapées, l'avancée en âge se traduit le plus souvent par les deux caractéristiques suivantes : la survenue de nouvelles déficiences liées à l'âge proprement dit et provoquant de nouveaux handicaps ainsi qu'un possible accroissement des déficiences antérieures qui peuvent conduire à des ruptures dans leur parcours de vie.

2. Description de l'objectif

L'objectif vise à favoriser l'inclusion et la promotion de la citoyenneté et s'appuiera sur 3 sous-objectifs : Faciliter l'accès à l'emploi, à l'inclusion sociale choisie et créer des passerelles entre les dispositifs pour accompagner l'avancée en âge.

3. Modalités de mise en œuvre

1. Faciliter l'accès à l'emploi en coordonnant les acteurs du droit commun et du milieu protégé autour du bénéficiaire, acteur de son parcours.

1.1 Favoriser l'accès à l'emploi, en amont, par des dispositifs lisibles et décloisonnés, sur l'ensemble du territoire

- **Améliorer la lisibilité de l'offre existante pour les bénéficiaires et les partenaires**
  - **Cartographier** l'offre**,** les institutions et les dispositifs existants **et ccommuniquer** sur les actions déjà existantes auprès des professionnels et des bénéficiaires.

- **Renforcer la coordination avec le droit commun (services publics de l'emploi) et les dispositifs intégrés en amont de l'emploi** (**IME, DAME**) :
  - Poursuivre la logique des expérimentations nationales : emploi accompagné et partenariats à l'échelle territoriale.
  - Organiser la rencontre entre les employeurs, le droit commun et les bénéficiaires.

- **Développer les dispositifs qui contribuent à sécuriser les parcours (stages, droit au retour)**

5.3 Accompagner, sécuriser, assurer la réforme des ESAT et leur ouverture vers le droit commun

- **Soutenir financièrement la transformation organisationnelle des ESAT**
- Moderniser et diversifier les outils de production pour consolider économiquement les ESAT et améliorer les débouchés des travailleurs.

- **Garantir la mission de « tremplin » des ESAT vers le milieu ordinaire**
- Développer des postes de conseiller d'insertion pour favoriser le lien avec milieu ordinaire.
- Développer les services d'insertion mutualisés entre ESAT.
- Développer les compétences et les tracer dans un document.
- Développer et adapter les conventions d'appui.

5.4 Placer la formation continue comme un enjeu fort, équitablement accessible

- Accompagner les organismes de formation de droit commun dans la construction d'une offre permettant de diversifier les propositions de formation continue après réalisation d'un état des lieux et identification des besoins.
- Développer une offre de formation professionnelle mutualisée entre ESAT

6. Poursuivre la transformation de l'offre pour favoriser une inclusion sociale choisie

2.1 Généraliser le fonctionnement en dispositifs, agiles et à l'écoute des besoins particuliers

- Soutenir le développement des dispositifs qui construisent des **réponses modulaires a**vec les bénéficiaires et leur famille :
  - Expérimenter le fonctionnement en dispositif/en plateforme pour adultes avec une offre variée d'accompagnement en milieu ordinaire.
  - Développer les offres intermédiaires entre le tout-établissement et le tout-service.

- Favoriser les coopérations avec le droit commun (éducation nationale, familles…) pour assurer une continuité de parcours et un tissu de réponses de proximité.

2.2 Favoriser une inclusion sociale

- Développer les dispositifs d'appui à l'inclusion sociale (GEM, PEVA, SAMSAH, plateforme de service…)
- Diffuser une culture d'inclusion du handicap, partagée, auprès des professionnels de terrain du droit commun

7. Créer des passerelles entre les dispositifs pour accompagner l'avancée en âge des personnes en situation de handicap et faciliter le recours à l'expertise

3.1 *Restructurer l'offre à travers de nouvelles réponses aux besoins spécifiques des* Personnes handicapées vieillissantes *(PHV)*

- Dimensionner les besoins à venir d'accueil pour les PHV, anticiper les besoins et développer l'approche capacitaire globale PA/PH par adaptation de l'organisation territoriale de l'offre.
- Diversifier les offres alternatives à domicile, notamment l'accueil familial
- Favoriser le développement de compétences techniques spécifiques PHV auprès des acteurs
- Soutenir les évolutions administratives pour lever les freins potentiels dans les projets d'orientation en faveur des solutions inclusives pour les PHV (limites d'âge en structures, etc.)

3.2 Favoriser l'accès en établissement pour personnes âgées et aux accompagnements spécifiques et adaptés

- Développer la connaissance du handicap dans les EHPAD.
- Développer les accompagnements relais pour faciliter les transitions liées au vieillissement

4. Modalités de suivi et d'évaluation:

N°	Intitulé indicateur	Valeur actuelle	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Taux de travailleurs d'ESAT en inclusion en milieu ordinaire/ Nb de travailleurs sortis en entreprise au cours de l'année	En cours	En augmentation de 50%
2	Nombre d'établissements/services/dispositifs qui ont structuré une offre à destination des PHV et nombre de places correspondant	En cours	En augmentation de 20%

PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Objectif opérationnel n°48 : Permettre l'accès pour les personnes en situation de handicap à des réponses de qualité adaptées et choisies en fonction de leur besoin exprimé

1. Situation actuelle et enjeux

Le traitement des situations critiques est de plus en plus prégnant en région Centre-Val de Loire. De plus, une situation complexe peut devenir critique du fait d'un accompagnement inadapté. Les dispositifs concourant à apporter des réponses spécifiques et modulaires se sont considérablement développés. Il s'agit de penser leur agencement, notamment dans le cadre du développement des communautés 360, de manière systémique et d'identifier le rôle et la complémentarité de l'ensemble des dispositifs, pour envisager et formaliser leur interopérabilité.
Si des dispositifs permettent aujourd'hui de venir en appui pour accompagner les situations critiques, il convient de structurer le suivi opérationnel afin de mesurer l'amélioration de la situation, de faire évoluer les réponses en fonction des besoins. D'une manière générale, il est attendu une montée en compétences et en qualité de l'offre.
Il est également nécessaire de garantir une montée en compétence des acteurs en matière d'autodétermination pour rendre aux personnes la capacité à arrêter leurs choix de vie.

2. Description de l'objectif

Il importe d'agir en amont, en prévention, par une évaluation et des interventions adaptées dès la survenue des premières alertes, mais également de faciliter la coordination dans la chaîne partenariale pour traiter ces situations particulières.

Pour permettre l'accès à des réponses adaptées choisies en fonction du besoin exprimé, il est important de promouvoir une culture de l'autodétermination et d'outiller les acteurs pour redonner davantage aux bénéficiaires le pouvoir d'agir dans leur parcours.

Enfin, pour garantir une prise en charge adaptée et respectueuse des droits de la personne, une attention doit être particulièrement portée à la démarche qualité.

3. Modalités de mise en œuvre :

1. Identifier et Coordonner les acteurs afin de prévenir et traiter les situations critiques

1.1 Clarifier le champ d'intervention et outiller les professionnels :

- Identifier les différents dispositifs mobilisables dans les situations critiques (coordination, appui, experts-ressource, outils)
- Structurer des réponses graduées (identification des périmètres et des champs d'intervention des différents acteurs)
- Clarifier les typologies de situations identifiées : « Situations critiques », « situations complexes », « situations aigües », les « critères d'alerte »

- Unifier les outils de coordination existants

1.2 Développer et coordonner les réponses mobilisables en appui et coordonner la chaîne d'acteurs :

- Favoriser les interventions préventives
- Développer les communautés 360° : gouvernance, organisation, pilotage et évaluation
- Développer les équipes mobiles d'appui aux situations complexes pour assurer une évaluation et intervention adaptée au fil du parcours et de ses risques de rupture
- Formaliser un processus au fil des « situations d'alerte », des « moments clés d'enjeux »
- Formaliser le processus de la chaîne d'acteurs dans une vision systémique.
- Elaborer une stratégie de communication pour accompagner le changement de culture, créer des raisonnements communs

2. Diffuser la culture de l'autodétermination et outiller les acteurs pour redonner aux bénéficiaires le pouvoir d'agir dans leur parcours

2.1 Diffuser la culture de l'autodétermination :

- Former l'ensemble des acteurs, dont les personnes accompagnées, pour un développement du principe d'autodétermination.
- Engager une acculturation conceptuelle de la démarche EPOP (Projet pour développer le pair accompagnant).
- Appuyer le rôle des Groupes d'Entraide Mutuelle dans l'impulsion de la démarche.

2.2 Outiller les acteurs pour redonner aux bénéficiaires le pouvoir d'agir dans leur parcours :

- Développer des outils facilitant la compréhension et l'expression de la personne.
- Repenser, sous le prisme de l'autodétermination, l'élaboration des projets personnalisés.
- Promouvoir l'utilisation des outils qui favorisent le pouvoir d'agir dans la préparation des projets professionnels.

3. Développer une approche globale de la qualité au sein des Etablissements sociaux et médico-sociaux (ESMS)

3.1 Accompagner les ESMS dans la nouvelle démarche d'évaluation :

- Accompagner les ESMS dans la mise en place de la réforme de l'évaluation
- Accompagner l'évolution des modes opératoires

3.2 Diffuser la culture d'une approche globale de la qualité :

- Evaluer la satisfaction des usagers, solliciter leurs retours d'expériences.
- Diffuser une culture de la qualité entre les ESMS et avec le secteur sanitaire et les acteurs du droit commun

4. Modalités de suivi et d'évaluation:

N°	INTITULE INDICATEUR	Valeur actuelle	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Part de situations complexes devenues critiques	En cours	A la baisse
2	Taux de réponses aux situations complexes	En cours	100%
3	Nombre de personnes ayant fait appel à un faciliteur	En cours	A hausse
4	Taux ESMS ayant un Plan D'amélioration Continue de la Qualité	En cours	80%

PERSONNES ÂGÉES

Objectif opérationnel n°49 : Développer le repérage des fragilités et la prévention sur l'ensemble de ses composants

1. Situation actuelle

L'état de l'existant met en exergue les problématiques suivantes sur le territoire :

- Un manque de professionnels avec des moyens différents selon les territoires
- Une adaptation nécessaire des compétences pour faire face aux diverses pathologies du grand âge
- La nécessité d'un repérage anticipé des fragilités permettant d'éviter ou de retarder la perte d'autonomie
- Un manque de connaissance mutuelle et une coordination des dispositifs à améliorer

2. Enjeux

L'enjeu central est de développer le repérage des fragilités et la prévention sur l'ensemble de ses composantes.

Il s'agit de repérer et prévenir les facteurs de risque de la dépendance compromettant l'autonomie et potentiellement le maintien à domicile des personnes.

Il s'agit notamment :

- De contribuer au développement de la prévention primaire et au repérage de la fragilité (notamment à travers le programme ICOPE - Integrated Care for older people) sur l'ensemble de la région ;
    - De traiter spécifiquement les facteurs de risque suivants : la santé buccodentaire, la dénutrition, les troubles psycho-comportementaux et la dépression, les chutes, la détection et la prise en compte précoce des troubles neuro – dégénératifs. La prévention de l'iatrogénie médicamenteuse est traitée dans la fiche « Promouvoir la pertinence de l'utilisation des produits de santé et réduire l'iatrogénie médicamenteuse ». La prévention de l'obésité est traitée dans le parcours « diabète-obésité » ;
- De construire un programme concerté d'actions de prévention de perte d'autonomie avec les conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA) et les conseils départementaux (CD), pilotes de ces conférences ;
- De renforcer autant que nécessaire les réponses aux besoins de diagnostic et de prises en charge associées.

3. Description de l'objectif

Les objectifs stratégiques portés par l'ARS sont :

1. Identifier les dispositifs et les intervenants (cartographie de l'offre), du niveau local au niveau régional
2. Développer le repérage des facteurs de risque de perte d'autonomie sur l'ensemble de la région
3. Développer des actions de prévention mieux coordonnées et plus efficaces

4. Développer la culture de la prévention chez les usagers et les professionnels de proximité
5. Traiter spécifiquement les facteurs de risque suivants :
    - La santé buccodentaire,
    - La prévention de la dénutrition,
    - La prévention des troubles psycho-comportementaux et de la dépression
    - La prévention des chutes

4. Modalités de mise en œuvre :

1- Identifier les dispositifs et les intervenants du repérage et de la prévention

- Cartographier :
    - Alimenter les sites internet des CD et le site de l'ARS Centre-Val de Loire par une liste de l'offre de prévention après identification de l'offre locale avec l'appui de l'Équipe régionale « Vieillissement et Maintien de l'Autonomie » (ERVMA)/gérontopôle.

- Communiquer à destination des professionnels et des acteurs du droit commun sur le repérage des fragilités :
    - Niveau régional :
        - Mobilisation de l'ERVMA/gérontopôle pour déployer les Evaluations gériatriques standardisées (EGS), ICOPE, le plan antichute, etc.
        - Développement de la plateforme de formation e-santé du Centre hospitalier universitaire (CHU) proposant des modules spécifiques (e-learning) des professionnels
    - Niveau départemental :
        - Mission 3 des Dispositifs d'appui à la coordination (DAC) d'information des professionnels et d'accompagnement à la montée en compétences
        - Mobilisation des équipes mobiles de gériatrie et de psychiatrie de la personne âgée sur le repérage
    - Niveau local :
        - Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) : actions d'information à destination des professionnels

- Définir une politique de prévention coordonnée à l'échelle départementale en articulation avec les CFPPA et en lien avec les priorités des Contrats locaux de santé (CLS) pour sortir de la logique de financement d'actions ponctuelles.

2- Développer le repérage des facteurs de risque de perte d'autonomie sur l'ensemble de la région

- Engager les acteurs de première ligne (Service de soins et d'aide à domicile – SAAD, – Services de soins infirmiers à domicile – SSIAD, Professionnels de santé libéraux – PSL = CPTS, instances d'action sociale des collectivités locales) dans des actions transversales de formation et d'information sur le repérage à travers la définition d'une feuille de route par département en articulation avec les plans des CD.

- Identifier sur chaque territoire un relais pour l'évaluation une fois la situation repérée : équipes mobiles gériatriques, consultations spécialisées, CPTS (Infirmier de pratique avancée – IPA, Infirmier diplômé d'Etat libéral – IDEL, Médecins traitants dans le cadre des visites de prévention obligatoires), équipes Allocation personnalisée d'autonomie (APA) des CD…

- Généraliser l'outil Sphère pour la coordination de l'ensemble de ces acteurs
- Déployer l'utilisation d'outils de repérage en privilégiant ICOPE dans les territoires n'ayant pas encore pu déployer l'outil à titre expérimental
- Thématique dénutrition
    - Généraliser l'utilisation de l'outil *Mini Nutritional Assessment* (MNA)
    - Identifier un référent nutrition dans chaque Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) pour porter la thématique

- Thématique santé bucco-dentaire
    - Poursuivre et développer les expérimentations sur plusieurs territoires pour le dépistage systématique des problèmes bucco-dentaires : partenariat entre CPTS, CH, Union régionale des professionnels de santé (URPS) chirurgiens-dentistes ; développement de la télémédecine ; déploiement de bus bucco-dentaires…
    - Généraliser l'utilisation d'outils de dépistage en EHPAD (ex : Grille d'Eilers utilisée au CH de Sancerre ; outil Oral Health Assessment Tool – OHAT-basée sur l'observation clinique bucco-dentaire sans avoir besoin de requérir à un avis de chirurgie dentaire; grille Oral Assesment Guide – OAG)

- Thématique troubles psycho-comportementaux.

- Communiquer et former pour sensibiliser à large échelle :
    - Formation des aidants à repérer les signes de troubles : mobilisation des associations d'aide aux aidants et des structures d'appui aux aidants
    - Formation des professionnels : formation aux troubles psycho-comportementaux au sein des EHPAD/SSIAD/SAAD.

- Thématique chutes :

Le PRS intègre les objectifs du plan national triennal anti-chutes (2022-2024), dont l'objectif est de réduire de 20% le nombre de chutes et les hospitalisations qui en découlent. L'ERVMA pilote sa déclinaison en région CVL. Les actions identifiées pour le repérage sont :

- Sensibiliser/former tous les professionnels aux outils et dispositifs d'alerte et de repérage
- Valoriser et déployer les actions de repérage notamment via l'expérimentation Icope
- Généraliser la filière Relv'âge qui permet une évaluation gériatrique post-chute à domicile grâce au signalement par les Service départemental d'Incendie et de secours (SDIS – actuellement expérimentée dans 2 départements).

3- Développer des actions de prévention mieux coordonnées et plus efficaces

- Renforcer l'offre en diversité et en quantité en mobilisant l'intégralité des crédits CFPPA et en les ouvrant à tous les modes d'accueil collectif (EHPAD, résidence service, résidence autonomie, habitat inclusif…).

- Communiquer à destination du grand public : conférences sur le terrain, travail avec les médias, campagnes de communication avec l'appui notamment du Gérontopôle.

- Organiser la coordination entre les dispositifs, les acteurs et les outils existants, à l'échelle régionale et à l'échelle du parcours de l'individu.

- Thématique dénutrition :
    - Développer des ateliers nutrition en établissements via des Appel à projet (AAP) CFPPA
    - Mobiliser l'ensemble des acteurs autour de la semaine de la dénutrition.

- Thématique santé bucco-dentaire :
    - Sensibiliser à grande échelle les professionnels du domicile qui sont mobilisés auprès des seniors sur les risques et les bonnes pratiques.
    - Sensibiliser les EHPAD à travers diverses actions et dans le cadre des CPOM

- Aux enjeux de formation des professionnels à la santé bucco-dentaire (formations proposées par l'ERVMA).

- Aux enjeux de nettoyage des appareils dentaires (investissement dans des équipements dédiés, bus de nettoyage…).

- Aux opportunités de mise en lien avec les chirurgiens-dentistes via des offres dédiées ou la télémédecine :
    - Développer les initiatives de type bus de la prévention bucco-dentaire

- Thématique troubles psycho-comportementaux :
    - Organiser l'accès aux compétences techniques spécifiques (psychologues, ASG) pour les services intervenant à domicile.
    - Renforcer l'appui apporté par les équipes mobiles gériatriques et/ou de psychiatrie de la personne âgée et les DAC.

- Diffuser les formations e.learning (Centre Mémoire de Ressources et de Recherche – CM2R du CHU) au sein des SSIAD et des SAAD– complété par de la mise en pratique.

- Thématique chutes :

    - Mettre en œuvre le plan triennal antichute afin de réduire significativement le nombre de chutes à domicile et en établissement et le nombre d'hospitalisations qui en découlent grâce à des actions pour :
        - Déployer sur l'ensemble de la région les dispositifs d'aménagements de logement personnalisés, et anticiper puis proposer sans délai Ma Prime Adapt dans toute la région
        - Accéder à des aides techniques à la mobilité faites pour tous avec l'appui des CICAT (centre d'information et de conseil en aides techniques), des caisses de retraite et d'assurance maladie, des mutuelles …
        - Promouvoir l'activité physique adaptée (actions individuelles ou collectives) cofinancées par les CFPPA ou portées par les maisons-sport-santé.
        - Développer la téléassistance pour tous après évaluation de dispositifs innovants de prévention des chutes en EHPAD.
        - Elaborer un plan de communication régional auprès du grand public.

5. Modalités de suivi et d'évaluation :

- *Indicateur de pilotage et de résultats :*

  - **Objectif 1 : identifier les dispositifs et les intervenants**

N°	INTITULE INDICATEUR	Valeur actuelle	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Nombre de connexions à la page de cartographie de l'offre ARS/CD/	En cours	Augmentation du nb de connexions
2	Nombre de professionnels ayant bénéficié d'actions de formation/sensibilisation portées par l'ERVMA/gérontopôle.	En cours	+40%

  - **Objectif 2. Développer le repérage des facteurs de risque de perte d'autonomie sur l'ensemble de la région**

N°	INTITULE INDICATEUR	Valeur actuelle	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Nombre de comptes structures créés ayant accès à Sphère	En cours	Montée en charge
2	Nombre de personnes repérées dans le cadre du programme ICOPE	En cours	En cours

  - **Objectif 3. Développer des actions de prévention mieux coordonnées et plus efficaces**

N°	INTITULE INDICATEUR	Valeur actuelle	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Evolution de l'activité des équipes mobiles gériatriques et de psychiatrie de la personne âgée	En cours	+ 20%
2	Part des crédits de la conférence des financeurs affectés à la prévention : -dénutrition - Bucco-dentaire - chutes	En cours	Augmentation à calibrer

PERSONNES ÂGÉES

Objectif opérationnel n°50 : Réussir le virage domiciliaire et organiser l'offre sur les territoires

1. Situation actuelle

Au cours du PRS2, l'ARS Centre-Val de Loire a mené des actions visant à réduire les inégalités territoriales dans l'accès aux soins à domicile, en créant 15 places de Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), en ouvrant 2 Services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) et en soutenant la modernisation des services (accès aux outils numériques et à la domotique).

L'ARS a engagé des financements pour diversifier la palette d'offre existante, au service de réponses plus modulaires **:** création d'un SSIAD spécialisé « maladies neurodégénératives de 37 places, développement de l'appui HAD aux structures médico-sociales, création de 27 places d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation ou lors de carences d'aidant, développement des visites d'évaluation d'ergothérapie à domicile.

Enfin, elle a œuvré pour fluidifier la coordination des parcours de soins, depuis et vers le domicile de la personne âgée, en accord avec ses besoins, à chaque étape de sa vie : partenariat avec les Groupements hospitaliers de territoire (GHT) pour organiser la sortie sans interruption de soins, développement de l'accueil d'urgence en sortie d'hospitalisation, création de parcours d'admission directe non programmée des personnes âgées, travail des Dispositifs d'appui à la coordination (DAC) et de l'Equipe régionale « Vieillissement et Maintien de l'Autonomie » (ERVMA) dans la coordination des différents services pour assurer un parcours cohérent.

2. Enjeux

Il s'agit désormais de développer, à toutes les étapes du parcours de la personne, un accompagnement gradué en fonction des problématiques rencontrées. L'ARS souhaite renforcer la cohérence de l'offre pour faciliter un parcours respectueux du souhait des personnes âgées et donc prioritairement orienté vers un maintien dans le domicile du choix de la personne. L'organisation territoriale doit prendre en compte le développement d'un continuum de solutions entre le domicile individuel de la personne et l'Ehpad (résidence service, résidence autonomie, habitat partagé). Elle doit viser au développement des services à domicile et à la coordination de l'offre proposée aux personnes âgées. L'organisation territoriale de l'autonomie doit aussi viser l'harmonisation des offres proposées sur chaque territoire.

3. Description de l'objectif

Les objectifs stratégiques portés par l'ARS sont :

1. Accompagner le développement cohérent et diversifié des services à domicile.
2. Améliorer la coordination décloisonnée, la collaboration et la lisibilité de l'offre proposée aux personnes âgées.

3. Diversifier l'offre afin de proposer un continuum gradué et transparent de solutions entre le domicile individuel de la personne et l Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD – résidence service, résidence autonomie, habitat partagé…), pour faciliter l'orientation.

4. Soutenir et faire connaître l'offre de services en faveur des aidants (***cf. Chapitre 11 : Aidants***).

5. Développer, à toutes les étapes du parcours de la personne, une nouvelle culture du vieillissement, avec une prise en charge en soins et un accompagnement gradué en fonction des problématiques rencontrées.
6. Structurer le maillage territorial des offres, en veillant à garantir la complémentarité entre les réponses offertes et l'équité entre les territoires afin de garantir le libre-choix.

4. Modalités de mise en œuvre :

1. Communiquer sur l'offre domiciliaire existante pour les professionnels et structurer des réponses coordonnées dans les situations « simples » / « complexes »

- Alimenter les sites internet des Conseils départementaux (CD) et le site de l'ARS Centre-Val de Loire avec un panorama détaillé de l'offre médico-sociale et sanitaire (équipes mobiles, consultations dédiées, DAC …), des liens vers les sites plus spécialisés, à destination des personnes âgées à domicile.

- Continuer à promouvoir le remplissage et l'utilisation du Répertoire opérationnel des ressources (ROR) et missionner le Gérontopôle sur des actions de communication auprès des professionnels autour de l'offre existante.

- Communiquer à propos sur les sites nationaux incontournables (dont Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie – CNSA, caisses de retraite, institutions judiciaires pour la partie mesures judiciaires protection des majeurs/directives anticipées, service public.fr, etc.).

- Centraliser au sein de chaque Contrat local de santé (CLS) l'offre d'information papier disponible (flyers et autres) pour alimenter l'ensemble des acteurs.

- Structurer des réponses coordonnées dans les situations simples et complexes :
  - Situations simples : Garantir l'implication des GHT/hôpitaux de proximité/ Communauté professionnelle territoriale de Santé (CPTS) dans la filière gériatrique départementale et l'utilisation des outils partagés
  - Situations complexes : consolider les DAC, centres de ressources territoriaux (CRT), centres de ressources spécialisés sur certaines pathologies et le rôle de l'ERVMA
- Développer les utilisations des outils numériques partagés dont Sphère et Répertoire opérationnel des ressources (ROR).

Enjeu identifié autour de la multiplication des outils : travailler à l'interopérabilité.

2. Garantir sur l'intégralité du territoire une offre adaptée et coordonnée incluant aide à la vie quotidienne, maintien du lien social, prévention et soins :

- Articuler SSIAD/ Services de soins et d'aide à domicile (SAAD)/ CPTS sur un territoire donné en généralisant le modèle du Service autonomie à domicile (SAD).

- Renforcer la prise en charge par les SSIAD : nombre de passages quotidiens, passages de weekend, intervention à 2 soignants.

- Inciter les SAD à conventionner pour bénéficier de la dotation complémentaire pour accompagner à domicile les usagers, sur des horaires atypiques (soir ou week-end); mettre en place des actions visant à lutter contre l'isolement des personnes accompagnées ; soutenir les proches aidants.

- Développer l'externalisation de l'offre des EHPAD :
  - Déployer des CRT
  - Soutenir les projets visant à projeter vers le domicile une offre de service des EHPAD

- Poursuivre les actions sur la qualité et sur l'attractivité des métiers ***(voir fiche attractivité)***

3. Diversifier les réponses d'habitats intermédiaires, entre le tout domicile et le tout établissement

Les usagers de ces formes d'habitat doivent pouvoir bénéficier des mêmes accompagnements qu'en domicile individuel en bénéficiant de toutes les garanties en matière de qualité de prise en charge et de bientraitance :

- Garantir le même type d'offre d'accompagnement qu'au domicile individuel

- Veiller à la qualité de cette offre et prévenir les éventuelles dérives vers un fonctionnement en EHPAD de fait non autorisé.

5. Modalités de suivi et d'évaluation :

- *Indicateurs de pilotage et de résultats :*

  - **Cartographier/communiquer sur l'offre domiciliaire existante**

N°	INTITULE INDICATEUR	Valeur actuelle	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Existence d'une page référence avec les informations de l'offre dédiée	En cours	OUI
2	Evolution du taux de connexion ; Evolution du temps de connexion ; taux de rebond	En cours	En cours
3	Taux de satisfaction à la recherche d'information	En cours	En cours
4	Evolution du nombre de sollicitation des dispositifs de gestion de situation complexe à domicile // Nombre de cas traités par les dispositifs	En cours	En cours

- **Garantir sur l'intégralité du territoire une offre adaptée et coordonnée incluant aide à la vie quotidienne, maintien du lien social, prévention et soins**

N°	INTITULE INDICATEUR	Données disponibles / à créer	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Evolution du taux d'équipement en SSIAD des territoires rapporté à la population de + de 60 ans.	En cours	+ 100 places avec rééquilibrage intra-régional
2	Evolution qualitative et quantitative du nombre d'interventions (passages multiples, week-end) des SSIAD.	En cours	En cours

PERSONNES ÂGÉES

Objectif opérationnel n°51 : Accompagner la transformation et l'adaptation des EHPAD

1. Situation actuelle

Dans le cadre du PRS2, l'ARS Centre-Val de Loire a soutenu des expérimentations participant à positionner l'Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) comme structure ressource sur son territoire, telles que les groupements d'EHPAD comme ressources territoriales de proximité, le dispositif « PARCOURS » qui crée des passerelles entre le tout-domicile et le tout-établissement. Elle a également soutenu des actions visant à améliorer la couverture territoriale des besoins tout en impulsant l'ouverture des établissements vers l'extérieur, en soutenant par exemple le dispositif Infirmier diplômé d'Etat (IDE) de nuit, le renforcement de l'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation …

L'ARS a entrepris des actions qui renforcent l'inscription des EHPAD dans le parcours de soins, notamment en cas d'urgence, en soutenant la médicalisation des structures pour les résidents les plus dépendants, dont ceux avec des pathologies spécifiques (Unités d'hébergement renforcées – UHR, Pôles d'activités et de soins adaptés – PASA, renfort de Services de soins infirmiers à domicile – SSIAD pour la prise en charge de la maladie de Parkinson, équipe mobile géronto-psy dans le Loiret…) ainsi que le déploiement de l'outil Via trajectoire pour suivre le parcours de la personne âgée.

2. Enjeux

Dans le contexte d'une priorité donnée au virage domiciliaire, les missions dévolues aux EHPAD doivent évoluer :

- Les EHPAD sont parties prenantes de l'organisation territoriale de proximité à un double titre :
    - Ils peuvent être plateformes de ressources et de support pour les services proposés sur un territoire, au-delà de la population résidente de l'EHPAD ; ils sont partie intégrante d'une offre coordonnée prévenant les ruptures de parcours.
    - Par leur architecture et leur organisation, ils doivent faciliter le maintien des liens sociaux et l'inclusion dans la cité des résidents

- Les EHPAD, organisés pour prendre en charge la grande dépendance**,** ont vocation à accueillir des personnes plus âgées et plus dépendantes, avec une proportion importante de personnes atteintes de troubles neuro dégénératifs. L'organisation soignante des EHPAD doit tenir compte de cette évolution. La réflexion sur l'évolution des EHPAD doit être menée en cohérence avec la transformation des USLD. Une attention particulière doit être portée aux personnes handicapées vieillissantes, de même qu'aux personnes âgées relevant de soins psychiatriques.

3. Description de l'objectif

Les objectifs stratégiques portés par l'ARS sont :

1. Intégrer les EHPAD dans l'offre de service du territoire en repensant le panier de service de ces établissements
2. Faciliter le maintien des liens sociaux et l'inclusion dans la cité des résidents (architecture et organisation), en lien avec les partenaires du droit commun, et les acteurs impliqués dans le repérage des fragilités.
3. Faire évoluer les EHPAD pour prendre en charge la grande dépendance dont les maladies neurodégénératives et les publics spécifiques

4. Modalités de mise en œuvre :

1. Repenser le panier de services pour ouvrir les EHPAD sur leur territoire

1.1 Faire évoluer l'offre des EHPAD vers un panier de services ouverts sur la ville :

- **Ouvrir l'offre existante, proposer de nouveaux services accessibles à tous, en proximité, depuis les EHPAD** :
    - Repérage des risques de perte d'autonomie, mise en place d'actions de dépistage (buccodentaire, cancers…), de prévention, de culture, d'activité physique adaptée, de lutte contre l'isolement, en mobilisant les moyens des Conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA) et en inscrivant les actions et les démarches d'ouverture dans les Contrats locaux de santé (CLS) et autres contrats de territoires et en mobilisant l'offre culturelle, de loisirs et sportive des territoires.
    - Mise en place d'un dispositif centre de ressources territorial (CRT) par département.
- **Accompagner l'évolution des organisations, des architectures, des espaces** : intégrer la dynamique d'EHPAD de demain dans les projets d'investissements, encourager le tiers lieu, l'habitat intermédiaire en proximité de l'EHPAD.

- **Inscrire l'évolution du panier de service dans la démarche globale d'amélioration de la qualité** : formation des professionnels de l'EHPAD à la notion d'EHPAD de demain, intégration dans les projets d'établissements, de soins et les CPOM**.**

1.2 Améliorer la coordination des acteurs du territoire autour de l'ouverture des EHPAD et du repérage et de la prévention des personnes âgées en perte d'autonomie dans le cadre de leur parcours

- **Renforcer la coordination des acteurs du territoire dans l'ouverture des EHPAD** :
    - Soutenir les projets de territoire multi-acteurs proposant des réponses mutualisées et des actions communes (attractivité, Ressources humaines – RH, Qualité de vie au travail – QVT, prévention, socialisation …), favoriser les regroupements de type Groupement de coopération sociale et médico- sociale (GCSMS).
    - Prioriser les projets articulés avec les acteurs du domicile.
    - Renforcer l'information et la communication des acteurs sur le territoire dans la mise en œuvre de leurs actions communes ouvertes sur la ville et sensibiliser les collectivités locales dans l'aide à la mise en place d'actions portées par les EHPAD ouvertes sur la ville et la facilitation des transports vers et depuis les EHPAD.
- **Renforcer la coordination des acteurs du territoire dans la mise en œuvre des parcours des personnes âgées** :
    - Accompagner l'expérimentation ICOPE, identifier et accompagner les acteurs du territoire dans le repérage des besoins des personnes âgées (Communauté professionnelle territoriale de santé –

CPTS, Maison de santé pluriprofessionnelle – MSP, médecins généralistes, Dispositifs d'appui à la coordination – DAC, collectivités locales, conseil départemental – CD …).

- Définir le rôle de chacun et ses modalités d'interactions avec les autres acteurs.
- Promouvoir les coordinations locales autour de cas individuels, soutenir le développement des outils numériques partagés (Sphère/Répertoire opérationnel des ressources – ROR).

2. Permettre aux EHPAD de mieux accompagner la grande dépendance (GIR 1 et 2) sur leur territoire

2.1 Faire évoluer l'offre en EHPAD sur chaque territoire pour mieux accompagner les personnes en situation de grande dépendance : définition d'un panier de services socle :

- **Accueillir les personnes à domicile en situation de grande dépendance dans les murs des établissements et contribuer à lever les freins à leur accueil** : ouvrir les PASA à des personnes extérieures sous la modalité accueil de jour ; tester l'accueil de nuit ; développer l'accueil en sortie d'hospitalisation et l'accueil temporaire, l'accueil des aidants ; adapter les modalités d'autorisation et de financement.
- **Développer les services portés par l'EHPAD à l'extérieur dans la cité, pour les personnes en situation de grande dépendance vivant à domicile :** offre itinérante du type accueil de jour, déplacements des équipes de professionnels de l'EHPAD, offre d'EHPAD à domicile, équipes ressources, équipes mobiles spécialisées.
- **Renforcer, en s'appuyant sur des équipes formées et spécialisées de l'EHPAD, l'accueil de personnes âgées en situation de grande dépendance à profil spécifique** (maladies neurodégénératives, personnes vieillissantes en situation de handicap, personnes avec des troubles psychiatriques…), en fonction des besoins du territoire :
  - Renforcer les effectifs soignants pour pouvoir notamment accueillir les personnes réorientées des soins longue durée
  - 100% des EHPAD couverts par un dispositif IDE de nuit,
  - Existence d'une offre dédiée aux personnes handicapées vieillissantes sur chaque territoire,
  - Développement du nombre d'EHPAD avec un PASA avec accompagnement personnalisé, matériels et activités adaptés
- **Accompagner l'évolution des organisations, des architectures, des espaces pour accueillir les publics grands dépendants** : respect de critères d'espace et d'équipements dans les projets d'investissements (grandes chambres, lieu de stockage suffisant, adaptation des accès, rails, domotique…)

- **Inscrire les évolutions des services des EHPAD dans la démarche globale d'amélioration de la qualité** : formation des professionnels de l'EHPAD (fin de vie, soins palliatifs, handicap, Maladie neurodégénérative – MND.), intégration dans les projets d'établissements, de soins et les Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).

2.2 Améliorer la coordination des acteurs du territoire pour mieux accompagner les personnes âgées en situation de grande dépendance dans le cadre de leur parcours :

- **Renforcer l'articulation entre les acteurs du territoire dans le repérage et la prise en charge des besoins des personnes âgées très dépendantes à domicile** :
  - Repérer les partenaires du droit commun sur le territoire (médico-sociaux, sociaux, ville et sanitaire) intervenant dans la prise en charge des personnes âgées en grande dépendance, clarifier le rôle de chacun, les actions mises en œuvre et les portes d'entrée: informer et communiquer sur les dispositifs existants pour mieux se connaitre et se faire connaitre.

- Renforcer les partenariats autour de situations complexes (voir fiche « offre de soins de proximité »).
- Soutenir le développement des outils numériques pour partager les informations nécessaires pour faciliter le parcours des personnes âgées.

- Renforcer l'articulation avec les partenaires du secteur sanitaire (offre de recours/d'expertise) pour mieux prendre en charge dans les EHPAD les personnes âgées en grande dépendance en établissements :
  - Mieux préparer les sorties des établissements de santé pour une entrée en EHPAD, mieux accompagner les EHPAD dans des prises en charges spécifiques (troubles du comportement, psychogériatrie, personnes âgées en situation de handicap…).

- Consolider les filières gériatriques et les dispositifs d'aller vers et de soutien des EHPAD : consolider les astreintes gériatriques, renforcer les interventions des équipes spécialisées (psychiatrie, psychogériatrique, équipe territoriale d'hygiène, équipes mobiles de gériatrie, de soins palliatifs, douleur…), renforcer les interventions de l'Hospitalisation à domicile (HAD), renforcer les entrées directes en hospitalisations des personnes âgées.

5. Modalités de suivi et d'évaluation

- *Indicateurs de pilotage et de résultats :*

  - **Repenser le panier de services pour ouvrir les EHPAD sur leur territoire**

N°	INTITULE INDICATEUR	Valeur actuelle	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Nombre de centres de ressources territoriaux créés	0 en 2022	6 en 2027

  - **Permettre aux EHPAD de mieux accompagner la grande dépendance**

N°	INTITULE INDICATEUR	Valeur actuelle	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Evolution du nombre de places d'EHPAD ciblées sur la grande dépendance (MND, Personne handicapée vieillissante – PHV, psychogériatrie…)	En cours	En cours
2	Taux d'ehpad équipé d'un PASA	En cours	doublement

LES OBJECTIFS QUANTIFIÉS DE L'OFFRE DE SOINS

MÉDECINE

Travaux techniques régionaux en cours de finalisation, suite aux récentes évolutions de la règlementation nationale.

Envoi complémentaire mi-mars.

CHIRURGIE

Travaux techniques régionaux en cours de finalisation, suite aux récentes évolutions de la règlementation nationale.

Envoi complémentaire mi-mars.

GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, NÉONATOLOGIE, RÉANIMATION NÉONATALE

1. Zones de référence

La zone de référence est le département.

2. Eléments de diagnostic – Situation des implantations

Les objectifs quantifiés de l'offre de soins ont été atteints.

SRS-OQOS-IMPLANTATIONS PAR ZONE ET MODE DE PRISE EN CHARGE				
	Graduations	Cible		Bilan au 24/01/23
		Mini	Maxi	
Région Centre-val de Loire	Unité obstétrique	5	11	8
	Unité obstétrique et unité Néonatologie sans soins intensifs	4	4	4
	Unité obstétrique et unité Néonatologie avec soins intensifs	4	4	4
	Unité obstétrique et unité Néonatologie avec soins intensifs et unité de réanimation	2	2	2
	TOTAL	15	21	18
	TOTAL Centres Périnataux de Proximité (CPP) *	4	9	7

**Les CPP sont notés pour information mais ne relèvent pas d'OQOS.*

Malgré des objectifs atteints, l'année 2022 a connu des fermetures temporaires auprès de certaines maternités dans la région. Cela a eu un fort impact sur l'organisation qui s'est vu dégradée et les établissements contraints de limiter une partie de leurs activités.

La fragilité de l'offre reste liée à la démographie des professionnels de santé suite à des départs à la retraite, mais aussi le recours à l'intérim.

Deux maternités se sont vu contraintes de fermer, mais ont été remplacées par des CPP pour maintenir l'offre de proximité, dont un en lien étroit avec une maternité.

L'un des enjeux sera de consolider l'offre existante.

3. Orientations nationales et leurs déclinaisons régionales

Les orientations nationales vont vers la consolidation de parcours de soins adaptés, le dépistage et la prise en charge des vulnérabilités, la mise en œuvre d'un milieu propice au développement des compétences psychosociales. A l'échelon national, compte tenu de la baisse du nombre de maternités, il y a un engagement des maternités permettant d'offrir une solution d'hébergement temporaire pour les patientes résidant à plus de 45 minutes.

En région Centre-Val de Loire, la priorité reste de proposer des parcours de soins de qualité et sécurisés, en permettant une orientation correcte des patients et parents tenant compte de leurs spécificités et de leurs souhaits.

4. Objectifs qualitatifs :

Priorité 1 : Améliorer les conditions de la grossesse et de la naissance :

Cette priorité est en lien notamment avec le ***parcours « Santé maternelle et infantile »*** du PRS 3.

Objectif 1 : Orientation, transfert, sécurité, parcours adaptés pour chaque patiente et son(es) enfant(s)

- Evaluer les risques afin de suivre, conseiller et orienter au mieux la femme tout au long de la grossesse ainsi que lors de son accouchement :
  - Renforcer l'accès aux entretiens pré et postnataux
  - Améliorer la capacité à accompagner les patients vulnérables en favorisant la pluridisciplinarité au sein des parcours

- Gradation de l'offre permettant à chaque patiente d'être prise en charge dans une maternité adaptée à son niveau de risque.
  - Consolidation de l'offre de soin notamment en unité de soin intensif de néonatologie
  - Organisation et suivi des transferts in utero accompagnés par le réseau Périnat.
  - Conforter les services qui sécurisent la prise en charge pédiatrique
  - Assurer la qualité et la sécurité des prises en charge en maternité

- Développement d'une culture de la sécurité et qualité des soins pour les professionnels de santé :
  - Formation continue par le réseau périnatal
  - Organisation de RMM et revu des EIGS

- Accompagner la création d'au moins une maison de naissance sur le territoire émergent en matière de diversification de l'offre et l'adapter au projet de naissance des parents.

- Réduire les délais d'accès à la PMA

- Dépister précocement et mieux accompagner les nouveaux-nés et jeunes enfants le nécessitant :
  - Poursuivre les actions de dépistage :
    - Dépistage néonatal
    - Poursuite du dépistage des troubles de l'audition
  - Poursuivre le suivi adapté des enfants vulnérables par le réseau Grandir Ensemble en Région Centre.

- Anticiper les situations de tension et de crise :
    - Anticiper les tensions hospitalières et les pics épidémiques
    - Anticiper l'évolution démographique des professionnels de santé en favorisant les délégations de pratique, les protocoles de coopération et les nouvelles pratiques.

Objectif 2 : Consolidation/diversification de l'offre de proximité

- Permettre à chaque maternité d'adapter leur offre au besoin du bassin de population :
    - En diversifiant l'offre des maternités réalisant moins de 1000 accouchements par an
    - En recentrant l'activité sur leur cœur de métier pour les maternités réalisant plus de 1000 accouchements par an ou qui ont une mission de recours

- Confirmer le rôle du CPP dans le suivi de grossesse : L'offre de soin propose une prise en charge des consultations tout au long de la grossesse, mais aussi dans le cadre de la préparation à la naissance et à la parentalité. Leur rôle pourra s'élargir à la prévention et au dépistage.

- Permettre à chaque acteur d'enrichir son rôle
    - Conforter le rôle des sages-femmes, leur permettant de diversifier leur exercice
    - Renforcer le rôle des infirmières puéricultrices

- Permettre une sortie de maternité adaptée au souhait des parents et au contexte familial :
    - Sortie précoce
    - HAD
    - Développement des entretiens postnataux

Priorité 2 : Améliorer la santé des femmes

- Garantir la prévention et la prise en charge des grossesses non désirées :
    - Garantir l'accès à l'IVG en maintenant l'offre et permettant son élargissement aux termes entre 14 et 16 SA
    - Améliorer l'accès à la contraception

- Améliorer la prise en charge de l'endométriose

  Mettre en place un dispositif régional de coordination pour mieux organiser les filières de soin

- Ouvrir la possibilité aux femmes victimes de violence d'être mieux prises en charge et dépistées en sensibilisant les professionnels et proposant des unités d'accueil offrant un point d'entrée dans un dispositif transversal de prise en charge

5. Objectifs quantitatifs – Implantations

Les implantations tiennent compte de la démographie des professionnels de santé, de son évolution afin de garantir la sécurité des prises en charge dans chaque structure maintenue tout en permettant de poursuivre les suivis de grossesse et du post partum non immédiats en proximité.

Déclinaison territoriale	Graduations	Bilan au 24/01/23	Cible	
			Mini	Maxi
Cher (18)	Unité obstétrique	3	2	3
	Unité obstétrique et unité Néonatologie sans soins intensifs	0	0	0
	Unité obstétrique et unité Néonatologie avec soins intensifs	1	1	1
	Unité obstétrique et unité Néonatologie avec soins intensifs et unité de réanimation	0	0	0
	TOTAL	4	3	4
	CPP*	0	0	1
Eure-et-Loir (28)	Unité obstétrique	0	0	0
	Unité obstétrique et unité Néonatologie sans soins intensifs	1	1	1
	Unité obstétrique et unité Néonatologie avec soins intensifs	1	1	1
	Unité obstétrique et unité Néonatologie avec soins intensifs et unité de réanimation	0	0	0
	TOTAL	2	2	2
	CPP*	2	2	2
Indre (36)	Unité obstétrique	0	0	0
	Unité obstétrique et unité Néonatologie sans soins intensifs	1	1	1
	Unité obstétrique et unité Néonatologie avec soins intensifs	0	0	0
	Unité obstétrique et unité Néonatologie avec soins intensifs et unité de réanimation	0	0	0
	TOTAL	1	1	1
	CPP*	2	2	2
Indre-et-Loire (37)	Unité obstétrique	1	0	1
	Unité obstétrique et unité Néonatologie sans soins intensifs	1	1	1
	Unité obstétrique et unité Néonatologie avec soins intensifs	0	0	0

	Unité obstétrique et unité Néonatologie avec soins intensifs et unité de réanimation	1	1	1
	TOTAL	3	2	3
	CPP*	2	2	3
Loir-et-Cher	Unité obstétrique	3	2	3
	Unité obstétrique et unité Néonatologie sans soins intensifs	0	0	0
	Unité obstétrique et unité Néonatologie avec soins intensifs	1	1	1
	Unité obstétrique et unité Néonatologie avec soins intensifs et unité de réanimation	0	0	0
	TOTAL	4	3	4
	CPP*	0	0	1
Loiret (45)	Unité obstétrique	1	1	1
	Unité obstétrique et unité Néonatologie sans soins intensifs	1	1	1
	Unité obstétrique et unité Néonatologie avec soins intensifs	1	1	1
	Unité obstétrique et unité Néonatologie avec soins intensifs et unité de réanimation	1	1	1
	TOTAL	4	4	4
	CPP*	1	1	1
REGION	Unités d'obstétrique	18	15	18
	CPP*	7	6	10

**CPP : les Centres Périnataux de Proximité ne relèvent pas des OQOS.*

6. Résultats attendus

L'objectif et le résultat attendu sont l'amélioration de la santé de la femme et des nouveau-nés.

7. Indicateurs

Taux d'Entretiens prénataux précoces (EPP) réalisés à 54% en 2022 pour une cible à 70%.

Taux de grands prématurés nés en dehors des maternités de niveau 3.

PSYCHIATRIE

Travaux techniques régionaux en cours de finalisation, suite aux récentes évolutions de la règlementation nationale.

Envoi complémentaire mi-mars.

SOINS MÉDICAUX ET DE RÉADAPTATION

Introduction

Les Soins médicaux et de réadaptation (SMR) représentent pour notre système de santé un acteur majeur de sa transformation, de son évolution. Ils ont pour objectif premier d'optimiser l'activité fonctionnelle et de préserver l'autonomie des personnes. Les bénéfices attendus d'un séjour en SMR sont l'amélioration de la qualité de vie du patient, la réduction des facteurs de risques, la réduction du nombre de ré hospitalisations, la réduction de morbi-mortalité et la réduction des coûts de santé. L'évolution de certains profils patients orientés en SMR ces dernières années imposent aux SMR de répondre désormais à trois enjeux majeurs : prendre en charge des patients avec des déficiences chroniques du fait du vieillissement de la population et des progrès thérapeutiques ; prendre en charge des patients plus précocement en aval du Médecine chirurgie obstétrique (MCO) et donc plus à risque ; prendre en charge des patients polypathologiques ou complexes. Les SMR succèdent aux Soins de suite et réadaptation (SSR).

Les nouveaux décrets règlementant l'activité de SMR confortent ces établissements comme des effecteurs de soins très diversifiés, capables de proposer des actes diagnostiques, des actes thérapeutiques en situation subaiguë et chronique, de prévention, d'éducation thérapeutique et de réinsertion. La réforme de l'autorisation des activités de SMR en précise les conditions d'implantation (CI) et les conditions techniques de fonctionnement (CTF), avec des ajouts, modifications ou précisions pour certaines mentions et modalités. Un cadre réglementaire est désormais donné à la mention « Polyvalent », les CTF de la mention « Gériatrie » évoluent, les modalités « Cancers » et « Pédiatrie » sont créées. Il convient donc d'en tenir compte pour la planification de l'offre.

1. Zones de référence

Zone de référence : départementale

2. Eléments de diagnostic et de contexte

La réalisation d'un diagnostic a permis plusieurs constats sur l'offre actuelle en région Centre-Val de Loire. Si le taux d'équipement global de la région est sensiblement équivalent à celui de la France métropolitaine, il existe toutefois d'importantes inégalités par mention et/ou par territoire.

Le diagnostic réalisé a ainsi mis en exergue :

- ✓ Un maillage géographique correct par les SSR Polyvalents et les SSR Personnes âgées poly pathologiques ;
- ✓ Des activités spécialisées en Affections du système digestif, Affections cardio-vasculaires et Addictologie avec un taux d'équipement largement supérieur à la moyenne France métropolitaine et un sur recours à ces offres.

Il a été constaté des faiblesses telles que :

- ✓ D'importantes disparités territoriales de l'offre (capacitaires, implantations, spécialisations) ;
- ✓ Un déséquilibre des offres entre SSR Polyvalent et SSR Personnes âgées poly pathologiques, selon les

territoires (offre insuffisante en Polyvalent mais sur recours en Personnes âgées poly pathologiques) ;

- ✓ Une absence de mise en œuvre d'une offre SSR Onco-hématologie en région CVL ;
- ✓ Un taux de fuite important hors région CVL pour ce qui concerne l'offre de réadaptation destinée aux enfants (ex : en 2019, 17 000 journées consommées hors région) ;
- ✓ Un certain nombre de SSR Polyvalents offrant des plateaux techniques faiblement équipés ;
- ✓ Certaines filières patients encore fragiles, insuffisamment structurées, peu identifiées (patients traités pour cancers, patients neurolésés très dépendants dont trachéo ventilés, patients avec troubles cognitivo-comportementaux associés, patients handicapés vieillissants sans solution)
- ✓ Des activités d'expertise à consolider, d'autres à structurer au bénéfice des patients de la région ;
- ✓ Des organisations encore trop conventionnelles, là où l'innovation et la transformation sont désormais de rigueur ;
- ✓ Une faible dynamique vers le virage ambulatoire ;
- ✓ Une offre de soins qui n'a pas retrouvé son niveau d'activité antérieur à la crise sanitaire ;
- ✓ Une démographie des professionnels de santé inquiétante dans ce secteur d'activité

Depuis ce diagnostic et pendant la période du PRS 2, le paysage de l'offre SMR a évolué. Toutefois, des inégalités territoriales persistent encore, se traduisant par des inégalités d'accès aux soins, tant pour l'offre de proximité, de recours que d'expertise.

3. Orientations nationales et leurs déclinaisons régionales

Au niveau national, trois orientations stratégiques servent une même ambition : celle d'améliorer l'accès à une offre de soins médicaux et de réadaptation pertinente dans le cadre d'une organisation territoriale, adaptée aux besoins et au milieu écologique des patients. Pour répondre à cette ambition il s'agit d'améliorer l'accès à l'offre de SMR de proximité comme spécialisée en tenant compte de l'évolution des besoins ; d'intégrer la prise en charge en SMR dans des parcours territorialisés, gradués et coopératifs et d'engager la transformation des pratiques et des organisations au service de la qualité et de l'innovation thérapeutique.
En région CVL nous proposons de décliner cette ambition en 3 axes stratégiques prioritaires, avec pour chacun un certain nombre de leviers d'action. La finalité de cette stratégie régionale est bien de réduire les inégalités territoriales, tant pour l'offre de proximité, de recours que d'expertise.

4. Objectifs qualitatifs :

AXE 1 – FAIRE CONNAITRE L'OFFRE

L'offre SMR souffre d'une méconnaissance des prescripteurs, produisant parfois des orientations inadéquates et des parcours patients peu cohérents. Afin d'améliorer cet état de fait, au profit des parcours patients, plusieurs leviers peuvent être activés tels que :

- ❖ <u>La mise en place d'espaces de collaboration réunissant les acteurs des soins Ville – Hôpital – Médico-social car l'offre SMR ne se conçoit que dans un continuum de prise en charge</u>

Inscription des filières patients prioritaires dans les PMP des GHT en y intégrant toute l'offre SMR (publique comme privée), mais également l'HAD et le médico-social
Echanges réguliers entre équipes soignantes amont/aval/mobiles, voire création de cellules de régulation territoriales qu'il convient de renforcer pendant les périodes de tension sanitaire.
Partenariats opérationnels entre les SMR et les Dispositifs d'appui à la coordination (DAC), le Programme de retour à domicile (PRADO), les CPTS, les futurs Services Autonomie à domicile, les centres ressources territoriaux, les appuis territoriaux gériatriques, les Maisons départementales de l'autonomie.

- ❖ L'augmentation du nombre d'étudiants en santé formés dans les SMR
- ❖ L'utilisation d'outils facilitant l'orientation tels que ViaTrajectoire, le Répertoire opérationnel des ressources (ROR).

Lors des situations de crise ou de tension hospitalière le ROR permet une visibilité en continu des lits et places disponibles en SMR.

AXE 2 – ADAPTER L'OFFRE AUX BESOINS

Les soins médicaux et de réadaptation sont inscrits dans les parcours patients de nombreuses filières de soins. Il convient de mieux ancrer ce secteur dans les parcours, d'améliorer les prises en charge dans tous les territoires et de tendre vers la pertinence de l'offre existante. Différents travaux pour adapter l'offre sont à conduire, à savoir :

- ❖ La gradation et la modularité de l'offre pour couvrir tous les besoins des personnes tout au long de leurs parcours

En termes de recommandations générales :

- La gradation et la responsabilité populationnelle :

Chaque SMR propose un ou plusieurs niveaux de prises en charge, selon sa ou ses mentions et les profils patients pris en charge. Son niveau de responsabilité populationnelle en découle.

→ Niveau de proximité : le SMR répond aux besoins de santé des patients d'un infra-territoire. Les profils de déficiences sont à haute prévalence, notamment chez les âgés. Si les déficiences sont moins complexes, le niveau de dépendance peut être important. Les SMR mention Polyvalent sont de ce niveau de gradation et ont une responsabilité vis-à-vis de la population domiciliée en proximité. Les prises en charge en HDJ sont une offre de proximité, les HDJ ont une responsabilité vis-à-vis de la population domiciliée jusqu'à 50 km de l'établissement.

→ Niveau de recours : le SMR prend en charge des patients avec des déficiences et conséquences fonctionnelles avérées, complexes et/ou sévères, à haute prévalence. Les SMR spécialisés sont des SMR de recours. Ils ont une responsabilité territoriale et pour les départements limitrophes le cas échéant. Ces SMR spécialisés exercent leur mission de recours auprès des SMR mention Polyvalent ou SMR d'autres spécialités.

→ Niveau d'expertise : le SMR prend en charge des patients avec des déficiences complexes, sévères, à faible prévalence, impliquant une connaissance, des techniques spécialisées et une infrastructure particulière. Les SMR avec un niveau d'expertise ont une responsabilité de niveau régional pour l'activité réalisée dans le cadre de cette expertise. Le reste de leur activité est de type « recours ».

- La modularité de l'offre :

Les patients éligibles à une prise en charge en SMR bénéficient d'une offre modulaire dans un continuum de prise en charge (parcours). La fluidité de ces parcours est recherchée, alternant autant que de besoin des prises en soins en ambulatoire, MCO, SMR, HAD et structures médico-sociales.

En termes de recommandations spécifiques pour les spécialités suivantes :

- Mention Polyvalent et Mention Gériatrie : optimisation des ratios d'équipement dans chaque département.
- Mention Locomoteur : les lits sont à réserver en priorité aux patients les plus complexes tels que les polytraumatisés, les amputés, etc.
- Mention Système nerveux : structuration régionale de l'offre d'expertise en neurologie.
- Mentions Cardio-vasculaire et Pneumologie : renforcement de la part de l'activité en HDJ autonome pour mailler les départements.
- Mention Système digestif, endocrinologie, diabétologie et nutrition (DEDN) : structuration de l'offre d'expertise pour les patients en obésité complexe.
- Modalité Cancers : la mention Oncologie et hématologie est portée par un Centre hospitalier universitaire (CHU).

- Mention Conduites addictives : un SMR en région proposant une expertise dans la prise en charge des patients atteints de troubles cognitifs sévères liés à une conduite addictive.
- Mention Brûlés : la zone de recrutement est régionale, voire inter régionale.

❖ La restructuration de l'offre existante pour une meilleure adéquation aux besoins

La région doit veiller à maintenir à minima son offre actuelle existante tout en optimisant les ratios d'équipements par territoire.
Une taille critique de 30 lits est recherchée pour garantir un équilibre entre proximité, efficience des soins et attractivité pour les professionnels de santé.
Si cela est pertinent, la restructuration de l'offre peut s'envisager par la création d'offres de type médico-social, ou de type Unité de Soins Prolongés Complexes (USPC).

❖ La diversification des pratiques avec le développement de l'offre ambulatoire

Le virage ambulatoire doit s'opérer par renforcement de l'offre d'HDJ, particulièrement pour les spécialités qui s'y prêtent.
Les SMR de recours externalisent leurs compétences au moyen d'une activité « hors les murs », de la réalisation de consultations avancées (en ES et en ESMS). Pour les SMR MPR, cette externalisation s'opère aussi via les équipes mobiles MPR et les conventions avec les HAD de Réadaptation.
Les synergies avec tous les dispositifs "Aller vers" et les complémentarités avec les dispositifs Handiconsult existants sont recherchées.

❖ La réponse aux besoins spécifiques de certains publics

Tous les SMR prennent leur part de la charge liée aux situations sociales complexes qui bloquent des lits.
Les patients obèses avec comorbidités sont admis dans certains SMR avec des mentions autres que DEDN, SMR qui auront été équipés spécifiquement.
Pour prendre en charge des patients avec handicaps multiples, les SMR de différentes mentions se coordonnent entre eux.
Tous les SMR participent au programme ICOPE.
Les SMR labellisés Covid long poursuivent cette activité de consultations externes et d'HDJ, et la rendent plus visible auprès des partenaires.

AXE 3 – DEVELOPPER L'INNOVATION

L'activité de soins SMR a vocation à s'engager dans une démarche d'innovation. L'innovation représente un réel facteur d'attractivité pour les professionnels de santé et un levier pour favoriser la qualité des soins au sein d'un établissement. Pour viser cette ambition, il est opportun d'agir sur :

❖ Le développement de l'innovation organisationnelle et de l'évolution des pratiques

Admissions directes en aval des Urgences (UHCD) ou admissions précoces en SMR
Possibilité d'accueil séquentiel, d'accueil de nuit (SMR-A)
Possibilité de prises en charge partagées SMR - Etablissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) pour les patients complexes avec un handicap résiduel, selon des parcours modulaires.
Inscription de l'offre SMR dans des expérimentations au parcours de soins (Article 51)
Intégration de nouveaux profils de professionnels dans les SMR : médecins généralistes pour la prise en charge des soins médicaux dans certains types de SMR spécialisés, IPA, IDE de réadaptation, case ou care managers, éducateurs spécialisés, etc.

❖ Le déploiement du numérique

Usage de la e.sante pour la coordination à distance et faciliter le parcours de soins (DMP, accès au DPI des services d'amont, MSS, MIRC, logiciel de e.parcours)
Usage des outils de télémédecine applicables au SMR, à fortiori pour faciliter le virage ambulatoire : téléstaff, téléconsultation, téléexpertise, télésoin, télésurveillance, télésuivi, e.HDJ (téléréadaptation)

❖ L'utilisation de technologies innovantes

Les SMR de recours, et à plus forte raison les SMR experts, prennent le virage technologique en s'équipant de technologies innovantes : rééducation robotisée dont exosquelettes, objets connectés, imprimantes 3D, réalité virtuelle, IA, etc.

5. Objectifs quantitatifs – Implantations

SRS - OQOS SMR - IMPLANTATIONS PAR TERRITOIRE - MENTIONS ET MODALITES DE PRISE EN CHARGE					
ZONES D'IMPLANTATION	Mention et/ou modalité de prise en charge	Nombre d'implantations géographiques (SRS 2023-2028)			
		HC [45]		Hospitalisation à temps partiel autonome [46]	
		Min	Max	Min	Max
CHER (18)	Mention « enfants et adolescents »	0	0	0	0
	Mention « jeunes enfants, enfants et adolescents »	0	0	0	0
	Mention « polyvalent »	5	5	0	0
	Mention « locomoteur »	2	2	0	0
	Mention « système nerveux »	2	2	0	0
	Mention « cardio-vasculaire »	1	1	0	0
	Mention « pneumologie »	1	1	0	0
	Mention « système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition »	0	0	1	1
	Modalité « cancers » avec la mention « oncologie »	1	1	0	0
	Modalité « cancers » avec la mention « oncologie et hématologie »	0	0	0	0
	Mention « brûlés »	0	0	0	0
	Mention « conduites addictives »	0	0	0	0
	Mention « gériatrie »	3	3	0	0
EURE ET LOIR (28)	Mention « enfants et adolescents »	0	0	0	0
	Mention « jeunes enfants, enfants et adolescents »	0	0	0	0
	Mention « polyvalent »	6	6	0	0
	Mention « locomoteur »	2	2	1	1
	Mention « système nerveux »	2	2	1	1
	Mention « cardio-vasculaire »	1	1	1	1
	Mention « pneumologie »	1	1	1	1
	Mention « système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition »	1	1	0	0
	Modalité « cancers » avec la mention « oncologie »	1	1	0	0
	Modalité « cancers » avec la mention « oncologie et hématologie »	0	0	0	0
	Mention « brûlés »	0	0	0	0
	Mention « conduites addictives »	1	1	0	0
	Mention « gériatrie »	5	5	0	0
INDRE (36)	Mention « enfants et adolescents »	0	0	0	0
	Mention « jeunes enfants, enfants et adolescents »	0	0	0	0
	Mention « polyvalent »	7	7	0	0

[45] Ces implantations correspondent aux autorisations d'activité de SMR, sans distinction des modalités « hospitalisation complète et hospitalisation temps partiel ».

[46] Activité de SMR en hospitalisation à temps partiel non adossée à une activité de SMR en hospitalisation à temps complet, non comptabilisée dans la 1ere colonne

Si l'établissement ne peut proposer qu'un seul mode de prise en charge, l'autre mode devra être assuré grâce à une convention avec un autre établissement en disposant.

	Mention « locomoteur »	1	1	0	0
	Mention « système nerveux »	1	1	0	0
	Mention « cardio-vasculaire »	1	1	0	0
	Mention « pneumologie »	1	1	0	0
	Mention « système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition »	1	1	0	0
	Modalité « cancers » avec la mention « oncologie »	1	1	0	0
	Modalité « cancers » avec la mention « oncologie et hématologie »	0	0	0	0
	Mention « brûlés »	0	0	0	0
	Mention « conduites addictives »	1	1	0	0
	Mention « gériatrie »	5	5	0	0

SRS - OQOS SMR - IMPLANTATIONS PAR TERRITOIRE - MENTIONS ET MODALITES DE PRISE EN CHARGE

ZONES D'IMPLANTATION	Mention et/ou modalité de prise en charge	Nombre d'implantations géographiques (SRS 2023-2028)			
		HC-HDJ [47]		Hospitalisation à temps partiel autonome [48]	
		Min	Max	Min	Max
INDRE ET LOIRE (37)	Mention « enfants et adolescents »	0	0	0	0
	Mention « jeunes enfants, enfants et adolescents »	3	3	0	0
	Mention « polyvalent »	5	5	1	1
	Mention « locomoteur »	3	3	0	0
	Mention « système nerveux »	2	2	0	0
	Mention « cardio-vasculaire »	1	1	0	0
	Mention « pneumologie »	1	1	0	0
	Mention « système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition »	0	0	1	1
	Modalité « cancers » avec la mention « oncologie »	0	0	0	0
	Modalité « cancers » avec la mention « oncologie et hématologie »	1	1	0	0
	Mention « brûlés »	1	1	0	0
	Mention « conduites addictives »	2	3	0	0
	Mention « gériatrie »	6	6	0	0
LOIR ET CHER (41)	Mention « enfants et adolescents »	1	1	0	0
	Mention « jeunes enfants, enfants et adolescents »	0	0	0	0
	Mention « polyvalent »	7	7	0	0
	Mention « locomoteur »	2	2	0	0
	Mention « système nerveux »	3	3	0	0
	Mention « cardio-vasculaire »	1	1	1	1
	Mention « pneumologie »	1	1	1	1
	Mention « système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition »	2	2	0	0
	Modalité « cancers » avec la mention « oncologie »	1	1	0	0
	Modalité « cancers » avec la mention « oncologie et hématologie »	0	0	0	0
	Mention « brûlés »	0	0	0	0

47 Cf. Note de bas de page 45,
48 Cf. Note de bas de page 46,

	Mention « conduites addictives »	0	0	0	0
	Mention « gériatrie »	4	4	0	0
LOIRET (45)	Mention « enfants et adolescents »	1	1	0	0
	Mention « jeunes enfants, enfants et adolescents »	0	0	0	0
	Mention « polyvalent »	8	8	0	0
	Mention « locomoteur »	2	2	1	1
	Mention « système nerveux »	3	3	0	0
	Mention « cardio-vasculaire »	1	1	1	1
	Mention « pneumologie »	0	0	2	2
	Mention « système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition »	1	1	0	0
	Modalité « cancers » avec la mention « oncologie »	0	0	0	0
	Modalité « cancers » avec la mention « oncologie et hématologie »	1	1	0	0
	Mention « brûlés »	0	0	0	0
	Mention « conduites addictives »	0	0	0	0
	Mention « gériatrie »	5	5	0	0

(2) Activité de SMR en hospitalisation à temps partiel non adossée à une activité de SMR en hospitalisation à temps complet, non comptabilisée dans la 1ere colonne

Si l'établissement ne peut proposer qu'un seul mode de prise en charge, l'autre mode devra être assuré grâce à une convention avec un autre établissement en disposant.

Les titulaires de l'autorisation « mention enfants et adolescents » sont autorisés à la prise en charge des mineurs de 4 ans et plus. Les titulaires de l'autorisation « mention jeunes enfants, enfants et adolescents » sont autorisés à la prise en charge des mineurs de moins de 4 ans et de 4 ans et plus.

6. Indicateurs

Taux de recours par mention
Taux de fuite par mention

ACTIVITÉ DE MÉDECINE NUCLÉAIRE

Travaux techniques régionaux en cours de finalisation, suite aux récentes évolutions de la règlementation nationale.

Envoi complémentaire mi-mars.

UNITÉ DE SOINS LONGUE DURÉE

1. Zones de référence

Zone de référence : départementale

2. Eléments de diagnostic à l'issue SRS 2 – Situation des implantations au 31/03/2023

23 USLD sont en fonctionnement, pour un total de 1 361 lits installés.

Département	Population 60 ans et +	Part des 60 ans et +/pop générale (arrondis à l'unité)	Nb lits installés	Nb d'USLD actuelles	Tx d'équipement - 10 000 hbts
18	98 099	**32%**	277	6	28
28	113 255	26%	218	4	19
36	77 196	**35%**	172	4	22
37	166 201	27%	204	2	12
41	102 855	**31%**	160	2	16
45	173 141	26%	330	5	19
Région	**730 747**	**28%**	**1 361**	**23**	**19**

USLD et populations cibles dans la région

3. Orientations nationales et leurs déclinaisons régionales en fonction des spécificités

Le rapport Jeandel et Guérin montre que les actuelles USLD ne permettent pas de répondre de manière satisfaisante aux besoins de prise en charge médicale et complexe, lourde et prolongée de tout âge. Ce constat a conduit à engager l'évolution de l'offre sanitaire et la disparition, à terme, des USLD. Cette évolution aura un impact aussi sur l'offre médico-sociale des EHPAD.

Ainsi, cette évolution de l'offre passe,

- d'une part, par la création d'unités de soins prolongés complexes (USPC) pour les patients de tout âge hospitalisés au long court de manière inadéquate, reposant sur des indications claires en termes de profils de soins lourds et complexes nécessitant une surveillance constante mais sans besoin de soins aigus ou réadaptatifs actifs ;
- d'autre part, ce constat conduit à privilégier un accompagnement des personnes âgées présentant des besoins de soins et d'autonomie similaires relevant aujourd'hui des EHPAD, au sein d'une offre médico-sociale et notamment d'EHPAD reconfigurée (***cf. Objectif opérationnel n°51 : Accompagner la transformation et l'adaptation des EHPAD du Parcours « Personnes âgées »***).

Un certain nombre de patients actuellement hébergés en USLD pourraient être accueillis en EHPAD dès lors que ces derniers ont fait l'objet d'un renforcement de la fonction médico-soignante et des adaptations nécessaires.

A l'occasion de la reconstruction des EHPAD (Ségur investissement), cette réflexion est engagée.

4. Objectifs qualitatifs :

Il n'existe pas à l'heure actuelle de structure sanitaire adaptée à certains profils de soins de tous âges, ainsi, les patients se trouvent de fait hospitalisés de façon inadéquate au long cours en USLD, mais aussi en services MCO ou SSR. Il convient de définir une prise en charge qui réponde à ces profils d'organisation.

L'enjeu est de mieux répondre aux besoins de prise en charge de patients de tout âge, aujourd'hui en USLD ou dans une structure avec hébergement, présentant des pathologies instables à risque de décompensation, relevant d'une charge en soins importante, tout en organisant un accompagnement dans le temps sur un lieu de vie.

Pour répondre à cet enjeu, les objectifs seront les suivants :

- déterminer le profil de patients pris en charge (besoin de soins requis) en USLD par le biais d'évaluation PATHOS et envisager une éventuelle transformation de l'offre (USLD → EHPAD)
- constituer des prises en charge adaptées à des profils de soins aujourd'hui en USLD ou sans solutions adaptées. Les prises en charge de ces patients ne relèveraient plus des soins aigus et des soins de réadaptation et de rééducation mais d'une prise en charge médico-sociale.
- expérimenter, au moins deux USPC avec un modèle adapté hors de celui des EHPAD, en partant des 4 profils présentés dans le rapport Jeandel et Guérin :
    - type 1 : patients adultes relevant d'indications PR/neurologie
    - type 2 : patients adultes relevant d'autres pathologies chroniques lourdes (cardiologie, pneumologie, oncologie…)
    - type 3 : patients adultes relevant de la géronto-psychiatrie
    - type 4 : patients adultes en situation de handicap

Ces objectifs auront vocation à être revus au regard des textes à venir. En tout état de cause, ils doivent être reliés à l'évolution des EHPAD vers plus de médicalisation, permettant ainsi de calibrer leur capacité à prendre en charge les patients jusqu'ici pris en charge en USLD mais ne relevant plus de ce mode de prise en charge. Le rééquilibrage des USLD en région, au regard des indicateurs populationnels et de taux d'équipement, afin de mieux répondre aux besoins est porté via les OQOS ci-dessous.

5. Objectifs quantitatifs – Implantations

ZONES D'IMPLANTATION	Nombre d'implantations géographiques (SRS 2023-2028)	
	Minimum	Maximum
Cher	4	4
Eure-et-Loir	3	3
Indre	3	3
Indre-et-Loire	3	3
Loir-et-Cher	3	3
Loiret	4	4
Région	**20**	**20**

6. Indicateurs

Diminution du nombre de bed-blocker
Meilleure adéquation des durées moyennes de séjour
Adéquation profil patient et de la charge en soins (à travers les évaluation PATHOS)
Nombre d'USPC mises en place à titre expérimental

GREFFES D'ORGANES ET GREFFES DE CELLULES HÉMATOPOÏÉTIQUES, À L'EXCEPTION DES GREFFES EXCEPTIONNELLES SOUMISES AU RÉGIME D'AUTORISATION COMPLÉMENTAIRE PRÉVU À L'ARTICLE L. 162-30-5 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

1. Zones de référence

Zone de référence : départementale

2. Eléments de diagnostic à l'issue du SRS 2 – Situation des implantations au 31/03/2023

Dans le cadre du PRS 2, la région Centre-Val de Loire bénéficie de quatre implantations d'activité en greffe dans le département d'Indre-et-Loire : trois implantations adultes implantations (greffe de cœur, de rein, de cellules hématopoëtiques-allo-greffe) et un site pédiatrique (greffe de rein) au CHRU de Tours.

3. Orientations nationales et leurs déclinaisons régionales en fonction des spécificités

Un cadre règlementaire rénové s'applique pour cette activité de soins du fait de la suppression des schémas inter-régionaux de l'offre sanitaire (SIOS) qui intégraient cette activité auparavant. Elle est dorénavant dans les OQOS de la région.

4. Objectifs qualitatifs :

Les objectifs qualitatifs sont élaborés en lien étroit avec l'agence de biomédecine, le GCS Hôpitaux Universitaires du Grand Ouest (HUGO) et le plan ministériel national Greffes et dons d'organes 2022-2026 :

- Augmenter le recensement et le prélèvement d'organes sur donneurs décédés
- Améliorer l'accès à la liste nationale d'attente et développer la transplantation d'organes
- Développer le prélèvement et la greffe à partir de donneurs vivants
- Développer le prélèvement et la greffe de tissus
- Renforcer l'évaluation des activités de prélèvement et de greffe d'organes et de tissus et la gouvernance des données y afférentes
- Améliorer la qualité des pratiques et la sécurité des soins
- Soutenir la formation, la recherche et le rayonnement européen en matière de prélèvement et de greffe d'organes et de tissus
- Communiquer pour mobiliser le grand public et les professionnels

5. Objectifs quantitatifs – Implantations

Zones d'implantation	Nombre d'implantations
INDRE- ET- LOIRE	
Adulte	
Greffe de Cœur	1
Greffe de rein	1
Greffe de cellules hématopoïétiques - allogreffe	1
Pédiatrique	
Greffe de rein	1

6. Indicateurs

- Indicateur de performance et de qualité type CUSUM de la prise en charge des patients transplantés par les équipes de greffe
- Nombre de prélèvements sur donneur en état de mort encéphalique
- Nombre de greffes/an
- Nombre d'établissements de santé ayant conclu une convention pour le protocole Maastricht III
- Proportion du nombre de greffes réalisées à partir de greffons prélevés dans le cadre du protocole Maastricht II
- Proportion de greffes rénales réalisées à partir d'un donneur vivant
- Durée d'ischémie froide moyenne pour la greffe rénale

TRAITEMENT DES GRANDS BRÛLÉS

1. Zones de référence

Zone de référence : départementale

2. Eléments de diagnostic à l'issue du SRS 2– Situation des implantations au 31/03/2023

Dans le cadre du PRS 2, la région Centre-Val de Loire bénéficie d'une implantation relative au traitement des grands- brûlés – Adulte au CHRU de Tours.

3. Orientations nationales et leurs déclinaisons régionales en fonction des spécificités

Un cadre règlementaire rénové s'applique pour cette activité de soins du fait de la suppression des schémas inter-régionaux de l'offre sanitaire (SIOS) qui intégraient cette activité auparavant. Elle est dorénavant dans les OQOS de la région.

4. Objectifs qualitatifs :

Cette activité de soins a un rayonnement de recrutement de patients régional voire inter-régional. Une attention particulière sera accordée à ce critère afin de répondre aux besoins de la population.

Les objectifs qualitatifs s'inscrivent dans la poursuite des actions menées dans le cadre du GCS HUGO et visent à :

- Identifier et cartographier les soins critiques et le besoin capacitaire du fait de la réforme des autorisations,
- Fluidifier les sorties hospitalières en poursuivant le travail d'aval avec les Soins médicaux et de réadaptation (SMR) experts de la région,
- Poursuivre les travaux dans le cadre de HUGO d'un SI partagé pour les avis depuis les SAU

5. Objectifs quantitatifs – Implantations

Zones d'implantation	Nombre d'implantations
INDRE- ET- LOIRE	
Adulte	1

6. Indicateurs

Taux de fuite
Délai de prise en charge par le SMR dédié

CHIRURGIE CARDIAQUE

1. Zones de référence

Zone de référence : départementale

2. Eléments de diagnostic à l'issue du SRS 2 – Situation des implantations au 31/03/2023

Dans le cadre du PRS 2, la région Centre-Val de Loire bénéficie de trois implantations d'activité en chirurgie cardiaque dans le département d'Indre-et-Loire : deux implantations en chirurgie cardiaque adultes (CHRU de Tours et la clinique NCT+) et un site chirurgie cardiaque pédiatrique (CHRU de Tours).

3. Orientations nationales et leurs déclinaisons régionales en fonction des spécificités

Un cadre règlementaire rénové s'applique pour cette activité de soins du fait de la suppression des schémas inter-régionaux de l'offre sanitaire (SIOS) qui intégraient cette activité auparavant et par la parution de deux décrets relatifs à la chirurgie, la chirurgie cardiaque et la neurochirurgie fixant de nouvelles conditions techniques de fonctionnement et d'implantation.

4. Objectifs qualitatifs :

Cette activité de soins a un rayonnement de recrutement de patients régional voire inter-régional. Une attention particulière sera accordée à ce critère afin de répondre aux besoins de la population.

Les objectifs qualitatifs concernant la chirurgie cardiaque sont de maintenir et de développer l'offre actuelle en adulte au regard du taux de fuite qui s'établit à près de 60 % en 2021 en région CVL avec un taux de 32 % en Eure et Loir et 45 % pour le Loiret. Ce développement devra se faire en coopération avec les structures autorisées afin de rendre lisible les filières de prise en charge tant pour les établissements de santé (ES) que les usagers. Cette filière devra s'inscrire dans les travaux du GCS Hôpitaux Universitaires du Grand Ouest (HUGO).

En effet, HUGO est en charge d'animer la coordination entre les établissements membres pour assurer la réponse aux besoins de la population en tout point du territoire notamment pour les activités dites de référence (***cf. Chapitre 8 : Offre de soins de référence et de recours***). Il est un acteur majeur pour travailler sur les organisations médicales, la recherche et l'innovation et la formation de ces activités d'expertise notamment.

Cette coopération devra également s'entendre en terme de permanence des soins afin de pérenniser cette dernière pour l'ensemble des structures autorisées (en attente de circulaire).

Concernant la chirurgie pédiatrique, l'objectif étant de préserver son maintien en région, toute coopération intra-régionale et extra-régionale devra être recherchée et formalisée.

5. Objectifs quantitatifs – Implantations

SRS-OQOS - IMPLANTATIONS PAR TERRITOIRE - MENTIONS ET MODALITES DE PRISE EN CHARGE			
ZONES D'IMPLANTATION	**Spécialités et/ou modalités de prise en charge**	**Nombre d'implantations géographiques (SRS 2023-2028) (Possibilité de mettre une fourchette)**	
		Minimum	Maximum
Chirurgie cardiaque			
Indre-et-Loire - 37	Adulte	2	
	Pédiatrique	1	
Loiret - 45	Adulte	1	

6. Indicateurs

Diminution des taux de fuite sur le Nord-Est de la région
Identification de la filière de prise en charge adulte
Formalisation de la collaboration entre les deux centres de chirurgie pédiatrique de HUGO

ACTIVITÉS INTERVENTIONNELLES SOUS IMAGERIE MÉDICALE, PAR VOIE ENDOVASCULAIRE, EN CARDIOLOGIE

Travaux techniques régionaux en cours de finalisation, suite aux récentes évolutions de la règlementation nationale.

Envoi complémentaire mi-mars.

NEUROCHIRURGIE

1. Zones de référence

Zone de référence : régionale

2. Eléments de diagnostic à l'issue du SRS 2 – Situation des implantations au 31/03/2023

Dans le cadre du SRS 2, les implantations étaient au nombre de 5 : 4 concernant le CHRU de Tours dans le département d'Indre-et-Loire et 1 concernant le CHR d'Orléans dans le département du Loiret.

3. Orientations nationales et leurs déclinaisons régionales en fonction des spécificités

Un cadre règlementaire rénové s'applique pour cette activité de soins du fait de la suppression des schémas inter-régionaux de l'offre sanitaire (SIOS) qui intégraient cette activité auparavant et par la parution de deux décrets relatifs à la chirurgie, la chirurgie cardiaque et la neurochirurgie fixant de nouvelles conditions techniques de fonctionnement et d'implantation.

Le titulaire de l'autorisation ne peut mettre en œuvre les ou l'une des pratiques thérapeutiques suivantes :
1° Neurochirurgie fonctionnelle cérébrale ;
2° Radiochirurgie intracrânienne et extracrânienne en conditions stéréotaxiques ;
3° Neurochirurgie pédiatrique,

que si l'autorisation de pratiquer l'activité de soins en neurochirurgie l'a mentionné expressément.

4. Objectifs qualitatifs :

Cette activité de soins a un rayonnement de recrutement de patients régional voire inter-régional. Une attention particulière sera accordée à ce critère afin de répondre aux besoins de la population.

Les objectifs qualitatifs concernant la neurochirurgie sont de développer l'activité des structures afin de diminuer le taux de fuite qui s'établit à 35 % dont 66% à destination de l'IDF.

Ce développement devra se faire en coopération avec les structures autorisées afin de rendre lisible les filières de prise en charge tant pour les établissements de santé (ES) que les usagers. Cette filière devra s'inscrire dans les travaux du GCS Hôpitaux Universitaires du Grand Ouest (HUGO).

Le GCS Hôpitaux Universitaires du Grand Ouest (HUGO) est en charge d'animer la coordination entre les établissements membres pour assurer la réponse aux besoins de la population en tout point du territoire notamment pour les activités dites de référence (***cf. Chapitre 8 : Offre de soins de référence et de recours***). Il est un acteur majeur pour travailler sur les organisations médicales, la recherche et l'innovation et la formation de ces activités d'expertise notamment.

Cette coopération devra également s'entendre en terme de permanence des soins afin de pérenniser cette dernière pour l'ensemble des structures autorisées.

5. Objectifs quantitatifs – Implantations

SRS-OQOS - IMPLANTATIONS PAR TERRITOIRE - MENTIONS ET MODALITES DE PRISE EN CHARGE			
ZONES D'IMPLANTATION	**Spécialités et/ou modalités de prise en charge**	**Nombre d'implantations géographiques (SRS 2023-2028) (Possibilité de mettre une fourchette)**	
		Minimum	Maximum
Neurochirurgie			
Indre-et-Loire - 37	Fonctionnelle cérébrale	1	
	Radiochirurgie intracrânienne et extracrânienne en conditions stéréotaxiques	1	
	Pédiatrique	1	
	Socle	1	
Loiret - 45	Socle	1	

6. Indicateurs

Diminution du taux de fuite

ACTIVITÉ INTERVENTIONNELLE SOUS IMAGERIE MÉDICALE EN NEURORADIOLOGIE

1. Zones de référence

Zone de référence : régionale

2. Eléments de diagnostic à l'issue du SRS 2 – Situation des implantations au 31/03/2023

La région Centre-Val de Loire bénéficie de deux autorisations d'activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie (NRI), l'une au CHRU de Tours, département d'Indre-et-Loire, qui est effective, et l'autre qui a fait l'objet d'un besoin exceptionnel en 2022 au CHRU d'Orléans, département du Loiret. La mise en œuvre au niveau du CHRU d'Orléans au 01/01/23 n'est pas effective.

3. Orientations nationales et leurs déclinaisons régionales en fonction des spécificités

A l'échelle nationale, les autorités ont pris conscience de la problématique engendrée par l'innovation en santé que représente l'avènement depuis 2015 de la thrombectomie mécanique dans l'AVC ischémique par obstruction de gros troncs artériels.

Dans ce contexte, les textes réglementaires encadrant l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie ont été publiés le 10 janvier 2022, par décret.

Les principaux enjeux de la réforme sont les suivants :
• La prise en compte de l'innovation et de l'amélioration de l'organisation territoriale des soins : continuer à développer la thrombectomie mécanique et en améliorer l'accessibilité.
• Le renforcement de la pertinence des pratiques, de la qualité et de la sécurité des soins.

La réforme introduit également la notion d'une gradation de l'activité avec deux mentions dont une dédiée à la prise en charge de l'AVC ischémique en phase aigüe, et l'autre à l'ensemble des pathologies relevant de la NRI, ainsi que des critères d'implantation, de fonctionnement et des seuils d'activité minimale fixés par arrêté.

4. Objectifs qualitatifs :

L'activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie présente un double enjeu :

- Un premier enjeu concerne l'accessibilité à la thrombectomie mécanique pour les patients victimes d'AVC. Cette pathologie est une cause majeure de mortalité et de perte d'autonomie dont la précocité de prise en charge, notamment en thrombectomie mécanique, (et donc un maillage permettant de réduire les délais d'accès aux centres effecteurs) en améliore le pronostic. Ce geste a concerné 280 patients en 2020, et pourrait en concerner au moins le double.
- Un 2ème enjeu est de préserver l'efficience, la qualité et la sécurité des soins pour les autres actes de NRI. Ces filières de soins hautement pluridisciplinaires imposent une expertise élevée et pérenne. L'ensemble de ces gestes peuvent être réalisés dans des délais d'urgence compatibles avec les délais de transferts usuels en région centre Val de Loire.

L'objectif est donc une gradation de l'activité de NRI en CVL permettant le recours à la thrombectomie mécanique au plus grand nombre de patients victimes d'AVC dans la région, tout en proposant une offre d'expertise de niveau régional en NRI pour l'ensemble des autres gestes.

Un travail de collaboration et de coopération entre les 2 centres disposant d'une autorisation sera nécessaire en amont de l'implantation du nouveau centre, comme le prévoit le décret.

5. Objectifs quantitatifs – Implantations

SRS-OQOS - IMPLANTATIONS PAR TERRITOIRE - MENTIONS ET MODALITES DE PRISE EN CHARGE			
ZONES D'IMPLANTATION	**Spécialités et/ou modalités de prise en charge**	**Nombre d'implantations géographiques (SRS 2023-2028)**	
Activités interventionnelles sous imagerie médicale en neuroradiologie			
INDRE-ET-LOIRE 37	Mention B- Ensemble des activités diagnostiques et thérapeutiques de NRI	1	
LOIRET - 45	Mention A- Thrombectomie mécanique et actes diagnostiques associés à l'AVC ischémique aigu	1	

6. Coopérations (GHT, GCS) d'établissements de santé + coordination avec autres acteurs de santé au sens large.

Selon le nouveau décret concernant l'implantation et les conditions techniques de fonctionnement pour l 'activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie, il est nécessaire que les 2 centres de thrombectomie mécanique collaborent par convention. Cette implantation nécessite une collaboration avec l'USINV locale qui devra prévoir une permanence de soins 24/7, elle nécessite également une unité de réanimation sur place ainsi qu'une équipe de neurochirurgie, le cas échéant par convention. Une imagerie 24/7 par scanner et IRM doit être possible sur l'établissement.

7. Résultats attendus

Pour la thrombectomie mécanique, la mise en œuvre d'un nouveau centre permettrait de doubler le nombre de patients bénéficiant de ce geste et donc d'améliorer la morbi-mortalité des patients victimes d'AVC.

8. Indicateurs

- Nombres de patients pris en charge par thrombectomie mécanique sur la région CVL
- Nombre d'actes de NRI autres

MÉDECINE D'URGENCE

En attente des textes nationaux révisant la règlementation applicable

SOINS CRITIQUES

1. Zones de référence

Zone référence : départementale

2. Eléments de diagnostic à l'issue du SRS 2 – Situation des implantations au 31/03/2023.

Les implantations de réanimation tant adultes que pédiatriques ont été maintenues sur la période 2018-2022 ce qui correspond à l'objectif fixé dans le SRS. Toutefois, la crise sanitaire liée à la Covid 19 a nécessité d'autoriser temporairement (6 mois) des établissements afin de réduire les tensions sur les services de réanimation de la région.

SRS-OQOS - IMPLANTATIONS PAR ZONE ET MODE DE PRISE EN CHARGE			
TERRITOIRES DE DEMOCRATIE SANITAIRE	**Modalité**	**Nombre d'implantations géographiques**	
		A l'issue du SRS 2	**Temporaires Covid 19**
CHER (18)	Réanimation adultes	1	+1
	Réanimation pédiatrique	0	
EURE ET LOIR (28)	Réanimation adultes	2	
	Réanimation pédiatrique	0	
INDRE (36)	Réanimation adultes	1	+1
	Réanimation pédiatrique	0	
INDRE ET LOIRE (37)	Réanimation adultes	3	+1
	Réanimation pédiatrique	1	
LOIR ET CHER (41)	Réanimation adultes	1	
	Réanimation pédiatrique	0	
LOIRET (45)	Réanimation adultes	2	+2
	Réanimation pédiatrique	1	
TOTAL	**Réanimation adultes**	**10**	+ 5
	Réanimation pédiatrique	**2**	

La capacité totale des lits de réanimation est passée de 180 à 301 au plus fort de la crise (1er avril 2020). Ces capacités d'accueil renforcées ont été rendues possibles grâce à la grande adaptabilité dont les établissements ont su faire preuve pour répondre aux besoins spécifiques des territoires en réorganisant les services, en upgradant les lits de soins critiques et en élaborant des plans de mobilisation.

Cet aménagement des organisations a montré la flexibilité possible entre lits de réanimation, lits de soins intensifs et lits de surveillance continue et l'utilité d'une régulation des prises en charge avec un recours accru aux transferts entre les établissements de la région.

3. Orientations nationales et leurs déclinaisons régionales en fonction des spécificités

Si les besoins en soins critiques durant la pandémie liée à la Covid 19 ne sauraient servir de référence pour le dimensionnement de l'offre de soins critiques, la crise sanitaire a toutefois mis à jour un certain nombre de difficultés structurelles : une insuffisante modularité, une mise en réseau très insuffisante et de fortes tensions sur les ressources humaines. Ces constats ont nourri les réflexions engagées autour de la réforme des soins critiques.

Les textes réglementaires encadrant les activités de soins critiques ont été publiés le 26 avril 2022 par décret.
La réforme élargit le périmètre des autorisations de la réanimation au champ des soins critiques dans son ensemble. Cette nouvelle définition réinterroge de fait les unités de surveillance continue (USC) et les unités de soins intensifs (USI) qui jusqu'à lors faisaient l'objet de reconnaissance du DGARS.

Les grandes orientations de la réforme sont la transformation des ex-USC contigües à la réanimation en unités de soins intensifs polyvalents (USIP) et la requalification des ex USC isolées ou à distance d'une réanimation en USIP dérogatoires (si les besoins identifiés sur le territoire le justifient) ou requalifiées en unité de soins dites renforcés (USR). Dans l'attente des dispositions relatives aux USR, les USC actuelles pourront, en se conformant à un cahier des charges à paraître, être maintenues de manière transitoire hors champ des soins critiques.

Sur les sites avec ou sans réanimation, la réforme encadre certaines activités en intégrant trois mentions spécifiques de « soins intensifs adultes » : les soins intensifs de cardiologie (USIC), les soins intensifs de neurologie vasculaire (USINV) et les soins intensifs d'hématologie (USIH) et une mention d'USI PED d'hématologie pour la modalité « soins intensifs pédiatriques ».

Enfin, il est laissé une certaine souplesse aux établissements disposant de réanimation et d'USIP contigüe pour identifier d'autres unités de soins intensifs de spécialité : USI de néphrologie, USI respiratoires et USI d'hépato-gastro-entérologie pour la modalité « soins critiques adultes » ou USI de spécialité cardiologique pour la modalité « soins critiques pédiatriques ».

Focus sur les USINV :

Au 01/01/2023, la région Centre-Val de Loire a reconnu 5 unités de Soins Intensifs Neuro-Vasculaire sur son territoire mais les départements du Loir- et- Cher et de l'Indre n'en sont pas pourvus.

A l'échelle nationale, le constat est que la France reste insuffisamment dotée en lits d'USINV en regard des besoins actuels, et de façon encore plus critique sur les besoins attendus dans les prochaines années (vieillissement de la population, augmentation de l'incidence des AVC dans la population plus jeune).

Avec environ 10 lits d'USINV par million d'habitants, ce défaut de lits d'USINV est particulièrement marqué en région Centre-Val de Loire, qui se situe selon ce même rapport dans le tiers des régions les moins dotées de France.

Il est donc nécessaire d'augmenter le nombre de lits d'USINV sur l'ensemble de la région, mais aussi dans la mesure du possible d'implanter de nouvelles UNV pour couvrir le territoire de façon plus homogène.

4. Objectifs qualitatifs

Les objectifs qualitatifs de l'activité de soins critiques se déclinent autour des quatre axes suivants :

- **<u>Structurer une filière graduée des soins critiques au travers d'un dispositif spécifique régional</u>**

  - S'assurer de l'engagement de tous les établissements de santé dans la construction de l'offre territoriale et avoir une cartographie de ces filières territoriales dans une logique de réseau régional,
  - Garantir la lisibilité de la filière auprès tous les acteurs
  - Assurer la régulation en intra établissement grâce à un plan de flexibilité et en inter établissement en s'appuyant sur une gestion quotidienne et interconnectée des lits
  - Veiller à l'adaptabilité des organisations (lits et moyens RH) en cas de situation sanitaire exceptionnelle ou d'épidémies saisonnières notamment pédiatriques (bronchiolite)
  - Identifier des filières spécifiques de soins critiques (grands accidentés, …)

- **<u>Fluidifier le parcours des soins critiques</u>**

  - Tenir compte du vieillissement de la population dans le dimensionnement des unités
  - Assurer une meilleure gestion des flux en amont (chirurgies lourdes) et en aval (identification de lits post réa)
  - Sécuriser les transferts inter établissement au travers de conventions
  - Faciliter l'automatisation du recueil de la disponibilité des lits sur le territoire

- **<u>Lever les tensions sur les ressources humaines médicales et paramédicales</u>**

  - Augmenter le nombre de médecins formés à la réanimation en renforçant l'attractivité de l'exercice
  - Constituer et maintenir sur chaque site autorisé voire à l'échelle territoriale une réserve de professionnels de santé formés aux soins critiques pour venir en renfort des équipes le cas échéant

- **<u>Améliorer l'accès à l'USINV</u>**

  - Améliorer les délais d'accès pour augmenter la proportion de patients susceptibles de bénéficier d'un traitement d'urgence
  - Augmenter la proportion de patients pris en charge dans ces unités spécialisées ayant prouvé leur efficacité sur le pronostic vital et fonctionnel des patients, même en dehors de la phase hyper-aigue sans restriction d'âge ou de type de pathologie

L'objectif est que chaque département possède une USINV afin de proposer une prise en charge de proximité de qualité aux patients victimes d'AVC, avec une gradation dans la prise en charge au sein de la région. Néanmoins le contexte actuel de défaut de professionnels de santé, à fortiori qualifiés pour ce type de prise en charge, et les difficultés actuelles rencontrées au sein des UNV existantes nécessitent d'être prudent sur les implantations qui ne doivent pas fragiliser les organisations existantes.

- Chaque évolution d'implantation nécessite d'être menée avec une réflexion impliquant largement les professionnels de terrain.
- Les unités de recours, notamment dans les centre effectuant la thrombectomie mécanique, nécessiteront d'étoffer leur nombre de lits de soins intensifs pour absorber le surcroit d'activité inhérent à cette activité de recours.
- Enfin chaque augmentation ou implantation de lits de soins critiques neuro vasculaires nécessite la création de lits d'hospitalisation complète post-USINV (en proportion d'environ 2 à 3 lits pour un lit d'USINV). Cette proportion est à moduler dans les USINV de recours puisqu'une partie des patients occuperont le lit d'aval dans l'UNV de proximité.

5. Objectifs quantitatifs – Implantations

La présentation ci-dessous des OQOS est une transcription de la réforme des autorisations des soins critiques. Aussi, il n'y a pas de suppression d'implantation pour l'activité de réanimation et soins intensifs polyvalents contigus par rapport au précédent schéma. La création d'implantations est liée à la réforme des soins critiques qui fait entrer dans le champ des autorisations et donc des OQOS les unités de soins intensifs polyvalents dérogatoires et les unités de soins intensifs de spécialités suivantes :

- USIH PED
- USIC
- USIH
- USINV

SRS-OQOS - IMPLANTATIONS PAR TERRITOIRE - MENTIONS ET MODALITES DE PRISE EN CHARGE						
Spécialités et/ou modalités de prise en charge	**Nombre d'implantations géographiques (SRS 2023-2028)**					
	18	**28**	**36**	**37**	**41**	**45**
SOINS CRITIQUES ADULTES						
Réanimation et soins intensifs polyvalents	**1**	**2**	**1**	**2**	**1**	**2**
Soins intensifs polyvalents dérogatoires	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**1**
Soins intensifs de cardiologie	**1**	**2**	**1**	**2**	**1**	**3**
Soins intensifs de neuro vasculaire	**1**	**1** / **2**	**1**	**1**	**1**	**1**
Soins intensifs d'hématologie	**0**	**0**	**0**	**1**	**0**	**1**

SRS-OQOS - IMPLANTATIONS PAR TERRITOIRE - MENTIONS ET MODALITES DE PRISE EN CHARGE	
Spécialités et/ou modalités de prise en charge	**Nombre d'implantations géographiques (SRS 2023-2028)**

	18	28	36	37	41	45
SOINS CRITIQUES PEDIATRIQUES						
Réanimation de recours et soins intensifs polyvalents	**0**	**0**	**0**	**1**	**0**	**1**
Réanimation et soins intensifs polyvalents	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Soins intensifs polyvalents dérogatoires	**1**	**1**	**1**	**0**	**1**	**1**
Soins intensifs d'hématologie	**0**	**0**	**0**	**1**	**0**	**0**

6. Indicateurs

Les indicateurs proposés sont les suivants :

- Augmentation annuelle du nombre de professionnels formés aux soins critiques
- Nombre d'implantation d'USINV
- Nombre de lits d'USINV par millions d'habitants
- Nombre de lits d'USINV et de lit post USINV sur la région / par département.
- Mise en œuvre du dispositif régional de soins critiques
- Réalisation d'une cartographie de l'offre régionale en soins critiques mise à disposition des professionnels de santé

PRISE EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE

1. Zones de référence

Zone référence : départementale

2. Eléments de diagnostic à l'issue du SRS 2 – Situation des implantations au 31/03/23 Orientations nationales et leurs déclinaisons régionales en fonction des spécificités

La maladie rénale chronique est une maladie fréquente et grave, à forts enjeux de santé publique. On estime que 7 à 10 % de la population française présenterait une atteinte rénale.
Le dépistage reste insuffisant, la découverte se faisant parfois aux stades évolués de la maladie. Le risque d'évolution vers le stade de suppléance nécessitant la dialyse ou une greffe rénale est faible dans l'absolu, la prévalence de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) étant de l'ordre de 1 pour 1 000, mais l'existence d'une maladie rénale chronique augmente le risque d'évènements cardiovasculaires et de mortalité cardiovasculaire (***cf Parcours « Maladies Neuro- cardio-vasculaires »***). Le nombre de patients en traitement de suppléance augmente de manière régulière, environ + 4 % chaque année.
L'hypertension et le diabète sont responsables à eux seuls de près d'un cas sur deux. (***cf Parcours Diabète, hypertension artérielle et obésité***). Le coût de prise en charge des patients en traitement de suppléance pour l'Assurance Maladie est élevé. 82 % de ce montant est consacré à la dialyse.
Concernant l'accès à la liste nationale d'attente de greffe, celui-ci reste encore difficile pour certains malades (sujets âgés, diabétiques, disparité selon le lieu de résidence) et tardif pour ceux qui y accèdent. Une augmentation du taux de patients âgés de moins de 60 ans, déjà en liste d'attente au démarrage de la dialyse, a cependant été observée, témoignant de l'amélioration de la prise en charge précoce par les néphrologues. (***cf OQOS Greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques, à l'exception des greffes exceptionnelles soumises au régime d'autorisation complémentaire prévu à l'article L. 162-30-5 du code de la sécurité sociale***).
Concernant la dialyse, en dépit d'une discrète diminution observée, le démarrage en urgence de la dialyse reste fréquent (30 %), associé à l'absence de suivi néphrologique préalable et à une première dialyse sur cathéter. Concernant l'activité de transplantation, selon le rapport d'activité annuel de 2019 de l'Agence de la biomédecine, alors que l'activité de transplantation avait augmenté (3 643 transplantations rénales ont été réalisées en 2019), la pénurie de greffons s'était aggravée. Le nombre de candidats en attente sur liste active a ainsi augmenté pour atteindre 8 642 au 1er janvier 2020 avec un allongement de la durée médiane d'attente. 14 % des transplantations ont été réalisées à partir d'un donneur vivant ; 4 % des transplantations ont été réalisées avant le début de dialyse (transplantations préemptives – ***cf OQOS Greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques, à l'exception des greffes exceptionnelles soumises au régime d'autorisation complémentaire prévu à l'article L. 162-30-5 du code de la sécurité sociale***).

A noter que nous de ne disposons pas de données précises sur les stades 4 et 5 de la Maladie rénale chronique (MRC).

3. Objectifs qualitatifs :

- Mettre en place un observatoire régional de la MRC**,** qui aura pour objectif d'obtenir un panorama régional des patients atteints de MRC stade 4&5

- **Mailler le territoire en lits dédiés à la néphrologie** (une structure par département, notamment dans l'Indre)
- **Développer la logique de parcours MRC** auprès des établissements de santé autorisés
- **Identifier le nombre de lits de repli et adapter le capacitaire de dialyse** en fonction du besoin en territoire
- Connaitre l'état des lieux et **améliorer l'accès au traitement conservateur**
- La greffe rénale est traitée dans le chapitre *Transplantation et greffe*

4. Objectifs quantitatifs – Implantations

	Modalités de prise en charge	Nombre d'implantations géographiques SRS 2023-2028	
		Mini	Maxi
REGION	Hémodialyse en centre adulte	8	11
	Hémodialyse en centre enfant	1	1
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	21	24
	Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée	25	27
	Dialyse à domicile par hémodialyse ou dialyse péritonéale	17	17
	Dialyse à domicile par dialyse péritonéale	A compléter	A compléter

SRS-OQOS - IMPLANTATIONS PAR TERRITOIRE Prise en charge de l'insuffisance rénale chronique			
ZONES D'IMPLANTATION	Modalités de prise en charge	Nombre d'implantations géographiques	
		Minimum	Maximum
CHER	Hémodialyse en centre adulte	1	1
	Hémodialyse en centre enfant	-	-
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	2	3
	Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée	4	5
	Dialyse à domicile par hémodialyse ou dialyse péritonéale	3	3
	Dialyse à domicile par dialyse péritonéale	A compléter	A compléter
EURE-ET-LOIR	Hémodialyse en centre adulte	1	2
	Hémodialyse en centre enfant	-	-

	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	4	5
	Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée	4	4
	Dialyse à domicile par hémodialyse ou dialyse péritonéale	3	3
	Dialyse à domicile par dialyse péritonéale	A compléter	A compléter
INDRE	**Hémodialyse en centre adulte**	1	1
	Hémodialyse en centre enfant	-	-
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	2	2
	Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée	2	2
	Dialyse à domicile par hémodialyse ou dialyse péritonéale	1	1
	Dialyse à domicile par dialyse péritonéale	A compléter	A compléter
INDRE-ET-LOIRE	**Hémodialyse en centre adulte**	2	2
	Hémodialyse en centre enfant	1	1
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	5	6
	Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée	7	7
	Dialyse à domicile par hémodialyse ou dialyse péritonéale	3	3
	Dialyse à domicile par dialyse péritonéale	A compléter	A compléter
LOIR-ET-CHER	**Hémodialyse en centre adulte**	1	1
	Hémodialyse en centre enfant	-	-
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	3	3
	Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée	3	4
	Dialyse à domicile par hémodialyse ou dialyse péritonéale	2	2

	Dialyse à domicile par dialyse péritonéale	A compléter	A compléter
LOIRET	**Hémodialyse en centre adulte**	2	4
	Hémodialyse en centre enfant	-	-
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	5	6
	Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée	5	5
	Dialyse à domicile par hémodialyse ou dialyse péritonéale	5	5
	Dialyse à domicile par dialyse péritonéale	A compléter	A compléter

5. Indicateurs

Nombre d'établissements éligibles au forfait MRC
Evolution du nombre de greffes
Evolution du taux de dialyse à domicile, ratio patient dialysé/greffé à la région
Remontées des données REIN

ACTIVITÉS CLINIQUES ET BIOLOGIQUES D'ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION ET ACTIVITÉS BIOLOGIQUES DE DIAGNOSTIC PRÉNATAL

Echanges techniques régionaux en cours de finalisation

Envoi complémentaire mi-mars

TRAITEMENT DU CANCER

1. Zones de référence

Zone référence : départementale

2. Eléments de diagnostic à l'issue du SRS 2 – Situation des implantations au 31/03/2023.

L'adéquation aux besoins de la population et la pérennité de l'offre en cancérologie varient selon la modalité de traitement. L'offre parait adéquate en chimiothérapie, a été modérément enrichie en radiothérapie mais reste très fragile en chirurgie oncologique.

Le bilan montre des implantations inférieures à la cible :

Nombre d'implantations géographiques	Chirurgie digestive	Chirurgie mammaire	Chirurgie gynécologique	Chirurgie urologique	Chirurgie ORL	Chirurgie du Thorax	Chimio-thérapie	Radio-thérapie	Curie-thérapie
Existant autorisé au 30/06/17	23	20	17	18	15	7	16	8	3
Prévu SRS (2018-2022)	22	20	17	19	15	7	17	8	6
Existant autorisé au 30/09/22	22	18	15	18	13	7	16	9	3

L'introduction d'une graduation des prises en charge, la réduction du périmètre de l'activité autorisée à la prise en charge curative, l'augmentation de certains seuils d'activité conduisent à fragiliser d'autant plus l'offre en chirurgie oncologique.

3. Orientations nationales et leurs déclinaisons régionales en fonction des spécificités

Les décrets de réforme des autorisations introduisent :

- Une graduation des prises en charge, avec la nécessité de reconnaître différents niveaux d'expertise
- Une concentration de l'activité curative
- Des parcours s'appuyant sur plusieurs acteurs.

Elle induit la nécessité de créer de **véritables équipes territoriales** de traitement du cancer à travers une collaboration étroite entre établissements non autorisés au traitement du cancer participant à la prise en charge des patients et établissements autorisés au traitement du cancer.

Des changements culturels sont nécessaires, difficilement acceptés par les acteurs.

L'enjeu régional est de trouver le meilleur équilibre possible entre le renforcement de centres experts, la concentration de l'activité, la capacité à faire des centres autorisés et la non fragilisation des activités connexes au traitement du cancer comme la permanence des soins.

D'autre part, la nécessité pour des médecins d'exercer leur activité en dehors de leur site alors que la démographie médicale est très défavorable ne permet pas d'optimiser le temps médical.

4. Objectifs qualitatifs :

L'enjeu est de consolider une offre répondant aux besoins du territoire tout en la sécurisant, notamment dans les départements du sud. L'offre doit permettre de répondre aux délais de prise en charge des bonnes pratiques de traitement du cancer.

Les objectifs suivants sont présentés dans le ***Parcours « Cancer »*** du PRS3 :

- Réduction des taux de fuite concernant le traitement du cancer de 50%
- Maintenir un maillage territorial en fonction des seuils d'activité,
- Atteinte des cibles d'Indicateurs de Qualité et de Sécurité des Soins (IQSS) de prise en charge des cancers qui existent pour 100 % des établissements autorisés.

Les titulaires d'autorisation devront démontrer :

- L'intérêt de leur implantation dans le maillage territorial
- Leur capacité à inscrire leur activité dans une filière de soins et un parcours coordonné avec d'autres établissements, autorisés ou non au traitement du cancer pour la même modalité ou une autre
- Une organisation interne et le développement interne d'une culture à même de proposer une prise en charge du cancer en accord avec les critères de qualité réglementaires et de l' Institut national du cancer (INCa).

5. Objectifs quantitatifs – Implantations

Le SRS ne prévoit pas de nouveaux sites autorisés pour l'activité de traitement du cancer, en dehors des nouvelles modalités introduites par la réforme (chirurgie oncologique A7).
La fragilisation de l'offre par des fuites importantes et la difficulté à atteindre les seuils pour certaines activités conduisent à supprimer les implantations fragiles et à concentrer l'activité de chirurgie oncologique gynécologique pour préserver a minima une offre départementale.

ZONES D'IMPLANTATION	**Spécialités et/ou modalités de prise en charge**	**Nombre d'implantations géographiques (SRS 2023-2028) mention A (Possibilité de mettre une fourchette)**		**Nombre d'implantations géographiques (SRS 2023-2028) mention B (Possibilité de mettre une fourchette)**		**Nombre d'implantation géographiques mention C**
		Minimum	Maximum	Minimum	Maximum	
Cher	Chirurgie digestive	0	0	2	2	
Eure-et Loir		0	1	2	2	
Indre		0	0	1	1	
Indre et Loire		0	0	3	3	
Loir-et-Cher		0	0	3	3	
Loiret		0	0	4	5	
Région		**0**	**1**	**15**	**16**	
Cher	Chirurgie thoracique	0	1	0	0	
Eure-et Loir		0	0	0	0	

ZONES D'IMPLANTATION	Spécialités et/ou modalités de prise en charge	Nombre d'implantations géographiques (SRS 2023-2028) mention A (Possibilité de mettre une fourchette)		Nombre d'implantations géographiques (SRS 2023-2028) mention B (Possibilité de mettre une fourchette)		Nombre d'implantation géographiques mention C
		Minimum	Maximum	Minimum	Maximum	
Indre		0	0	0	0	
Indre et Loire		0	0	2	2	
Loir-et-Cher		0	1	0	0	
Loiret		0	0	2	2	
Région		**0**	**2**	**4**	**4**	
Cher	Chirurgie ORL	1	2	0	0	
Eure-et Loir		0	0	1	1	
Indre		0	0	1	1	
Indre et Loire		1	1	3	3	
Loir-et-Cher		0	0	1	1	
Loiret		0	1	1	1	
Région		**2**	**4**	**7**	**7**	
Cher	Chirurgie urologique	0	1	1	1	
Eure-et Loir		0	1	2	2	
Indre		1	1	0	0	
Indre et Loire		0	0	3	3	
Loir-et-Cher		0	1	1	1	
Loiret		0	2	2	2	
Région		1	6	9	9	
Cher	Chirurgie gynécologique	1	1	0	0	
Eure-et Loir		0	0	1	1	
Indre		1	1	0	0	
Indre et Loire		1	2	2	2	
Loir-et-Cher		1	1	0	0	
Loiret		1	2	1	1	
Région		5	7	4	4	
Cher	Chirurgie mammaire	1	2			
Eure-et Loir		2	2			
Indre		1	1			
Indre et Loire		4	5			
Loir-et-Cher		2	2			
Loiret		4	4			
Région		**14**	**16**			
Cher	Chirurgie oncologique non spécifique	2	2			
Eure-et Loir		1	3			
Indre		1	1			

ZONES D'IMPLANTATION	Spécialités et/ou modalités de prise en charge	Nombre d'implantations géographiques (SRS 2023-2028) mention A (Possibilité de mettre une fourchette)		Nombre d'implantations géographiques (SRS 2023-2028) mention B (Possibilité de mettre une fourchette)		Nombre d'implantation géographiques mention C	
		Minimum	Maximum	Minimum	Maximum		
Indre et Loire		3	3				
Loir-et-Cher		2	2				
Loiret		4	4				
Région		13	15				
Cher	Chirurgie oncologique mention C	0	0				
Eure-et Loir		0	0				
Indre		0	0				
Indre et Loire		1	1				
Loir-et-Cher		0	0				
Loiret		0	0				
Région		1	1				
Cher	Traitement médicamenteux systémique du cancer	2	2	0	0		0
Eure-et Loir		3	3	0	0		0
Indre		1	1	0	0		0
Indre et Loire		3	3	1	1		1
Loir-et-Cher		2	2	0	0		0
Loiret		2	2	1	1		0
Région		**13**	**13**	**2**	**2**		**1**
	Radiothérapie					C RTE	C Curie
Cher		1	1	0	0	0	0
Eure-et Loir		1	1	0	0	0	0
Indre		1	1	0	0	0	0
Indre et Loire		1	1	1	1	1	0
Loir-et-Cher		1	1	0	0	0	0
Loiret		2	2	1	1	0	0
Région		7	7	2	2	1	0

6. Coopérations (GHT, GCS) d'établissements de santé, coordination avec autres acteurs de santé au sens large.

L'approche territoriale et les coopérations sont les meilleures façons d'assurer aux patients de la région Centre- Val de Loire une prise en charge de qualité sur le territoire.

Les titulaires d'autorisation devront démontrer leur intelligence populationnelle en établissant les coopérations nécessaires à une prise en charge de qualité du patient tout au long de son parcours de soins, y compris hors établissement.

7. Résultats attendus

Les résultats attendus sont :

- Amélioration de la qualité de la prise en charge : Atteinte des cibles d'IQSS de prise en charge des cancers qui existent pour 100 % des établissements autorisés.
- Une consolidation de l'offre : réduction des fuites de 50%

8. Indicateurs

Décrits dans les résultats.

EXAMEN DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES D'UNE PERSONNE OU IDENTIFICATION D'UNE PERSONNE PAR EMPREINTES GÉNÉTIQUES À DES FINS MÉDICALES

Travaux techniques régionaux en cours de finalisation

Envoi complémentaire mi-mars

HOSPITALISATION À DOMICILE

1. Zones de référence

Zone référence : départementale

2. Eléments de diagnostic à l'issue du SRS 2 – Situation des implantations au 31/12/2021

Activité de soins à part entière, l'offre HAD évolue et se décline désormais en 4 mentions : mention socle, mention réadaptation, mention ante et post-partum, mention enfants de moins de 3 ans.

De façon générale, l'HAD permet d'éviter le recours non pertinent à l'hospitalisation avec hébergement, se positionne sur des prises en charge complexes et/ou spécialisées et s'intègre pleinement dans les parcours de soins territoriaux.

Elle peut intervenir dans tous les types de domicile dont les établissements sociaux et médico sociaux et ainsi éviter des hospitalisations conventionnelles.

En région Centre Val-de-Loire, malgré une couverture régionale totale, une réelle dynamique d'activité et une capacité de mobilisation importante, notamment dans le cadre de la crise sanitaire, le recours à l'HAD reste néanmoins hétérogène.

L'offre en HAD actuelle est répartie comme telle :

SRS 2018-2022 -OQOS - IMPLANTATIONS PAR TERRITOIRE MEDECINE - HOSPITALISATION A DOMICILE		
ZONE D'IMPLANTATION	**Modalité**	**Nombre d'implantation géographique**
Cher	Médecine – modalité HAD	2
Eure-et-Loir	Médecine – modalité HAD	1
Indre	Médecine – modalité HAD	1
Indre-et-Loire	Médecine – modalité HAD	2
Loir-et-Cher	Médecine – modalité HAD	1
Loiret	Médecine – modalité HAD	2
Région	Médecine – modalité HAD	**9**

La HAD est encore insuffisamment identifiée et prescrite au regard de ses capacités. Le recours à l'HAD ne peut s'envisager sans une relation de confiance entre les acteurs :

- Avec les établissements de santé assurant l'hospitalisation avec hébergement, principaux prescripteurs de l'HAD, qui doivent intégrer davantage l'HAD de façon plus systématique dans les parcours patients ;
- Avec les médecins généralistes qui peuvent prescrire l'HAD lorsqu'il n'y a pas besoin d'un recours à l'hospitalisation conventionnelle ou à un plateau technique ;
- Avec les autres professionnels de santé qui peuvent orienter des patients vers l'HAD.

Afin de répondre au plus près des besoins des patients de son territoire d'intervention, l'HAD :

- Se structure pour constituer une offre de soins accessible à tous en proximité sur son lieu de vie, complémentaire de la ville et de l'hôpital ;
- Poursuit son engagement dans les évolutions indispensables en termes de qualité des soins, de réactivité, de professionnalisation ;
- S'appuie sur les usages de la e-santé et le numérique comme levier d'efficience des prises en charge.

L'objectif général est de poursuivre l'évolution du recours à l'offre HAD, dans la même dynamique que celle observée depuis 2017.

3. Objectifs qualitatifs :

Pour soutenir le déploiement, la diversification et la spécialisation de l'activité de soins d'HAD, 4 enjeux prioritaires ont été identifiés en région Centre Val-de-Loire, conformes aux recommandations nationales :

1. Améliorer la connaissance de l'HAD et l'attractivité de cette activité

- Communication auprès de tous les prescripteurs (hospitaliers, libéraux et médico-sociaux) par le biais des HAD elles-mêmes, des CPAM et de l'ARS
- Intégration de l'HAD dans les parcours de formation des professionnels de santé comme terrain de formation/stage (internes, externes, soignants, rééducateurs, sages-femmes, cadres de santé)

2. Renforcer la place des HAD dans l'organisation territoriale de l'offre de soins

- Responsabilité territoriale des HAD mention Socle dans le périmètre de leur zone d'intervention. Elles représentent une des offres de proximité dans le panel d'offres souhaitées
- Activité diversifiée des HAD mention socle. Elles sont en capacité d'assurer tous les Modes de Prise en Charge (MPP)
- Renforcement de l'articulation entre les missions de coordination de l'HAD et :
    - le secteur sanitaire avec hébergement et ambulatoire (dont les équipes mobiles (soins palliatifs, gériatriques, MPR))
    - le secteur libéral, en s'appuyant sur l'exercice coordonné (en particulier les CPTS) et les missions des DAC
    - le secteur social et médico-social (avec les services Autonomie à domicile, les ESMS (EHPAD, handicap, précarité…) les centres ressources territoriaux).

3. Diversifier les modes de prise en charge et élargir le public bénéficiaire de l'offre d'HAD

- Renforcement des prises en charge spécifiques par la mise en œuvre des 3 mentions spécialisées (réadaptation, ante et post-partum et enfants de moins de 3 ans)
- Renforcement du rôle de l'HAD dans les parcours des personnes âgées, notamment poly pathologiques, des personnes en situation de handicap et/ou de précarité
- Développement des soins spécialisés en HAD (chimiothérapie, transfusion sanguine)
- Mise en valeur de l'expertise de l'HAD dans les soins palliatifs et les maladies neurodégénératives
- Usage de la e-santé et du numérique comme levier d'efficience des prises en charge

4. Renforcer la pertinence et l'efficience des parcours patients et des orientations en HAD

- Afin d'éviter autant que possible les hospitalisations conventionnelles :
  - ✓ renforcement des évaluations anticipées en EHPAD et autres ESMS
  - ✓ prescription de l'HAD, par les professionnels de ville ou les DAC, pour les patients chroniques dont l'état de santé se dégrade et qui nécessitent une prise en charge coordonnée et pluridisciplinaire
- Anticipation des sorties en HAD, au plus tôt et dès l'entrée du patient, en développant les évaluations IDE précoces au sein des établissements de santé
- Renforcement du lien de l'HAD avec les services d'urgence :
  - ✓ en amont, pour un moindre recours aux urgences pour les patients déjà pris en charge en HAD
  - ✓ en aval, pour une orientation directe par les services d'urgence

4. Objectifs quantitatifs – Implantations

Afin d'apporter davantage de lisibilité sur l'offre proposée aux prescripteurs, les zones d'intervention seront départementales.
Pour la mention socle :

- une unique implantation est prévue pour chacun des 3 départements les moins peuplés (Cher, Indre et Loir-et-Cher)
- pour les 3 autres départements, la couverture par 2 opérateurs est planifiée

Pour chaque mention spécialisée, la zone de référence est départementale.

SRS 2023-2028 -OQOS - IMPLANTATIONS PAR TERRITOIRE HOSPITALISATION A DOMICILE		
ZONE D'IMPLANTATION	**Mentions**	**Nombre d'implantation géographique**
Cher	Socle	1
	Réadaptation	1
	Ante et post-partum	1
	Enfants de moins de 3 ans	1
Eure-et-Loir	Socle	2
	Réadaptation	1
	Ante et post-partum	1
	Enfants de moins de 3 ans	1
Indre	Socle	1
	Réadaptation	1
	Ante et post-partum	1
	Enfants de moins de 3 ans	1

Indre-et-Loire	Socle	2
	Réadaptation	1
	Ante et post-partum	1
	Enfants de moins de 3 ans	1
Loir-et-Cher	Socle	1
	Réadaptation	1
	Ante et post-partum	1
	Enfants de moins de 3 ans	1
Loiret	Socle	2
	Réadaptation	1
	Ante et post-partum	1
	Enfants de moins de 3 ans	1
Région	Socle	8
	Réadaptation	6
	Ante et post-partum	6
	Enfants de moins de 3 ans	6

5. Indicateurs

Nombre de patients pris en charge pour chacune des 4 mentions.

ACTIVITÉ DE RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

Travaux techniques régionaux en cours de finalisation, suite aux récentes évolutions de la règlementation nationale.

Envoi complémentaire mi-mars.

IMAGERIE

Travaux techniques régionaux en cours de finalisation, suite aux récentes évolutions de la règlementation nationale.

Envoi complémentaire mi-mars.

LA PERMANENCE DES SOINS EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Travaux techniques régionaux en cours, suite aux récentes évolutions de la règlementation nationale sur les autorisations d'activité de soins.

Envoi complémentaire mi-mars.

MODALITÉS D'ÉVALUATION ET DE SUIVI DU PRS3

CHAPITRE : « MODALITÉS D'ÉVALUATION ET DE SUIVI DU PRS3 »

Définir et conduire une évaluation du PRS3 qui cible les enjeux de santé prioritaires de la région CVL sur les années 2023- 2028

1. Situation actuelle

Le PRS 2 a fait l'objet d'un bilan et d'une évaluation selon les modalités suivantes :

- Un bilan objectif par objectif du SRS 2 en s'appuyant sur les indicateurs définis pour chaque objectif et réalisé par l'ARS
- Une évaluation externe conduite sur 4 thèmes prioritaires : l'accès aux soins, le parcours PA, le parcours PH et le parcours en cancérologie, en concertation avec la CRSA (définition des questions évaluatives et appréciation de l'atteinte des objectifs)

En complément, deux états des lieux ont été réalisés :

- Etat des lieux de la santé en région Centre-Val de Loire : état de santé de la population comparé entre territoires de la région et avec les autres régions de France métropolitaine.
- Etat des lieux de la démographie des professionnels de santé actuelle et à venir par profession de santé (médicales et paramédicales).

Ces 4 documents ont permis de disposer d'une matière riche en entrée des travaux de définition des objectifs du SRS 3. Pour autant, plusieurs enseignements ont été identifiés à cette occasion :

- Ne retenir que des indicateurs de suivi s'appuyant sur des données existantes, notamment dans les bases de données de santé et proscrire les indicateurs de suivi à construire,
- Définir en début de PRS les questions évaluatives afin de cibler les dispositifs prioritaires à évaluer ainsi que les méthodes à mobiliser pour identifier les données disponibles et les éventuelles études qualitatives à planifier pendant la durée du SRS.

Au total, cette première expérience d'évaluation a permis de partager avec les acteurs de la région les conditions d'une évaluation réussie.

2. Enjeux

Le suivi annuel du PRS 3 (SRS et PRAPS) s'appuie sur les indicateurs définis pour chacun des objectifs et calculés sur des données disponibles et suivis annuellement, ainsi que sur les actions ou dispositifs mis en œuvre.

La démarche d'évaluation à échéance du PRS 3 devra, quant à elle, répondre notamment aux exigences suivantes :

- Définir en début de PRS les questions évaluatives sur quelques domaines prioritaires,
- Disposer des données permettant d'objectiver les situations et de mesurer des évolutions (cf. T0 et T+5 ou 10),

- Enrichir les données quantitatives d'éléments d'analyse plus qualitatifs pour éclairer la compréhension des évolutions en cours et l'impact des dispositifs mis en place,
- Anticiper les travaux à conduire de façon à les planifier sur la durée du PRS.

Ainsi, l'évaluation du PRS 3 comprendra :

- Une évaluation à 5 ans du SRS focalisée sur quelques questions évaluatives ; il s'agit d'apprécier l'impact et l'efficacité des dispositifs en place en réponse aux dites questions évaluatives
- Une évaluation à 10 ans du COS comprenant notamment l'analyse des tendances de long terme relatives à l'état de santé de la population de la région Centre Val de Loire, aux inégalité sociales, territoriales et environnementales de santé et à l'autonomie et l'inclusion des personnes malades, en situation de handicap et de perte d'autonomie, en s'appuyant sur les indicateurs définis dans le COS et sur d'éventuels travaux complémentaires.

3. Description de l'objectif

L'évaluation du SRS 3 vise à apporter des réponses documentées aux questions évaluatives qui seront formulées pour appréhender l'impact et l'efficacité des dispositifs mis en place.

S'agissant de l'évaluation à 10 ans du COS, l'objectif consiste à faire le bilan des évolutions de long terme observées en les mettant en perspective des évolutions structurelles opérées sur l'offre.

4. Modalités de mise en œuvre

Le travail d'évaluation se déroulera en 5 phases :

Phase - période	*Actions à réaliser*
Phase1 : Sem1 et Sem 2 2023	Définir les grands thèmes du SRS3 devant à terme bénéficier d'une évaluation et formuler les questions évaluatives auxquelles l'évaluation doit pouvoir répondre. Les thèmes pré-identifiés sont : Accès aux soins, Cancers, Personnes Agées, Personnes en situation de handicap, Petite enfance, Santé et environnement.
sem2 2023	Concertation pour préciser les questions évaluatives
Phase 2 Sem1 2023	Réaliser en 2023 une cartographie des dispositifs clés mobilisés pour répondre aux objectifs de l'évaluation dans le SRS3 en distinguant les anciens, les nouveaux dispositifs, leur finalité. Travail ARS avec les chefs de projet en même temps que la définition des thèmes.
Phase 3 : Sem1-2024	Définir en début d'année 2024 les méthodes données et outils à mobiliser pour réaliser les évaluations en liens avec les acteurs de l'évaluation (EPIDECLIC, INSEE, SPF, ORS, CREAI, EHSP, ISPED, INSERM, EHESS..) et préciser les grands chantiers d'évaluation et leurs périmètres
Phase 4 : -Sem2 2024	A partir de juin 2024 il s'agira ensuite d'élaborer les éventuels cahiers des charges, de conduire les opérations de marché et l'évaluation au regard de ce qui en est attendu dans le SRS3.
Phase 5 2025- 2028	Assurer un pilotage interne et externe des différents chantiers d'évaluation pour disposer de l'évaluation du PRS 3 en 2027 en entrée du PRS 4

GLOSSAIRE

GLOSSAIRE

AAP	Appel à projet
AECP	Activités éducatives ciblées personnalisées en ETP
AGPPS	Département attractivité gestion prévisionnelle des professions de santé
ALD	Affection de longue durée
AMAVI	Accueil massif de victimes non contaminées
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des ES/ESMS
ANS	Agence du numérique en santé
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
ARS	Agence régionale de santé
ARS CVL	Agence régionale de Santé Centre-Val de Loire
ASALEE	Action de santé libérale en équipe
BPCO	Bronchite pulmonaire chronique obstructive
CAARUD	Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
CAF	Caisse d'allocations familiales
CAMSP	Centre d'action médico-sociale précoce
CAQES	Contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins
CAUT	Centre d'accueil d'urgence et de transition
CD	Conseil départemental
CEGIDD	Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic
CEIP-A	Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance – addictovigilance
CFPPA	Conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie
CH	Centre hospitalier
CHRO	Centre hospitalier régional d'Orléans
CHU	Centre hospitalier universitaire

CIM	Classification internationale des maladies
CLACT	Contrats locaux d'amélioration des conditions de travail
CLS	Contrat local de santé
CLSM	Contrat local de santé mentale
CM2R	Centre mémoire de ressources et de recherche
CMP	Centre médico-psychologique
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique
CNFPT	Centre national de la fonction publique territoriale
CNOM	Conseil national de l'Ordre des médecins
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COREVIH	Comité de coordination régionale de lutte contre l'infection due au Virus de l'immunodéficience humaine
COS	Cadre d'orientation stratégique
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPIAS	Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins
CPOM	Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
COPIL	Comité de pilotage
CPP	Centres périnataux de proximité
CPS	Compétences psychosociales
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CSAPA	Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CRPV	Centre régional de pharmacovigilance
CRSA	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
CRT	Centres de ressources territoriaux
CTES	Conseillers en transition énergétique et écologique en santé
CTS	Conseils territoriaux de santé
CV	Couverture vaccinale
CVL	Région Centre-Val de Loire
DAC	Dispositifs d'appui à la coordination
DAME	Dispositifs d'accompagnement médico-éducatifs
DCGDR	Direction de la coordination de la gestion du risque
DES	Diplôme d'études spécialisées

DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DITEP	Dispositifs instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques
DMP	Dossier médical partagé
DOMS	Direction de l'offre médico-social
DOS	Direction de l'offre sanitaire
DP	Dossier pharmaceutique
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRH	Directeur des ressources humaines
DST	Disposition spécifique transversale
DUI	Dossier usager informatisé
ECN	Epreuves classantes nationales
EGS	Evaluations gériatriques standardisées
EHPAD	Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EI	Evènements indésirables
EIG	Evènements indésirables graves
EIGAS	Evènements indésirables graves associés aux soins
ELSA	Equipe de liaison et de soins en addictologie
EPMU	Equipe paramédicale de médecine d'urgence
EPP	Entretiens prénataux précoces
EPR	Evènements porteurs de risque
ERVMA	Equipe Régionale « Vieillissement et maintien de l'autonomie »
ES	Etablissements de santé
ESAT	Établissement et service d'aide par le travail
ESI	Etudiant en soins infirmiers
ESMS	Etablissements et services médico-sociaux
ESPO	Etablissements et services de préorientation
ESRP	Etablissements et services de réadaptation
e-ETP	Education thérapeutique numérique
ETP	Education thérapeutique du patient
FLCA	Fonds de lutte contre les addictions
GCSMS	Groupement de coopération sociale et médico- sociale

GEM	Groupement d'entraide mutuelle
GES	Gaz à effet de serre
GHT	Groupement hospitalier de territoire
GIP	Groupement d'intérêt public
GPEEC	Gestion prévisionnelle des effectifs, des emplois et des compétences
GRADeS	Groupement régional d'appui au développement de la e-santé
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de santé
HPP	Hémorragie du post partum
HPV	Human Papillomavirus
HSH	Hommes ayant des relations Sexuelles avec les Hommes
IC	Insuffisant cardiaque/Insuffisance cardiaque
ICOPE	*Integrated Care for Older People*
IDE	Infirmier diplômé d'Etat
IDEL	Infirmier diplômé d'Etat libéral
IFAQ	Incitation financière à la qualité
IME	Institut médio-éducatif
INCa	Institut national du cancer
IPA	Infirmier de pratique avancée
IQSS	Indicateurs de qualité et sécurité des soins développés par la HAS
IRAPS	Instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins
IRDES	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
IST	Infections sexuellement transmissibles
JADE	Programme ambulatoire pour Jeunes adultes avec troubles psychiques débutants
LSST	Lieu de santé sans tabac
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
MDA	Maison des adolescents
MES	Mon Espace santé
MNA	*Mini Nutritional Assessment*
MND	Maladie neurodégénérative
MODD	Mon Observatoire du développement durable

MPI	Médicaments potentiellement inappropriés
MRT	Majoration régulation médecin traitant
MS	Médico-Social
MSAP	Maisons des services au public
MSS	Messagerie sécurisée en santé
MSP	Maison de santé pluridisciplinaire
NCT+	Nouvelle Clinique tourangelle
NTIC	Nouvelles technologies de l'information et de la communication
OAG	Oral Assesment Guide
OHAT	*Oral Health Assessment Tool*
OMéDIT	Observatoire des médicaments, dispositifs médicaux et innovations thérapeutiques
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONDPS	Observatoire national de la démographie des professions de santé
ONU	Organisation des Nations unies
OPERAT	Observatoire de la performance énergétique, de la rénovation et des actions du tertiaire
OQOS	Objectifs quantifiés de l'offre de soins
ORSAN	Organisation de la réponse du système de santé en situation sanitaire exceptionnelle
ORSEC	Organisation de la réponse de sécurité civile
ORVEP	Outils de repérage des vulnérabilités en périnatalité
OSCARS	Outil d'observation et suivi cartographique des actions régionales de santé
PASA	Unités d'hébergement renforcées – UHR, Pôles d'activités et de soins adaptés
PDS	Permanence des soins
PDSA	Permanence des soins en ambulatoire
PDSES	Permanence des soins en établissement de santé
PFR	Plateforme d'accompagnement et de répit
PHV	Personne handicapée vieillissante
PJJ	Protection judiciaire de la jeunesse
PMI	Protection maternelle et infantile
PPS	Prévention et promotion de la santé
PPSE	Prévention Promotion de la santé environnementale)
PRADO	Programme de retour à domicile

PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et au soins
PrEP	Prophylaxie pré-exposition
PRS	Projet régional de santé
PRS 2	Projet régional de santé de deuxième génération
PRS 3	Projet régional de santé de troisième génération
PRSE	Plan régional santé environnement
PSL	Professionnel de santé libéraux
PTSM	Projets territoriaux de santé mentale
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
QVT	Qualité de vie au travail
RA	Réseau d'appui
RAAC	Réhabilitation accélérée après chirurgie
RdRD	Réduction des risques et des dommages
RéPAP	Référent parcours périnatalité
RH	Ressources humaines
ROR	Répertoire opérationnel des ressources
RREVA	Réseau régional de vigilances et d'appui
RPIB	Repérage précoce et l'intervention brève
RU	Représentants d'usagers
SAD	Service autonomie à domicile
SAE	Statistique annuelle des établissements de santé
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SAS	Service d'accès aux soins
SAU	Service d'accueil des urgences
SAVS	Services d'accompagnement à la vie sociale
SCA	Syndrome coronarien aigu
SCA ST+	Syndrome coronarien aigu avec élévation du segment ST
SCA non ST+	Syndrome coronarien aigu sans élévation du segment ST
SCC	Syndrome coronarien chronique
SDIS	Service départemental d'Incendie et de secours

SeSa	Service sanitaire
SESSAD	Services d'éducation spéciale et de soins à domicile
SIOS	Schémas inter-régionaux d'organisation sanitaire
SMI	Santé maternelle et infantile
SMR	Soins médicaux et de réadaptation
SPA	Substance Psychoactive
SNS	Stratégie nationale de santé
SPASAD	Services polyvalents d'aide et de soins à domicile
SpF	Santé publique France
SRA	Structures régionales d'appui
SRS	Schéma régional de santé
SSE	Situation sanitaire exceptionnelle
SSAD	Service de soins et d'aide à domicile
SSIAD	Services de soins Infirmiers à domicile
SSR	Soins de suite et de réadaptation
TasP	Traitement comme prévention
TDS	Travailleur(se) du sexe
TND	Troubles du neuro-développement
UNAFAM	Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques
URPS	Union régionale des professionnels de santé
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Agence régionale de santé Centre-Val de Loire ,
Cité administrative Coligny
131 rue du Faubourg Bannier –
BP 74409 45044 Orléans Cedex 1
02 38 77 32 32
ars-centre-contact@ars.sante.fr
www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr

Dépôt légal Juin 2023 - www.goodby.fr