

PROJET RÉGIONAL DE

SANTÉ

Centre-Val de Loire



Schéma régional de santé
2018-2022

SOMMAIRE

07 **Une ambition partagée pour 2022**

11 **Diagnostic régional avec une approche territoriale**

16 **Axe : Inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé**

Chapitre 1 : Coordination des politiques publiques > **p.18**

Objectif opérationnel n°1 : Réduire les inégalités sociales territoriales et environnementales de santé en renforçant la coordination des politiques publiques au plus près des besoins des populations > **p.18**

Chapitre 2 : Inégalités environnementales > **p.22**

Objectif opérationnel n°2 : Favoriser la prise en compte des déterminants environnementaux de santé dans les politiques territoriales > **p.22**

Chapitre 3 : Agir précocement > **p.24**

Objectif opérationnel n°3 : Réduire les inégalités d'accès à la prévention, au repérage et la prise en charge précoce des troubles du développement de l'enfant de 0 à 7 ans > **p.24**

28 **Axe : Accès au système de santé**

Chapitre 4 : Prévention – promotion de la santé > **p.30**

Objectif opérationnel n°4 : Donner à chacun les moyens de prendre en compte et de piloter son capital-santé > **p.31**

Objectif opérationnel n°5 : Préserver une équité de chances en matière de prévention > **p.33**

Chapitre 5 : Personnes vulnérables – démunies > **p.37**

Objectif opérationnel n°6 : Mieux connaître les personnes les plus éloignées du système de santé pour mieux répondre à leurs attentes et leurs besoins > **p.38**

Objectif opérationnel n°7 : Adapter les structures, les dispositifs et les pratiques professionnelles à l'évolution des attentes et des besoins des personnes les plus éloignées du système de santé > **p.38**

Objectif opérationnel n°8 : Prévenir les situations de rupture des personnes les plus éloignées du système de santé > **p.39**

Chapitre 6 : Évolution de l'offre sanitaire > **p.40**

Objectif opérationnel n°9 : Soutenir et promouvoir la structuration des soins primaires tout en favorisant l'organisation des parcours de santé > **p.40**

Objectif opérationnel n°10 : Organiser la réponse ambulatoire et hospitalière aux besoins de soins non programmés > **p.43**

Objectif opérationnel n°11 : Optimiser le parcours de l'utilisateur et sa bonne orientation en promouvant la connaissance de l'offre en santé > **p.45**

Objectif opérationnel n°12 : Garantir une gradation de l'offre de soins pour assurer un maillage adapté et sécurisé sur chaque territoire > **p.47**

Objectif opérationnel n°13 : Adapter l'offre de soins à l'évolution des pratiques professionnelles et aux besoins des usagers > **p.50**

Chapitre 7 : Évolution de l'offre médico-sociale > p.52

Objectif opérationnel n°14 : Favoriser l'inclusion tout au long de la vie par transformation de l'offre médico-sociale > p.52

Objectif opérationnel n°15 : Améliorer l'équité dans la répartition de l'offre médico-sociale sur les territoires, pour privilégier la réponse aux besoins de proximité > p.57

Objectif opérationnel n°16 : Anticiper les risques de rupture dans les parcours de santé des personnes en situation de handicap et en perte d'autonomie > p.60

Chapitre 8 : Évolution de l'offre de biologie médicale > p.62

Objectif opérationnel n°17 : Pérenniser un maillage de laboratoires de biologie médicale efficient permettant l'accès à une offre de biologie > p.62

Chapitre 9 : Attractivité des territoires pour les professionnels de santé > p.64

Objectif opérationnel n°18 : Agir sur les modalités de formation pour renforcer l'attractivité > p.65

Objectif opérationnel n°19 : Inciter les professionnels de santé à s'installer en région Centre-Val de Loire > p.67

Objectif opérationnel n°20 : Adapter les conditions d'exercice des professionnels à leurs attentes, pour renforcer l'attractivité régionale > p.68

Chapitre 10 : Innovation en santé > p.70

Objectif opérationnel n°21 : Mettre en œuvre un écosystème régional pour favoriser l'accès à l'innovation en santé > p.70

74 Axe : Efficience du système de santé

Chapitre 11 : Pertinence du recours au système de santé > p.76

Objectif opérationnel n°22 : Améliorer la pertinence des prescriptions de transports dans le champ des affections longue durée et des entrées /sorties d'hospitalisation > p.76

Objectif opérationnel n°23 : Améliorer la pertinence des actes en réduisant la variation des pratiques dans les territoires ciblés > p.77

Objectif opérationnel n°24 : Réduire la iatrogénie médicamenteuse évitable en réduisant le recours à certains médicaments > p.79

Chapitre 12 : Qualité et sécurité du système de santé > p.82

Objectif opérationnel n°25 : Promouvoir et favoriser la déclaration et le traitement des événements indésirables, en développant la culture positive de l'erreur > p.82

Objectif opérationnel n°26 : Assurer l'analyse approfondie des événements indésirables graves associés à des soins sur l'ensemble du territoire régional > p.84

Chapitre 13 : Gestion des situations exceptionnelles > p.86

Objectif opérationnel n°27 : Définir les modalités d'adaptation continue du système de santé à la survenue d'une situation sanitaire exceptionnelle > p.86

SOMMAIRE

88

Axe : Continuité des parcours de santé

- Chapitre 14** : Organisation des fonctions d'appui pour la coordination des parcours complexes > **p.90**
Objectif opérationnel n°28 : Organiser une réponse graduée aux professionnels pour les personnes relevant d'un parcours de santé complexe > **p.90**
- Chapitre 15** : Systèmes d'information et télémédecine pour coordonner les parcours de santé > **p.92**
Objectif opérationnel n°29 : Développer l'usage des outils numériques par les professionnels et acteurs de la santé au service de la continuité des parcours de santé > **p.92**
Objectif opérationnel n°30 : Déployer des services numériques centrés sur l'utilisateur du système de santé et développer leurs usages notamment au domicile > **p.95**
Objectif opérationnel n°31 : Développer les services et les usages de la télémédecine pour un égal accès aux soins des patients > **p.97**
- Chapitre 16** : Coopération entre professionnels de santé > **p.99**
Objectif opérationnel n°32 : Développer les outils de coopérations entre professionnels de santé > **p.99**
Objectif opérationnel n°33 : Déployer la pratique avancée au sein de la profession infirmière > **p.100**
- Chapitre 17** : L'utilisateur, acteur de sa santé > **p.102**
Objectif opérationnel n°34 : Augmenter le nombre de bénéficiaires d'une offre d'éducation thérapeutique personnalisée, graduée et coordonnée sur les territoires de proximité, délivrée par des professionnels formés > **p.102**
Objectif opérationnel n°35 : Améliorer la coordination des politiques en faveur des aidants sur chaque territoire de santé > **p.106**
Objectif opérationnel n°36 : Développer une offre territorialisée pour le soutien et l'accompagnement des aidants > **p.108**

110

Parcours spécifiques

Personnes âgées > **p.112**

- Objectif opérationnel n°37** : Repérer de façon précoce les personnes âgées fragiles afin d'éviter ou retarder la perte d'autonomie > **p.112**

Handicap > **p.115**

- Objectif opérationnel n°38** : Favoriser les apprentissages et le parcours des enfants et des jeunes en situation de handicap dans une logique d'inclusion tout en répondant à leurs besoins spécifiques > **p.115**
Objectif opérationnel n°39 : Favoriser le parcours de l'adulte en situation de handicap tout au long de la vie en tenant compte de ses besoins spécifiques > **p.117**

Autisme > **p.119**

- Objectif opérationnel n°40** : Renforcer l'efficacité du diagnostic et de l'accompagnement précoce de l'autisme > **p.119**
Objectif opérationnel n°41 : Accompagner les parcours institutionnels, scolaires et universitaires > **p.121**
Objectif opérationnel n°42 : Proposer un accompagnement personnalisé et adapté aux besoins des adultes tout au long de la vie > **p.122**

Cancer > p.124

Objectif opérationnel n°43 : Améliorer les conditions de sortie d'hospitalisation des patients porteurs de cancer > p.124

Objectif opérationnel n°44 : Assurer un parcours de santé adapté aux types de cancer et aux réalités du territoire > p.125

Addiction > p.127

Objectif opérationnel n°45 : Développer une culture de la prévention, collective et individuelle, des conduites addictives et favoriser sa mise en œuvre > p.127

Objectif opérationnel n°46 : Développer une culture de la réduction des risques et des dommages des conduites addictives et favoriser sa mise en œuvre > p.129

Objectif opérationnel n°47 : Développer une culture du lien pour favoriser les soins et l'accompagnement des personnes présentant une conduite addictive (et ses comorbidités) et favoriser sa mise en œuvre > p.131

Santé mentale > p.133

Objectif opérationnel n°48 : Développer le repérage et la prise en charge précoce des troubles psychiques > p.133

Objectif opérationnel n°49 : Promouvoir un parcours de santé et de vie faisant du lieu de vie le centre des prises en charges et des accompagnements > p.136

Objectif opérationnel n°50 : Organiser la continuité du parcours de santé des personnes souffrant de troubles psychiques, par la coordination étroite entre les différents acteurs concernés > p.138

141 **Modalités de mise en œuvre et d'évaluation du Schéma régional de santé (SRS)**

144 **Les objectifs quantifiés de l'offre de soin**

Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie > p.147

Traitement du cancer > p.149

Médecine dont hospitalisation à domicile > p.151

Chirurgie > p.154

Imagerie > p.155

Médecine d'urgence > p.160

Gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale > p.162

Prise en charge de l'insuffisance rénale chronique > p.166

Réanimation > p.168

Unité de soins longue durée > p.169

Psychiatrie > p.170

Soins de suite et de réadaptation > p.176

Diagnostic prénatal > p.180

Assistance médicale à la procréation > p.182

Examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification par empreintes génétiques à des fins médicales > p.185

187 **La permanence des soins en établissement de santé**

209 **Glossaire**

AMBITION

UNE AMBITION PARTAGÉE

POUR 2022



UNE AMBITION PARTAGÉE POUR 2022

2017 : ANNÉE DE CONSTRUCTION DE NOTRE SCHÉMA RÉGIONAL DE SANTÉ

Notre schéma régional de santé 2018-2022 est le fruit d'une démarche collective qui a mobilisé l'ensemble des acteurs de santé de la région durant toute l'année 2017. Je tiens à remercier toutes celles et tous ceux qui se sont investis sans compter aux côtés de l'ARS pour construire avec nous le cap de ces cinq prochaines années.

Le schéma régional de santé s'appuie sur les spécificités de notre région et de nos territoires. Ainsi, le diagnostic régional, nourri des diagnostics territoriaux de santé, identifie nos « intérêts à agir » pour les années à venir. Notre schéma régional de santé s'inscrit également dans les orientations de la stratégie nationale de santé 2018-2022.

Le schéma régional de santé 2018-2022 est composé de vingt-trois chapitres et six parcours spécifiques. Les travaux associant les acteurs de la région ont permis, pour chacun des chapitres et parcours spécifiques, de définir quelques objectifs structurants, d'identifier les principaux leviers et de formuler l'impact attendu, notamment au travers d'indicateurs. Nous nous sommes ainsi fixé des cibles à horizon 2022 qui traduisent notre ambition sur chacun des objectifs.

Nous avons souhaité définir d'emblée les indicateurs et les valeurs cibles. Ils pourront être ajustés pour tenir compte des travaux d'évaluation. En effet, les indicateurs constitueront le socle du dispositif d'évaluation de notre action ; ils constituent en quelque sorte les traçeurs de l'atteinte des résultats attendus. Pour autant, l'appréciation de nos résultats ne se résumera pas aux seuls indicateurs, mais s'appuiera sur les travaux complémentaires d'évaluation de notre politique de santé qui seront conduits tout au long des cinq prochaines années.

Le développement de la démocratie en santé constitue un enjeu majeur d'efficacité de la politique régionale de santé. Ainsi, le recueil des besoins et attentes des citoyens doit permettre de mieux appréhender les besoins réels des populations et d'orienter les actions mises en œuvre pour déployer le projet régional de santé pour plus de pertinence et un plus fort impact sur les parcours de santé et de vie des habitants de la région Centre-Val de Loire. Ainsi, nous intégrons pleinement la charte du parcours de santé élaborée par la conférence nationale de santé comme cadre général de notre action.

NOS AMBITIONS À HORIZON 2022

Notre schéma régional de santé porte une ambition forte d'adaptation de l'offre de santé pour anticiper les évolutions des années à venir et mieux répondre aux besoins de santé de la population de la région Centre-Val de Loire.

Notre action sur les inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé se fondera sur une coordination renforcée des politiques publiques, notamment dans les territoires qui cumulent les difficultés, en promouvant une approche intégrée, fédératrice de l'ensemble des acteurs de santé, des usagers, et partant des besoins réels des populations de ces territoires.

En matière de prévention, nous traduirons concrètement la priorité donnée à la prévention-promotion de la santé dans l'allocation des financements et en mettant l'accent sur des interventions précoces auprès des jeunes.

La généralisation du travail en équipe en matière de soins primaires (exercices regroupés, Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), fonctions d'appui...) permettra une prise en charge plus globale et des parcours plus fluides pour les patients. Elle a également vocation à constituer un facteur d'attractivité de notre région pour les professionnels de santé.

Nous développerons durant les 5 prochaines années, une offre de santé graduée qui permettra une prise en charge territorialisée, conciliant proximité et accès aux plateaux techniques d'expertise et de recours. La réponse aux besoins de soins non programmés sera mieux coordonnée et régulée entre la ville et les structures hospitalières pour favoriser la bonne orientation des patients. Nous en attendons une baisse des passages aux urgences et des hospitalisations évitables, des ré-hospitalisations à 30 jours, des durées de séjours anormalement longues... Enfin, nous développerons une prise en soins territorialisée et graduée de droit commun accessible aux personnes en situation de handicap.

Contribuer à favoriser l'attractivité de notre région pour les professionnels de santé est un enjeu fort du Projet régional de santé. Nous agirons aux trois moments clés du parcours professionnel des médecins : la formation initiale (stages plus ouverts vers le 1^{er} recours et les établissements de proximité publics et privés), l'installation (meilleure coordination et évaluation des mesures incitatives, notamment financières), les conditions d'exercice pour les rendre plus en adéquation avec les besoins et attentes des professionnels. Nous portons ainsi l'ambition de limiter la population concernée par des difficultés d'accès aux consultations de 1^{er} recours.

L'ambition d'une société plus inclusive pour les plus fragiles est l'affaire de tous. Le schéma régional de santé souhaite mieux répondre à l'attente et aux besoins des personnes handicapées et âgées qui demandent à vivre à domicile. Il porte un objectif de transformation de l'offre d'accompagnement médico-social pour passer d'une approche institutionnelle à une approche de services aux personnes dans leur lieu de vie. Cette évolution majeure et attendue nécessite la mobilisation de l'ensemble des partenaires afin de conduire les évolutions au plus près des besoins des personnes dans les territoires et proposer ainsi une réponse adaptée à chaque situation.

Enfin, nous ne relèverons ces défis que si nous sommes collectivement en mesure de penser et d'expérimenter de nouvelles pratiques, de nouvelles organisations, de nouvelles relations entre les acteurs de santé. C'est pour cette raison que nous développerons un dispositif favorable à l'innovation afin de détecter, faire émerger, et accompagner les initiatives des territoires.

UN SCHÉMA RÉGIONAL DE SANTÉ STRUCTURÉ AUTOUR DE CES AMBITIONS

Notre schéma régional de santé constitue la déclinaison opérationnelle pour la période 2018-2022 de notre cadre d'orientation stratégique. Pour agir de manière structurée sur l'ensemble des parcours de santé, il a été construit autour de quatre axes transverses :

- › Inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé
- › Accès au système de santé
- › Efficience du système de santé
- › Continuité des parcours de santé

Il prévoit également des objectifs spécifiques pour 6 parcours : personnes âgées, handicap, autisme, cancer, addiction, santé mentale.

Le département a été retenu comme l'entité géographique la mieux adaptée en région Centre-Val de Loire pour la définition des zones du schéma régional de santé telles que prévues par l'article L.1434-9 du Code de la santé publique.

Les objectifs quantifiés de l'offre de soins fixent le cadre pour les activités soumises à autorisation. Nous avons fait le choix d'une approche progressive permettant d'accompagner dans la durée les évolutions de l'offre de soins (cf. *système de fourchettes affichant un minimum et un maximum d'implantations géographiques*).

En matière de permanence des soins en établissement de santé, l'ambition est celle d'une permanence territoriale des soins, au juste niveau, conciliant efficience des ressources humaines et des coûts, et satisfaction du besoin, d'une organisation évolutive en fonction de la fréquence des recours et intégrant l'usage de la télémédecine.

LA DÉFINITION DE NOTRE SCHÉMA RÉGIONAL DE SANTÉ EST UN POINT DE DÉPART...

Il nous appartient maintenant de mettre en œuvre chacun des 50 objectifs que nous nous sommes fixés pour les 5 années à venir. L'atteinte de résultats tangibles pour les habitants de notre région dépendra de l'implication de chacun de nous dans une même direction. C'est pourquoi l'esprit participatif qui a présidé à la construction de ce schéma sera poursuivi et amplifié dans la phase de mise en œuvre. J'entends notamment m'appuyer sur les initiatives des acteurs de terrain, sur vos initiatives, pour décliner la feuille de route que constitue notre schéma régional de santé. Chaque année, un point d'étape sera réalisé et présenté à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie.

« JE SAIS POUVOIR COMPTER SUR
L'IMPLICATION DE TOUS POUR
AMÉLIORER LA SANTÉ DANS NOTRE
RÉGION CENTRE-VAL DE LOIRE. »

Anne BOUYGARD
Directrice générale de l'ARS Centre-Val de Loire

DIAGNOSTIC

DIAGNOSTIC RÉGIONAL AVEC
UNE APPROCHE TERRITORIALE



DIAGNOSTIC RÉGIONAL AVEC UNE APPROCHE TERRITORIALE

L'analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces permet d'avoir une vision des enjeux de santé dans notre région. Ce regard se fonde sur l'analyse territoriale réalisée par les conseils territoriaux de santé (CTS) dans le cadre du diagnostic territorial de santé, sur le cadre d'orientation stratégique et ses travaux préparatoires, sur les travaux de l'Observatoire régional de la santé (ORS), de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), de l'Unité de recherche en épidémiologie hospitalière (UREH) et du Centre régional d'études d'actions et d'informations (CREAI), et sur les travaux d'évaluation du Projet régional de santé 2011-2017. L'exigence de concision et précision voulue par les instances de démocratie en santé et les partenaires

dans le cadre de l'élaboration de ce Projet régional de santé (PRS) conduit à formuler des appréciations et une analyse stratégique volontairement synthétiques, chaque chapitre présentant des éléments plus détaillés.

Les diagnostics territoriaux validés par les CTS compilent l'ensemble des données utilisées contextualisées au territoire. Ils sont disponibles sur le site Internet de l'ARS de même que des éléments chiffrés concernant le secteur médico-social. Les éléments dans le champ médico-social, gagneront à être approfondis notamment dans leur articulation avec les schémas des Conseils départementaux.

LES POINTS D'APPUI RÉGIONAUX

► Un engagement et une mobilisation importante des acteurs du système de santé

Les acteurs du système de santé se sont mobilisés de façon très importante pendant l'élaboration du projet régional de santé ; y compris au travers des 8 385 réponses à l'enquête citoyenne sur les préoccupations en matière de santé.

Cette mobilisation revêt une dimension particulière par la participation de grands décideurs régionaux (Préfecture, Conseils départementaux, Université, Conseil régional, espace de réflexion éthique) à la construction de ce PRS, en complément de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) et des conseils territoriaux de santé (CTS). Cela favorise une appropriation partagée des objectifs et prépare la mise en œuvre.

► Une connaissance sociodémographique au plus près des territoires et des populations

Au-delà de la connaissance des problématiques de morbidité et de mortalité bien documentées, des éléments sur la population sont maintenant mieux connus. Sa structure, sa répartition géographique et les tendances lourdes associées sont décrites dans le Cadre d'orientation stratégique (COS). Une analyse de la distribution de certains déterminants de santé liés aux éléments de morbi-mortalité permet d'identifier les territoires sur lesquels se cumulent des indicateurs défavorables (cf. chapitre 1).

Pour autant, nombre de données font aujourd'hui défaut pour apprécier finement la situation actuelle notamment dans le champ de l'accompagnement médico-social des personnes et plus largement dans le champ des coordinations. Cette meilleure connaissance constitue une ambition en soi formulée dans plusieurs chapitres du schéma régional de santé (SRS), notamment lorsque les données permettant l'évaluation des résultats, ne sont pas disponibles.

► Un tissu de structures de santé dense et disponible sur l'ensemble du territoire

Le bilan des diagnostics territoriaux de santé montre une densité quantitativement suffisante des établissements de santé, en termes d'implantations existantes. Ce bilan prend en compte l'offre publique et privée.

Le virage ambulatoire est bien engagé. Ainsi, la chirurgie ambulatoire a progressé de 15 points en 5 ans (35 % en 2011 et 52 % en 2016).

L'offre médico-sociale est globalement importante même si elle s'avère inégalement répartie sur les territoires. De plus une diversification progressive de l'offre vers davantage de services, est engagée.

Pour l'Hospitalisation à domicile (HAD), certains territoires demeurent non couverts alors qu'ils sont inclus dans des aires géographiques d'intervention. Il est nécessaire d'assurer une couverture de la totalité de la région.

LES POINTS DE FRAGILITÉ

► Une démographie insuffisante des professionnels de santé

Avec la densité médicale la plus faible de France métropolitaine en 2017¹, la démographie médicale reste le sujet majeur de la région.

Ce constat concerne aussi bien le secteur ambulatoire que les établissements de santé, avec des impacts potentiels sur la qualité et la sécurité des soins, ainsi que sur le développement des prises en charge ambulatoires. Il en est de même des autres professions (masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes).

¹Source : DRESS, Démographie médicale 2017

Il y a lieu dans ce contexte de mieux appréhender la population des personnes ne disposant pas de médecin traitant notamment pour les populations les plus fragiles. Le bilan du Pacte territoire santé (PTS) montre que les actions réalisées dans ce cadre ont permis, à défaut de rattraper le retard, de limiter la dégradation de la situation. Les développements plus précis sur ce sujet se trouvent dans le chapitre relatif à l'attractivité des territoires.

► Un maillage de l'offre de soins qui reste perfectible

La gradation de l'offre de soins a été déterminée dans les précédents Schémas régionaux de l'offre de soins (SROS) pour des offres nécessitant des plateaux techniques, notamment la prise en charge de l'urgence cardiologique, les accidents vasculaires cérébraux (AVC), l'obstétrique, etc. Il demeure des parcours et des territoires pour lesquels la définition d'une offre graduée est de nature à renforcer les conditions d'une meilleure qualité et sécurité des soins et à sécuriser la place des établissements de proximité. Il est également à noter que des structures ou activités sont fragilisées par leur taille ou leur attractivité insuffisante.

► Un lien ville-hôpital qui reste à concrétiser

Les insuffisances de coordination entre les établissements de santé et le domicile (professionnels de santé et sociaux) restent une réalité.

Elles deviennent plus particulièrement critiques dans la gestion des cas complexes avec des risques majeurs de ruptures dans le parcours de soin. Les multiples dispositifs de coordination existants sont insuffisamment polyvalents et inégalement répartis selon les territoires. De plus les systèmes d'informations sont encore rarement partagés, et, lorsqu'ils existent (Messageries sécurisées de santé (MSS), Dossier médical partagé (DMP)), sont faiblement utilisés. La mise en place progressive des Groupement hospitaliers de territoire (GHT), des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), des fonctions d'appui et des services numériques de coordination ont vocation à mieux répondre à ces difficultés.

► La prévention-promotion de la santé, « parent pauvre » qui appelle un changement d'approche

Inscrire la prévention-promotion de la santé comme fondement pour agir sur la santé des populations est une nécessité. Il est reconnu qu'intervenir sur la santé par la seule offre de soins ne constitue qu'une réponse très partielle ne répondant qu'à 20 % des enjeux.

La politique de prévention est aujourd'hui relativement fragile avec des budgets fragmentés, répartis entre de nombreux acteurs (ARS, Assurance maladie, collectivités territoriales, opérateurs divers) sans vision suffisamment partagée des principes, des objectifs, des modalités d'intervention et des résultats attendus. Le défi sera, à partir d'une vision partagée des principes de prévention-promotion de la santé, de construire une dynamique intégrant la coordination des politiques publiques au plus près des territoires, avec des financements adaptés.

► Un profil de morbidité et de mortalité proche de la moyenne nationale associé à des disparités territoriales

Comme au niveau national, les cancers et les maladies cardio-vasculaires sont les principales causes de décès. Depuis 1982, la mortalité générale et prématurée par cancer s'est réduite, mais de façon moins importante qu'en France métropolitaine. On note une surmortalité masculine pour les maladies liées à la consommation d'alcool et une sous mortalité par rapport aux maladies liées à la consommation de tabac. Par ailleurs, il existe une forte disparité intra régionale de la mortalité prématurée, témoin d'inégalités de santé.

► Des inégalités de santé, sociales, territoriales et environnementales de santé persistantes

Les travaux de l'Observatoire régional de la santé (ORS) Centre-Val de Loire en 2015 ont montré que les territoires qui présentent des indicateurs de mortalité et de morbidité défavorables, sont les mêmes qu'il y a vingt ans. Une analyse de la distribution de certains déterminants de santé liés aux éléments de morbi-mortalité permet d'identifier les territoires sur lesquels se cumulent les indicateurs défavorables : territoires urbains dans les cœurs de grandes villes, et ruraux dans le cœur de l'Indre, le sud du Cher, l'ouest de l'Eure-et-Loir et l'est du Loiret.

Sur ces mêmes territoires s'ajoutent des déterminants sociaux (emploi, habitat, revenus), comportementaux (alcool, tabac) et environnementaux (exposition aux polluants) dégradés. Cette situation touche des zones rurales du sud-est du Cher, du sud de l'Indre, de l'est du Loiret, du cœur de l'Eure-et-Loir, et des quartiers des cœurs de grandes villes de la région.

Le secteur médico-social présente également des fragilités. Les EHPAD accueillent des personnes âgées de plus en plus souvent en fin de vie. Des ruptures de parcours des personnes en situation de handicap sont identifiées au moment du passage à l'âge adulte (amendement Creton), mais également pour l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes. Des inégalités territoriales de l'offre d'accompagnement sont également constatées avec une présence plutôt sous forme d'établissements et institutions que de services et dispositifs favorisant l'inclusion en milieu ordinaire. Enfin, les coopérations entre institutions (ARS, Éducation nationale, conseils départementaux, Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)/Maison départementale de l'autonomie (MDA), Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE), Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées (AGEFHIP)...) restent largement perfectibles.

LES OPPORTUNITÉS À EXPLOITER

› Le paradigme du parcours de santé

La construction du PRS s'est fondée sur le modèle du parcours de santé. Cela conduit à considérer la personne dans une approche globale qui intègre aussi bien la prévention, l'accès aux soins, l'accompagnement médico-social et la prise en compte de la personne dans son environnement : famille et entourage, scolarisation, prévention de la désinsertion professionnelle, réinsertion, logement. En effet, la médecine de parcours amène à un changement de paradigme profond : l'adaptation de la prise en charge, des relations entre professionnels, des structures et des moyens autour des malades, de leur entourage et de leurs besoins et non plus l'inverse.

› L'e-santé

Rendre générique et banaliser les usages des outils d'e-santé aussi bien pour les professionnels que pour les usagers est repéré comme étant une des pistes à valeur ajoutée significative dans l'évolution du système de santé. Elle pourra s'appuyer sur un socle commun de services déjà disponible en région (télémedecine, Messagerie sécurisée en santé (MSS), Dossier médical partagé (DMP), mutualisation de l'imagerie), et s'enrichir des outils de coordination tout en se rendant accessible à l'utilisateur. Ils seront les supports indispensables au travail médical délégué et/ou coopératif.

› Les nouveaux dispositifs de coordination et le travail délégué et/ou coopératif

Les Plate-formes territoriales d'appui (PTA) sont des dispositifs destinés aux situations complexes. Ces situations à risque pour les patients nécessitent une mobilisation de ressources dédiées.

La mise en place de ces fonctions d'appui permettra de mieux organiser les parcours de santé. Le développement de tâches

médicales déléguées à des infirmières cliniciennes ou à d'autres paramédicaux (orthoptistes...) sont de nature également à fluidifier les parcours et à palier pour partie le déficit en ressources médicales. Les réseaux de santé à vocation régionale seront en appui de ces nouveaux dispositifs de coordination en permettant d'optimiser les ressources afin d'améliorer la continuité des soins et des prises en charge.

› La transformation des soins de premier recours

L'organisation plus collective et l'introduction d'une responsabilité populationnelle dans les organisations des soins de premier recours constitue l'opportunité d'améliorer l'accès aux soins et l'intégration de la prévention-promotion de la santé dans les pratiques professionnelles. Elle pourra se faire en lien avec les acteurs territoriaux de proximité et les collectivités territoriales porteuses de nombreuses politiques ayant des incidences sur les déterminants de santé.

› Une offre médico-sociale en pleine mutation

La démarche « Réponse accompagnée pour tous », les orientations nationales interministérielles visant à favoriser une société plus inclusive, l'évolution des besoins et des attentes des personnes concernées, les nouveaux dispositifs comme les pôles de compétences et de prestations externalisées sont à la fois des leviers et des exigences, qui imposent de réinterroger les pratiques et les organisations, en faveur d'une amélioration du dépistage et du diagnostic, d'une offre plus souple et privilégiant la proximité, de partenariats renforcés entre les Établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) et le milieu ordinaire (école, habitat, emploi).

Les systèmes d'informations (SI) partagés (ViaTrajectoire, services d'appui à la coordination) contribueront à améliorer le parcours des personnes.

LES CONDITIONS DE RÉUSSITE

› Maintenir la mobilisation des acteurs pendant la mise en œuvre

La mobilisation et la contribution des acteurs de la région pour bâtir le projet régional de santé a été très forte. Cette mobilisation doit se poursuivre pour atteindre les objectifs formulés. L'engagement déjà très fort des soignants et accompagnants, quels qu'ils soient, dans l'exercice de leur métier, sera également un élément indispensable pour une mise en œuvre au plus près des pratiques de soins et des besoins des professionnels.

› Faire preuve de créativité

Le nouveau Schéma régional de santé est constitué d'objectifs opérationnels sur la base desquels doivent se construire des plans d'action. Ces plans d'action combineront la nécessité d'agir au plan régional mais également en proximité de façon adaptée aux caractéristiques des territoires. Cette souplesse qu'offre le schéma régional de santé invite à plus de créativité dans la définition des actions et leurs modalités de mise en œuvre.

› Être en capacité d'ajuster les actions au plus près des besoins

Le pilotage de la réalisation des objectifs opérationnels dans tous les domaines est un défi commun qui commence dès l'élaboration du schéma et doit se poursuivre tout au long de sa mise en œuvre. Maintenir un regard partagé lors des points d'étape permettra d'ajuster les actions pour mieux atteindre notre ambition collective.

› Une utilisation des moyens souple et adaptée

L'évolution sous contrainte des moyens financiers nécessite de définir une priorisation et une programmation rigoureuse des actions. Cette priorisation doit nécessairement retenir en cas d'arbitrage le levier le plus important pouvant engendrer la transformation voulue, dans le cadre d'une concertation réussie. Cette pratique permettra de dégager les marges de manœuvre nécessaires pour réaliser le plus d'actions possibles.

La mobilisation des ressources du Fond d'intervention régional (FIR), d'autres financements et les leviers contractuels seront orientés de manière volontariste vers la déclinaison des priorités du schéma régional de santé.

INÉGALITÉS

AXE : INÉGALITÉS SOCIALES,
TERRITORIALES ET
ENVIRONNEMENTALES DE SANTÉ



SOMMAIRE

Chapitre 1 : Coordination des politiques publiques > **p.18**

Objectif opérationnel n°1 : Réduire les inégalités sociales territoriales et environnementales de santé en renforçant la coordination des politiques publiques au plus près des besoins des populations > **p.18**

Chapitre 2 : Inégalités environnementales > **p.22**

Objectif opérationnel n°2 : Favoriser la prise en compte des déterminants environnementaux de santé dans les politiques territoriales > **p.22**

Chapitre 3 : Agir précocement > **p.24**

Objectif opérationnel n°3 : Réduire les inégalités d'accès à la prévention, au repérage et la prise en charge précoce des troubles du développement de l'enfant de 0 à 7 ans > **p.24**

CHAPITRE 1 : COORDINATION DES POLITIQUES PUBLIQUES

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°1

▶ RÉDUIRE LES INÉGALITÉS SOCIALES, TERRITORIALES ET ENVIRONNEMENTALES DE SANTÉ EN RENFORÇANT LA COORDINATION DES POLITIQUES PUBLIQUES AU PLUS PRÈS DES BESOINS DES POPULATIONS

▶ Contexte et enjeux

Le Plan National de Santé Publique, « priorité prévention » élaboré sous l'égide du Comité interministériel pour la santé, rappelle que la conduite des politiques publiques favorables à la santé est par nature intersectorielle afin d'agir sur les déterminants de la santé et réduire les inégalités de santé au sein de la population.

La coordination des politiques publiques en santé est une des missions de l'Agence régionale de santé (ARS). Elle s'incarne notamment par deux commissions de coordination des politiques publiques de santé, associant les services de l'État, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale dans deux domaines particuliers : d'une part, celui de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile et, d'autre part, celui des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux. Présidées par le directeur général de l'Agence régionale de santé, elles visent à développer les complémentarités d'actions et de financement entre les autorités compétentes pour l'action publique touchant la santé de la population.

▶ Des inégalités constatées

L'étude réalisée par l'Observatoire régional de la santé au titre des inégalités sociales et territoriales de santé en région Centre-Val de Loire (édition 2015) objective la dégradation de certains indicateurs de santé dans les territoires alors même que les indicateurs régionaux restent proches des moyennes nationales. Cette analyse régionale confirme le poids des déterminants sociaux notamment sur la mortalité prématurée. Adossée aux autres données disponibles (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), Observation sociale croisée des acteurs régionaux et départementaux (OSCARD)...), elle permet d'approcher la répartition géographique et populationnelle de l'impact de ces inégalités dans notre région en repérant :

▶ Les territoires géographiques les plus impactés par ces inégalités ; ce sont à la fois des territoires urbains et ruraux.

▶ Les populations ayant une typologie sociodémographique spécifique sur lesquelles l'impact de ces inégalités est plus marqué.

La Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) s'est emparée de cette problématique de la réduction de ces inégalités de santé en proposant un séminaire régional, associant les membres des commissions de coordination des politiques publiques qui s'est tenu le 28 juin 2016 à Châteauroux traduisant la forte implication de tous dans une approche globale de la santé. Cette journée a conclu à la nécessité « d'injecter la santé » dans toutes les politiques publiques et ont été cités (sans être exhaustif) : les transports, notamment en zone rurale, pour accéder aux soins et aux services sociaux, le logement salubre, l'agriculture orientée vers moins d'intrants (pesticides, engrais, herbicides, nitrates, pollution des sols), l'amélioration de la restauration collective, l'accès aux équipements sportifs...

Le parcours de santé se construit et s'anticipe bien avant la naissance. La période périnatale, la petite enfance et l'enfance sont des étapes déterminantes dans le devenir de la personne. C'est en effet, dans ces périodes de la vie, notamment les « 1 000 » premiers jours, que la sensibilité à l'environnement sous toutes ses formes (nutritionnel, écologique, socio-économique, etc.) est la plus forte et que se traduisent les inégalités sociales de santé.

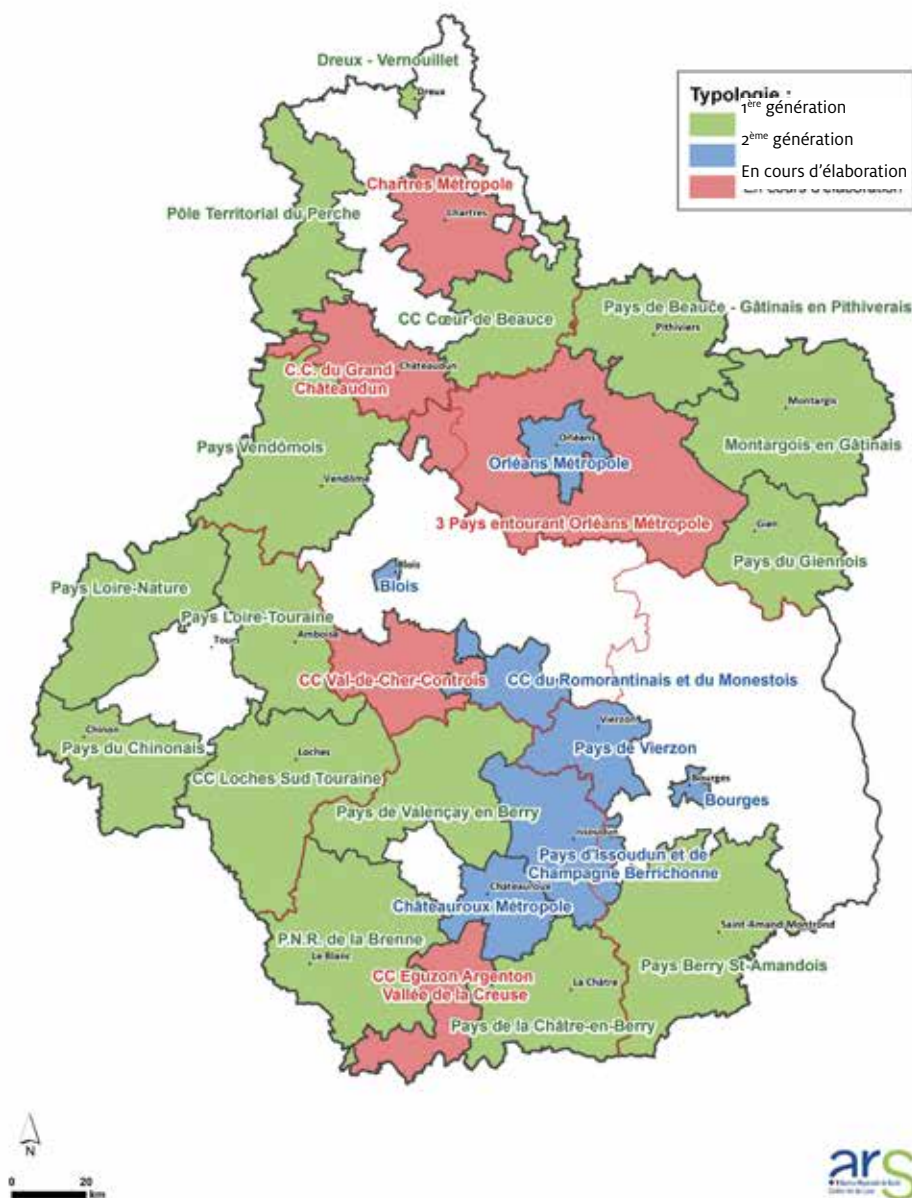
▶ Description de la situation actuelle

Il peut être distingué trois niveaux de mise en œuvre de la coordination des politiques publiques : le niveau régional avec les travaux menés dans chacune des commissions de coordination ; le niveau départemental, aujourd'hui insuffisamment déployé ; et le niveau local s'appuyant sur les Contrats locaux de santé (CLS). Le contrat local de santé est l'instrument de la consolidation du partenariat local sur les questions de santé dans ses différentes

composantes : prévention, soin et médico-social. Il incarne la dimension intersectorielle de la politique de santé dans le but de mieux répondre aux enjeux d'accès aux soins, aux services, et à la prévention, notamment par les personnes vulnérables, et aux enjeux d'amélioration des contextes environnementaux et sociaux qui déterminent, à plus ou moins long terme, l'état de santé des populations au niveau local.

Le dynamisme des acteurs de la région Centre-Val de Loire est à cet égard remarquable avec l'engagement à ce jour dans le cadre de 19 contrats locaux de santé signés et 8 en cours d'élaboration. Cette politique publique ambitieuse en région a donné lieu d'une part, à une évaluation menée conjointement par le Conseil régional, la Préfecture de région et l'ARS dans le cadre de la question évaluative n°8 du projet régional de santé de 1^{ère} génération² et d'autre part, à une analyse par l'Université dans le cadre de la question évaluative n°6 du PRS de 1^{ère} génération² « Dans un contexte de raréfaction des moyens, comment les actions mises en œuvre prennent-elles en compte les populations cibles dont celles les plus éloignées des dispositifs »³.

Les contrats locaux de santé (CLS)



Réalisation : ARS Centre-Val de Loire - Juin 2018/Source : ARS Centre-Val de Loire - IGN ©

² Évaluation menée par ACSANTIS en 2017 (document accessible)

³ Évaluation réalisée en 2016 par ETICS/Université Rabelais de Tours (document accessible)

› Description de l'objectif

La réduction des inégalités sociales territoriales et environnementales de santé nécessite une coordination des politiques permettant une approche globale des enjeux de santé et la mobilisation, de manière intégrée, des leviers dont disposent chacun des acteurs de politiques publiques.

La stratégie consiste à mettre en œuvre des démarches intersectorielles favorables à la santé sur l'ensemble du territoire régional et de manière adaptée aux territoires départementaux et locaux afin de répondre de manière multi-partenariale et avec efficacité à la prise en compte de l'ensemble des déterminants de santé. La mobilisation et la mise en réseau d'acteurs agissant sur des champs différents sont en effet susceptibles de renforcer la capacité d'action du territoire sur les déterminants de santé de la population locale.

Agir sur les inégalités de santé suppose, par ailleurs, de déployer une approche en prise directe avec les caractéristiques propres de chacun des territoires en y associant les citoyens.

Enfin, la santé de la femme enceinte et des jeunes enfants constitue un objectif majeur. La coordination des politiques publiques associera étroitement à ce titre les services départementaux de protection maternelle et infantile, acteurs clés du parcours de santé du jeune enfant. Le parcours éducatif de santé s'inscrira en relais en mobilisant l'Éducation nationale, tout autant que les collectivités territoriales.

› Modalités de mise en œuvre

› **La mobilisation des commissions régionales de coordination des politiques publiques se poursuivra.** Le principe est posé de l'association systématique d'un représentant de la commission spécialisée correspondante de la CRSA aux réunions afin de faciliter les échanges et la co-construction des réponses aux problématiques identifiées, prenant notamment en compte les attentes des usagers et des professionnels.

› **La mise en œuvre d'une coordination départementale** structurée et régulière permettra de prendre en compte, d'une part, les spécificités territoriales en lien avec les conseils territoriaux de santé, et également les politiques des Conseils départementaux dans le cadre de leurs différents champs de compétences.

› La généralisation de contrats locaux de santé renouvelés. L'évaluation des contrats locaux de santé préconise :

- › d'améliorer la qualité des diagnostics préalables,
- › de co-construire des priorités en santé répondant aux attentes collectives et traduites dans un projet local de santé en cohérence avec les projets construits par les professionnels de 1^{er} recours et ceux issus des projets médicaux partagés des groupements hospitaliers de territoire,
- › de privilégier un nombre limité de programmes d'actions, en réponse aux objectifs prioritaires identifiés collectivement et fondés sur l'analyse des déterminants de santé, plutôt qu'une multiplicité d'interventions,
- › de favoriser les liens et veiller aux complémentarités entre les contrats locaux de santé et les nouvelles organisations en médecine ambulatoire, notamment les maisons de santé pluriprofessionnelles et les communautés professionnelles territoriales de santé.

Sur la durée du PRS, il est donc prévu de poursuivre le déploiement des contrats locaux de santé, avec pour l'objectif de couvrir progressivement l'ensemble des territoires, tout en assurant le déploiement des actions des CLS déjà existants. Leur articulation avec les autres actions menées par les collectivités territoriales, les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les Groupements hospitaliers de territoires (GHT), les organismes d'assurance maladie et les différents services de l'État constituera un facteur clé de réussite. Enfin, une attention particulière sera portée aux actions concernant les « 1 000 premiers jours de la vie ».

› **La mise en œuvre d'une expérimentation dans un territoire identifié comme cumulant des désavantages en vue de tester de nouveaux modes d'action** et répondre pleinement aux enjeux de la réduction des inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé. L'observation des indicateurs témoignant des déterminants de santé en région, classés comme, personnels, sociaux, environnementaux, font apparaître une géographie particulière. Ainsi, des territoires cumulant des désavantages peuvent être identifiés. Ces territoires appellent des approches innovantes dans la mobilisation collective des réponses à apporter.

Pour agir au sein de ces territoires, une mobilisation de l'ensemble des acteurs est nécessaire dès le départ et doit permettre de définir une ambition collective formulée dans un document préalable signé par chacun d'entre eux.

Chaque territoire présente ses propres caractéristiques qui doivent être révélées par un diagnostic complet, intéressant l'ensemble des déterminants de santé, partagé par l'ensemble des acteurs du territoire et participatif, incluant les points de vue et les préoccupations citoyennes. À ce stade du diagnostic, l'enjeu est également de réaliser un état des lieux des leviers de l'action publique déjà mobilisés.

Sur la base de ce diagnostic, des objectifs spécifiques au territoire pourront être définis. Ils fonderont une action collective et intégrée se traduisant par un engagement formel des acteurs des politiques publiques, solidairement, engagés sur l'impact attendu.

Il s'agit donc de repenser les modalités d'une action publique intégrée au profit des habitants de ces territoires. Cette expérimentation permettra également de proposer un ou plusieurs modèles opérationnels, de définir des éléments de transposabilité et de tester son efficacité en éclairant, notamment, les questionnements suivants :

- Quelle échelle géographique pertinente ?
- Quelle gouvernance agile et pertinente qui permette un leadership sur le territoire en capacité de mobiliser chacun des acteurs pour une répartition équilibrée des rôles de chacun et une efficacité collective ?
- Quelles modalités d'évaluation ?

➤ Modalités d'évaluation

L'objectif défini est évalué à 5 ans avec les indicateurs de résultats suivants :

N°	INTITULÉ INDICATEUR DE RÉSULTATS	VALEUR INITIALE	VALEUR CIBLE INTERMÉDIAIRE	VALEUR CIBLE À 5 ANS
1	Taux de population de la région couverte par un Contrat local de santé (CLS) signé ou en projet	72%		100%
2	Mise en œuvre et évaluation d'une expérimentation sur au moins un territoire	0		1

CHAPITRE 2 : INÉGALITÉS ENVIRONNEMENTALES

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°2

FAVORISER LA PRISE EN COMPTE DES DÉTERMINANTS ENVIRONNEMENTAUX DE SANTÉ DANS LES POLITIQUES TERRITORIALES

► Contexte et enjeux

Il est nécessaire d'agir sur l'environnement, ses milieux et sur les habitudes de vie des citoyens pour améliorer leur état de santé. C'est un enjeu pour notre région, fortement exposée à certains facteurs environnementaux. La réduction des inégalités territoriales et environnementales de santé est une priorité, traduite dans le Plan régional santé environnement (PRSE 3) porté conjointement par l'ARS, la Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DREAL) et le Conseil régional.

Le diagnostic régional santé environnement de l'Observatoire régional de la santé (ORS - avril 2016) a montré que les 6 départements présentaient de fortes disparités quant aux cumuls de facteurs environnementaux. Certains territoires cumulent plusieurs nuisances et facteurs environnementaux, dont l'exposition influence l'état de santé des populations (qualité de l'eau distribuée, exposition au bruit, qualité de l'air respiré, présence de sites et sols pollués ou encore présence d'industries potentiellement polluantes).

► Description de la situation actuelle

L'Agence régionale de santé (ARS), le Conseil régional et la Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DREAL), ont élaboré les 34 actions du troisième Plan régional santé environnement (PRSE 3), articulé autour des 4 thèmes suivants :

- qualité de l'air intérieur,
- qualité de l'air extérieur,
- eau et substances émergentes,
- santé, environnement et territoires.

Parmi ces 34 actions, l'Agence régionale de santé mettra en œuvre dans les 5 ans à venir les 11 actions qu'elle pilote ou co-pilote.

► Description de l'objectif

L'objectif de « Favoriser la prise en compte des déterminants environnementaux de santé dans les politiques territoriales en

région Centre-Val de Loire » passe par la mise en œuvre des actions inscrites dans le troisième Plan régional santé environnement (PRSE 3) en matière de promotion de la santé environnementale dans les politiques territoriales.

L'Agence régionale de santé a pour objectif d'encourager les collectivités locales, les pays, les gestionnaires, les acteurs de contrats locaux de santé ou encore les associations à intégrer la santé environnementale dans leurs missions et actions. Ceci sera mis en œuvre via la déclinaison de formations, la mise à disposition d'outils, de documents de sensibilisation, d'accompagnement, de valorisation. Les thèmes actuellement identifiés sur lesquels l'Agence régionale de santé se mobilise prioritairement sont l'urbanisme favorable à la santé, la qualité de l'eau, la faune et la flore à impact sanitaire, l'amiante, la qualité de l'air intérieur, le plomb ou encore le bruit. L'Agence régionale de santé (ARS) veillera à jouer le rôle de promoteur de la santé environnementale auprès des différents partenaires identifiés.

► Modalités de mise en œuvre

Placer la santé environnementale au cœur des politiques territoriales

- Impliquer les gestionnaires des établissements recevant de jeunes enfants dans la mise en œuvre de la réglementation amiante et les problématiques plomb et bruit (*Action 7*),
- Améliorer la qualité de l'air intérieur au domicile des personnes vulnérables (*Action 8*),
- Endiguer la progression de l'ambrosie (*Action 17*),
- Prévenir les risques sanitaires liés à la faune sauvage (*Action 18*),
- Promouvoir et accompagner la mise en place de plans de gestion de la sécurité sanitaire des eaux destinées à la consommation humaine (*Action 19*),
- Sensibiliser les maires sur la problématique des puits privés vis-à-vis d'une part du réseau public et d'autre part de la méconnaissance de la qualité de l'eau de

ces puits lorsqu'ils sont utilisés pour la consommation humaine (Action 20),

- ▶ Protéger de manière efficace les captages d'eau potable (Action 21),
- ▶ Engager, sur la base du volontariat, la mise en place d'Études d'impact sur la santé (EIS)⁴ à l'échelle d'un quartier permettant d'intégrer au mieux les enjeux sanitaires et environnementaux (Action 27),
- ▶ Identifier des territoires, mettre en place des outils, et identifier une méthodologie en vue de préparer la réalisation d'études de multi-expositions (Action 28),

- ▶ Sensibiliser le public et les acteurs au concept d'environnement favorable à la santé (Action 31),
- ▶ Inciter au développement d'actions santé environnement sur les territoires des contrats locaux de santé (Action 32),
- ▶ Valoriser des actions locales, projets innovants ou autres actions en santé environnementale (Action 33).

Par ailleurs, l'ARS sera attentive à ce que les initiatives réalisées dans le cadre de ces politiques territoriales soient relayées auprès du public, pour que chaque citoyen de la région soit sensibilisé à la santé environnementale et que chacun puisse faire des choix éclairés en faveur de sa propre santé et de son environnement.

▶ Échéances intermédiaires

ANNÉE	INTITULÉ ACTION
2019	Les actions inscrites comme prioritaires dans le troisième Plan régional santé environnement devront avoir été initiées
2021	Ensemble des actions mises en œuvre d'ici la fin du Plan régional santé environnement (PRSE 3)

▶ Modalités d'évaluation

Dans le cadre du Plan régional santé environnement (PRSE3), les modalités de suivi et d'évaluation du plan sont définies par :

- ▶ la tenue de réunions annuelles pour suivre l'avancement des actions,
- ▶ l'organisation d'un point d'étape pour évaluer la mise en œuvre du plan à mi-parcours,
- ▶ la réalisation d'un bilan final du troisième Plan régional santé environnement (PRSE 3).

L'Agence régionale de santé fournira pour chacune des actions qu'elle pilote ou co-pilote les indicateurs nécessaires à l'évaluation de la mise en œuvre de celles-ci. Ces indicateurs, spécifiques à chaque action, et mesurés à mi-parcours ainsi que lors du bilan final permettront d'évaluer chaque action tant sur son suivi, sa mise en œuvre que son impact.

À la fin de ce plan d'actions, en 2021, l'étude de l'Observatoire régional de la santé (ORS) sur le diagnostic régional en santé environnement sera reproduite et les cartes de synthèses départementales seront mises à jour. Seront ainsi comparées les évolutions entre 2016 et 2021 des facteurs environnementaux et nuisances sur les territoires. Les cartographies spécifiques contenues dans la première partie du diagnostic, telles que la localisation de l'ambrosie, la qualité des eaux distribuées, les nuisances sonores seront également actualisées et leur évolution sera comparée entre le début et la fin de la période du schéma régional de santé.

L'objectif défini est évalué à 5 ans avec les indicateurs de résultats suivants :

N°	INTITULÉ INDICATEUR DE RÉSULTATS	VALEUR INITIALE 2016	VALEUR CIBLE INTERMÉDIAIRE	VALEUR CIBLE À 5 ANS
1	Taux de réalisation des actions du Plan régional santé environnement (PRSE3) relatives à la prise en compte des déterminants environnementaux de santé dans les politiques territoriales en région Centre-Val de Loire.	0 %		Au moins 80 %

⁴ EIS : L'EIS est une démarche qui permet d'identifier, à l'aide d'informations scientifiques et contextuelles, les éléments d'une politique ou d'un projet qui pourraient avoir des effets sur la santé de la population et sur la distribution de ces effets au sein des différents groupes qui la composent. Elle a pour but d'informer les décideurs sur la teneur des impacts potentiels de leurs projets, programmes et politiques et de leur recommander des solutions possibles avant qu'une décision définitive ne soit prise.

CHAPITRE 3 : AGIR PRÉCOCEMENT

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°3

RÉDUIRE LES INÉGALITÉS D'ACCÈS À LA PRÉVENTION, AU REPÉRAGE ET À LA PRISE EN CHARGE PRÉCOCE DES TROUBLES DU DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT DE 0 À 7 ANS

► Contexte et enjeux

Le parcours de santé se construit et s'anticipe bien avant la naissance. La période périnatale, la petite enfance et l'enfance sont des étapes déterminantes dans le devenir de la personne. C'est en effet, dans ces périodes de vie, que s'inscrit la construction des inégalités sociales de santé. Il en découle que le repérage et le dépistage des problématiques de vulnérabilités médico-psycho-sociales pèsent lourdement sur le pronostic favorable ou défavorable de l'état de santé de l'adulte. Intervenir en période périnatale et dans la petite enfance représente un enjeu principal de réduction de ces inégalités sociales de santé et évite le cumul des pertes de chances qui en découlent. Ceci n'est plus à démontrer, car très largement renseigné et documenté dans les travaux portant sur ce sujet.

Certains troubles du développement sont dus à des maladies ou états maternels (alcoolisme et autres addictions, hypertension, rubéole, toxoplasmose...) qui lorsqu'ils peuvent être repérés et pris en charge, préviennent de la survenue de ces troubles ou en limitent le pronostic.

Lorsque les troubles sont détectés dans la période de vie de 0 à 7 ans, notamment les troubles du neuro-développement, ils peuvent être pris en compte par une orientation adéquate vers des soins adaptés. Le retard ou l'absence de prise en charge précoce et adaptée de ces troubles fait peser un risque de perte de chance pour les enfants concernés.

En lien avec l'impulsion donnée par la stratégie nationale 2018-2022 pour l'autisme, le repérage des troubles du développement³ devra s'appuyer sur un repérage aussi précoce que possible par les professionnels et structures en charge de l'accueil de la petite enfance.

► Description de la situation actuelle

Les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP), les services de pédopsychiatrie, et les services de PMI ont un rôle de repérage et de dépistage de certaines vulnérabilités dès la période prénatale, en périnatalité et lors des actions auprès des enfants et de leurs parents, ce rôle est inscrit dans le code de santé publique.

Le réseau régional « Grandir En Région Centre » (GERC) s'est saisi de la question des troubles du développement pour les enfants de 0 à 7 ans depuis 2013, date de sa mise en place. Il s'est limité à ce jour aux enfants nés grands prématurés ou ayant souffert

d'un retard de croissance intra-utérin (530 enfants suivis à ce jour). Il est organisé autour d'une cellule experte basée au CHU de Tours et d'un réseau de professionnels constitué des CAMSP, des pédiatres hospitaliers et libéraux, des médecins généralistes, de professionnels paramédicaux (orthophonistes, kinésithérapeutes, psychomotriciens, orthoptistes), des psychologues et des équipes de PMI. Il est articulé avec l'organisation régionale permettant le dépistage précoce des enfants ayant des troubles du spectre de l'autisme et le Réseau régional de Périnatalité. Cette organisation est facilitante pour l'accès au repérage.

► L'organisation de la prise en charge des troubles du spectre de l'autisme (TSA) s'appuie sur un Centre de Ressource de l'Autisme (CRA), et des équipes départementales de diagnostic et d'accompagnement précoce. Ces dernières interviennent dans la sensibilisation des professionnels de santé, des Accompagnants d'Elèves en Situation de Handicap (AESH), et des enseignants du territoire, dans le repérage précoce, l'expertise diagnostique et l'accompagnement précoce des enfants et des familles.

► Deux centres référents régionaux permettent le diagnostic des troubles spécifiques du langage et des apprentissages (TSLA)

► Les Centres Maladies Rares du CHRU de Tours touchant le neuro-développement participent au diagnostic et au suivi : notamment le Centre de Référence (CRMR) de la Filière de Santé Maladies Rares AnDDI pour le diagnostic, et les Centres de Compétences Maladies Rares (CCMR) des Filières de Santé Maladies Rares AnDDI et Déficience pour le suivi.

► La dynamique d'organisation des soins primaires au travers des CPTS devrait faciliter la nécessaire coopération entre les structures de soins primaires.

► Le réseau régional de périnatalité organise la diffusion de bonnes pratiques autour de la grossesse et notamment le repérage et le suivi des grossesses à risque ; lesquelles sont potentiellement porteuses de risques des troubles du développement de l'enfant.

► Description de l'objectif

Il s'agit de rendre accessible la prévention, le repérage précoce et les prises en charge spécialisées des troubles du développement de l'enfant en prenant en compte les situations particulières de populations défavorisées dans un esprit d'universalisme proportionné.

› Modalités de mise en œuvre

- › Développer la formation et les outils de repérage à destination des professionnels de santé libéraux, de l'Éducation nationale, de la petite enfance (crèche, PMI...), en s'appuyant notamment sur les compétences des différents dispositifs régionaux.
- › Développer la formation et les outils de dépistage et d'orientation des enfants présentant des troubles du développement, à destination des professionnels du premier recours et des PMI.
- › Inciter les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) à développer une coopération formalisée notamment dans les projets de CPTS, dans ce domaine avec les professionnels des services de protection maternelle et infantile, les services de pédopsychiatrie (notamment les Centres Médico-Psychologiques), les centres médico-psycho pédagogiques (CMPP).
- › Analyser les causes des listes d'attente des CAMSP et apporter les réponses adaptées aux difficultés identifiées, notamment l'augmentation de places au cas par cas et lorsque cela est justifié.
- › Organiser le parcours des enfants repérés en mobilisant les ressources disponibles dans les territoires : CAMSP, ressources du premier recours (Paramédicaux : kinésithérapie, psychomotricité, orthophonie...), ressources du second recours (Centre de Ressources Autisme, équipes départementales de dépistage, de diagnostic et d'accompagnement précoce des TSA, Centre de

Référence (CRMR) de la Filière de Santé Maladies Rares AnDDI, et les Centres de Compétences Maladies Rares (CCMR) des Filières de Santé Maladies Rares AnDDI et Déficience...

- › Favoriser l'utilisation des outils e-santé et notamment la télé-médecine pour organiser les activités.
- › Généraliser l'entretien prénatal précoce (4^{ème} mois de grossesse) pour repérer et agir sur les facteurs de risques maternels des 1 000 premiers jours en s'appuyant notamment sur le réseau régional de Périnatalité, les centres de PMI, les sages-femmes libérales et hospitalières.
- › Sensibiliser et développer les compétences des professionnels de l'éducation nationale au repérage et aux modalités de prise en charge éducative des enfants porteurs de troubles de développement (formation aux questionnaires instituteur de repérage des troubles du développement, exemple repérage des troubles émotionnels et de l'attention/de l'hyperactivité...); ceci dans l'esprit et de concert avec ce qui est réalisé par l'équipe du Centre Universitaire de Pédopsychiatrie pour les troubles du spectre de l'autisme.
- › Travailler avec les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) sur la réponse aux besoins spécifiques d'accompagnement des enfants repérés mais dont le diagnostic définitif est en attente.

› Échéances intermédiaires

ANNÉE	INTITULÉ ACTION
2018	Évaluation des listes d'attente des CAMPS
2018	Contribution au développement d'un outil de dépistage des troubles spécifiques du langage et des apprentissages au service des professionnels du premier recours.

⁵ Les troubles neuro-développementaux (TND) sont un ensemble d'affections qui débutent durant la période du développement. Ils regroupent : les diagnostics de handicaps intellectuels (trouble du développement intellectuel), les troubles de la communication (déficits du langage, de la parole et de la communication), le trouble du spectre de l'autisme, le déficit de l'attention/hyperactivité ; le trouble spécifique des apprentissages (lecture, expression écrite et raisonnement mathématique), les troubles moteurs (trouble développemental de la coordination, mouvements stéréotypés, tics), les autres troubles neurodéveloppementaux spécifiés (par exemple TND associé à une exposition prénatale à l'alcool) ou non spécifiés. (Source : Manuel de diagnostic et statistique des troubles mentaux (DSM5))

> Modalités d'évaluation

L'ambition portée est de couvrir l'ensemble du territoire régional d'un accès universel à la prévention, au repérage des troubles du développement de l'enfant et à leur prise en charge coordonnée. Cette ambition devra prioritairement être traduite dans les structures de PMI des 6 départements de la région qui interviennent auprès des populations les plus défavorisées. Elle doit intégrer une sensibilisation des parents, une formation des médecins libéraux et des enseignants au repérage précoce des troubles.

L'objectif défini est évalué à 5 ans avec les indicateurs de résultats suivants :

N°	INTITULÉ INDICATEUR DE RÉSULTATS	VALEUR INITIALE 2016	VALEUR CIBLE INTERMÉDIAIRE	VALEUR CIBLE À 5 ANS
1	Taux de médecins généralistes et de professionnels des PMI formés au repérage et à l'orientation pour l'ensemble* des troubles du développement de l'enfant	0 %		Au moins 80 %
2	Taux d'enfants ayant été repérés qui bénéficient d'une prise en charge effective des troubles suspectés			100 %
4	Taux d'enfants ayant été repérés avant l'âge de 7 ans			100 %
5	Taux de CPTS coopérant avec les services de PMI	0 %		75 %

Au-delà de ces indicateurs, il sera procédé à un suivi des listes d'attente des CAMPS à l'issu de l'évaluation de celles-ci avec l'ambition de les réduire significativement durant les 5 ans.

*Les professionnels de PMI sont déjà formés pour le repérage des troubles du spectre de l'autisme par les équipes départementales de dépistage, de diagnostic et d'accompagnement précoce. Par ailleurs ils sont également formés au dépistage de certains troubles (sensoriel, moteurs, statur pondéral). Il s'agira d'élargir leur formation à l'ensemble des troubles du développement et de connaître l'organisation des prises en charge.

ACCÈS

AXE : ACCÈS AU SYSTÈME DE SANTÉ



SOMMAIRE

Chapitre 4 : Prévention – promotion de la santé > **p.30**

Objectif opérationnel n°4 : Donner à chacun les moyens de prendre en compte et de piloter son capital-santé > **p.31**

Objectif opérationnel n°5 : Préserver une équité de chances en matière de prévention > **p.33**

Chapitre 5 : Personnes vulnérables – démunies > **p.37**

Objectif opérationnel n°6 : Mieux connaître les personnes les plus éloignées du système de santé pour mieux répondre à leurs attentes et à leurs besoins > **p.38**

Objectif opérationnel n°7 : Adapter les structures, les dispositifs et les pratiques professionnelles à l'évolution des attentes et des besoins des personnes les plus éloignées du système de santé > **p.38**

Objectif opérationnel n°8 : Prévenir les situations de rupture des personnes les plus éloignées du système de santé > **p.39**

Chapitre 6 : Évolution de l'offre sanitaire > **p.40**

Objectif opérationnel n°9 : Soutenir et promouvoir la structuration des soins primaires tout en favorisant l'organisation des parcours de santé > **p.40**

Objectif opérationnel n°10 : Organiser la réponse ambulatoire et hospitalière aux besoins de soins non programmés > **p.43**

Objectif opérationnel n°11 : Optimiser le parcours de l'usager et sa bonne orientation en promouvant la connaissance de l'offre en santé > **p.45**

Objectif opérationnel n°12 : Garantir une gradation de l'offre de soins pour assurer un maillage adapté et sécurisé sur chaque territoire > **p.47**

Objectif opérationnel n°13 : Adapter l'offre de soins à l'évolution des pratiques professionnelles et aux besoins des usagers > **p.50**

Chapitre 7 : Évolution de l'offre médico-sociale > **p.52**

Objectif opérationnel n°14 : Favoriser l'inclusion tout au long de la vie par transformation de l'offre médico-sociale > **p.52**

Objectif opérationnel n°15 : Améliorer l'équité dans la répartition de l'offre médico-sociale sur les territoires, pour privilégier la réponse aux besoins de proximité > **p.57**

Objectif opérationnel n°16 : Anticiper les risques de rupture dans les parcours de santé des personnes en situation de handicap et en perte d'autonomie > **p.60**

Chapitre 8 : Évolution de l'offre de biologie médicale > **p.62**

Objectif opérationnel n°17 : Pérenniser un maillage de laboratoires de biologie médicale efficient permettant l'accès à une offre de biologie > **p.62**

Chapitre 9 : Attractivité des territoires pour les professionnels de santé > **p.64**

Objectif opérationnel n°18 : Agir sur les modalités de formation pour renforcer l'attractivité > **p.65**

Objectif opérationnel n°19 : Inciter les professionnels de santé à s'installer en région Centre-Val de Loire > **p.67**

Objectif opérationnel n°20 : Adapter les conditions d'exercice des professionnels à leurs attentes, pour renforcer l'attractivité régionale > **p.68**

Chapitre 10 : Innovation en santé > **p.70**

Objectif opérationnel n°21 : Mettre en œuvre un écosystème régional pour favoriser l'accès à l'innovation en santé > **p.70**

CHAPITRE 4 : PRÉVENTION – PROMOTION DE LA SANTÉ

L'article L.1411-1-2 du Code de la santé publique prévoit que « Les actions de promotion de la santé reposent sur la concertation et la coordination, de l'ensemble des politiques publiques pour favoriser à la fois le développement des compétences individuelles et la création d'environnements physiques, sociaux et économiques, favorables à la santé. Des actions tendant à rendre les publics cibles acteurs de leur propre santé sont favorisées. Elles visent, dans une démarche de responsabilisation, à permettre l'appropriation des outils de prévention et d'éducation à la santé ».

La promotion de la santé est définie comme « le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci »⁶. Au regard du puissant déterminant de santé que constitue l'environnement, l'engagement dans une politique de développement durable est indissociable du développement de la promotion de la santé.

L'éducation pour la santé comprend l'ensemble des activités d'information et d'éducation qui aident les individus à faire des choix favorables à leur santé, à savoir comment y parvenir, à faire ce qu'ils peuvent individuellement et collectivement pour conserver ou améliorer la santé, à mieux utiliser les services de santé et à recourir à une aide en cas de besoin.

La prévention regroupe les mesures visant à prévenir les maladies : réduction des facteurs de risque, traitements pour limiter leur évolution, réduction des conséquences.

La prévention peut être appréhendée selon différentes structurations : les définitions de l'Organisation mondiale de la santé proposent une approche qui vise à distinguer la prévention en fonction du moment où elle intervient par rapport à la survenue de la maladie :

► **La prévention primaire** : ensemble des programmes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie, donc à réduire l'apparition de nouveaux cas. Elle fait appel à des mesures de prévention individuelle (hygiène corporelle, alimentation...) et/ou collective (distribution d'eau potable, vaccination...);

► **La prévention secondaire** : ensemble des programmes destinés à réduire la prévalence d'une maladie donc à réduire sa durée d'évolution. Elle comprend le dépistage et le traitement des premières atteintes ;

► **La prévention tertiaire** : ensemble des programmes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récurrences dans la population donc à réduire les invalidités fonctionnelles dues à la maladie. Elle a pour objectif de favoriser la réinsertion sociale et professionnelle après la maladie. Cette définition étend la prévention aux soins de réadaptation ;

► **La prévention quaternaire** : ensemble des actions menées pour identifier un patient ou une population à risque de surmédicalisation, le protéger d'interventions médicales invasives, et lui proposer des procédures de soins éthiquement et médicalement acceptables.

Une seconde approche vise à distinguer la prévention en trois sous-ensembles sous l'angle d'une approche populationnelle :

► **La prévention universelle** dirigée vers l'ensemble de la population quel que soit son état de santé ; elle tend à permettre à chacun, par l'instauration d'un environnement culturel favorable, de maintenir, conserver ou améliorer sa santé, quel que soit son état ;

► **La prévention orientée** ou sélective destinée à des sous-groupes, qui porte sur les sujets à risque et tente d'éviter la survenue de la maladie (vaccination, dépistages,...) ;

► **La prévention ciblée** est dirigée vers les malades, qu'elle aide à gérer leur traitement de façon à en améliorer le résultat. Elle correspond à l'éducation thérapeutique.

Une dernière approche consiste à différencier la prévention médicalisée et la prévention non médicalisée.

La protection de la santé porte sur la réduction des menaces pour la santé des populations (éliminer les influences négatives) : lutte contre les agents biologiques, chimiques et physiques à l'origine des catastrophes ou des épidémies (contrôle de la salubrité des aliments et de l'eau, protection de la population contre les menaces environnementales, lutte contre les maladies infectieuses...).

Les progrès diagnostiques et thérapeutiques amènent à envisager la santé dite des 4 P (prédictive, personnalisée, préventive et participative). Elle repose sur la possibilité de décrire le risque individuel de développer une maladie (prédictive) et d'adapter le traitement à l'individu (personnalisée), de prendre des mesures correctives (au niveau moléculaire) avant même l'apparition de la pathologie (préventive), et de conseiller un style de vie adapté (participative).

⁶ Définition de la promotion de la santé par l'Organisation mondiale de la santé dans la Charte d'Ottawa (1986)

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°4

DONNER À CHACUN LES MOYENS DE PRENDRE EN COMPTE ET DE PILOTER SON CAPITAL-SANTÉ :

- **COMPRENDRE CE QU'EST LA PRÉVENTION ET À QUOI ELLE PEUT LUI SERVIR**
- **SAVOIR OÙ SONT LES RESSOURCES DE PROXIMITÉ**
- **SAVOIR LES UTILISER**

➤ Description de la situation actuelle

Puissants leviers de la lutte contre les inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé, la prévention et la promotion de la santé impliquent une approche par population et par déterminant de santé. Cette approche nécessite une volonté partagée d'intersectorialité : État, Assurance maladie, Collectivités territoriales... concrétisée en termes de cohésion et de cohérence par la mise en œuvre de programmes territorialisés de prévention et promotion de la santé associant de multiples opérateurs : Protection maternelle infantile (PMI), santé au travail, organismes d'assurance maladie, membres de la Fédération régionale des acteurs en promotion de la santé (FRAPS), Éducation nationale, professionnels de santé et sociaux...

➤ Description de l'objectif

- Rendre accessible la prévention à la population de la région Centre-Val de Loire.
- Faire partager les enjeux de la prévention au grand public.

➤ Modalité de mise en œuvre

Des leviers au profit de la population générale et des usagers :

1. L'universalisme proportionné, un principe d'action fondamental

L'universalisme proportionné incite à la mise en place de programmes d'actions universelles avec un objectif de « santé pour tous », avec une intensité proportionnelle aux besoins et aux obstacles. Il a pour ambition de lisser le gradient social, origine des inégalités sociales en santé. Il permet des actions pertinentes, modulables en fonction des besoins, à l'inverse d'une approche universaliste qui offre à tous les mêmes ressources sans distinction. En effet, l'approche universelle peut accentuer le gradient social, en ayant un impact plus important sur les personnes déjà favorisées et peu dans le besoin.

2. L'éducation pour la santé est un enjeu central. Deux priorités seront mises en œuvre :

- *L'acquisition et le renforcement des compétences psychosociales* : il s'agit de « la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement »⁷. Une priorité doit être accordée au développement des compétences psychosociales, notamment chez les jeunes et très jeunes (liens avec le soutien à la parentalité). Quand les problèmes de santé sont liés à un comportement, et ce comportement lié à une incapacité à répondre efficacement au stress et aux pressions de la vie, l'amélioration des compétences psychosociales pourrait être un élément influent dans la promotion de la santé et du bien-être.
- *La littératie en santé* (ou alphabétisation en santé) est définie comme « la capacité de trouver, de comprendre, d'évaluer et de communiquer l'information de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé dans divers milieux au cours de la vie ».

3. Rendre lisible et audible par l'utilisateur, le plaidoyer de la prévention, quel que soit son lieu de vie, et en s'appuyant sur :

- sur des outils et des supports adaptés aux publics visés et élaborés par les professionnels de l'éducation pour la santé, de la prévention et de la promotion de la santé,
- sur les médias grands publics et autres canaux d'information (réseaux de partenariats, réseaux locaux, clubs, associations, les réseaux de l'éducation populaire, etc.),
- sur les nouvelles technologies de la communication : Internet, réseaux sociaux, e-santé.

⁷ Organisation mondiale de la santé

4. L'intervention précoce et de manière universelle en direction des populations identifiées :

► *Femmes enceintes/jeunes parents/enfants de moins de 3 ans/enfants et adolescents.* La période de la petite enfance constitue une priorité réaffirmée par la stratégie nationale de santé, pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Il convient de renforcer dès les premières années et particulièrement lors des 1 000 premiers jours de la vie, les actions de prévention, en faisant appel à l'ensemble des acteurs des champs sanitaire, éducatif, et social, et en y associant les parents.

Sur le champ de la parentalité il importe que les mesures d'accompagnement des parents soient menées en concertation et en complémentarité sur un mode pluri-institutionnel. Cet objectif prioritaire d'actions sur les « 1 000 premiers jours » a vocation à mobiliser de nombreux acteurs dont les professionnels d'établissements de santé, le réseau régional périnatalité, la PMI et les autres professionnels de la petite enfance...

► *En milieu scolaire :* La mise en œuvre du « parcours éducatif de santé » constitué de l'ensemble des actions de prévention, d'information, de visites médicales et de dépistage, organisées au bénéfice de chaque élève dans les écoles, les collèges et les lycées est une priorité au sein de l'Éducation nationale, priorité à laquelle contribuent les collectivités territoriales en fonction de leurs champs de compétences et l'ARS.

Il s'organise autour de trois axes :

- Un axe **d'éducation à la santé** fondée sur le développement des compétences psychosociales en lien avec le socle commun de connaissances, de compétences et de culture : pour chaque cycle seront décrites les acquisitions visées et les activités proposées, intégrant l'alimentation, l'hygiène, les rythmes de vie, la sécurité, les gestes de premiers secours, afin de permettre à chaque futur citoyen de faire des choix éclairés en matière de santé.
- Un axe de **prévention** qui présente les actions centrées sur une ou plusieurs problématiques de santé prioritaires ayant des dimensions éducatives et sociales (conduites addictives, alimentation et activité physique, vaccination, contraception, protection de l'enfance par exemple).
- Un axe de **protection de la santé** qui intègre des démarches liées à la protection de la santé des élèves mises en œuvre dans l'école et l'établissement, dans le but d'offrir aux élèves l'environnement le plus favorable possible à leur santé et à leur bien-être.

5. La politique de « l'aller vers » :

L'enjeu est de promouvoir les capacités d'innovation des acteurs du champ de la promotion de la santé et de la prévention permettant d'aller à la rencontre des publics les plus fragiles ou les plus éloignés du système de santé.

Des leviers au profit des professionnels de la santé et de la prévention

1- Un engagement de l'ensemble des professionnels de santé sur le thème de la prévention et de la promotion de la santé, quel que soit leur mode d'exercice.

L'ensemble des acteurs de santé, notamment par la mise en œuvre des nouvelles organisations des soins primaires et des groupements hospitaliers de territoire, toutes organisations fondant leurs principes d'actions sur un diagnostic préalable et un projet de santé, partagent la mission du déploiement de la prévention de manière coordonnée en bénéficiant du soutien et de l'accompagnement méthodologique que peuvent apporter le dispositif de soutien aux interventions en prévention et promotion de la santé et l'instance régionale d'éducation et de promotion de la santé.

2- L'enseignement de la prévention et de la promotion de la santé dans les formations initiales et continues.

Il doit s'inscrire au sein des organismes de formation des professionnels de santé (faculté de médecine (UFR), Institut de formation en soins infirmiers (IFSI), etc.) afin de faire évoluer les pratiques professionnelles, mais aussi dans les cursus universitaires des professionnels non soignants. Le service sanitaire qui prévoit la participation de tous les étudiants en santé à des programmes de prévention permettra l'acquisition de compétences spécifiques. Le Collegium santé et l'ensemble des acteurs concernés favoriseront les approches pluriprofessionnelles. Les actions à mettre en œuvre par les étudiants devront se faire dans le cadre des bonnes pratiques, en cohérence avec les projets des structures où se dérouleront les interventions et avec le soutien des professionnels de la prévention et promotion de la santé.

3- Le renforcement de la professionnalisation des opérateurs en prévention, promotion de la santé afin de favoriser des interventions reposant sur des méthodes ayant fait leurs preuves.

Un rôle d'appui renforcé est confié au dispositif régional de soutien aux politiques d'intervention en prévention et promotion de la santé, pour identifier (capitalisation des expériences) et aider au développement des programmes d'actions prometteurs ou probants.

4- Le renforcement des capacités d'expérimentation.

Il passe par un partenariat plus étroit et plus concret entre opérateurs de la prévention et de la promotion de la santé d'une part et équipes de recherche (notamment des Universités d'Orléans et de Tours) d'autre part.

Des leviers au profit des collectivités et des territoires

L'implication et la participation des populations aux politiques, programmes et actions de santé sont des principes essentiels de la promotion de la santé. Elles doivent être systématiquement envisagées et travaillées. La dimension communautaire (au sens de la Charte d'Ottawa) présente ici tout son intérêt. L'éducation pour la santé doit s'intégrer dans une approche orientée vers une

population et/ou un territoire. Cette orientation doit permettre d'articuler une approche globale et des approches par thématique ou par déterminant (à l'instar d'une approche globale centrée sur le patient en médecine permettant d'articuler des approches par spécialité). Elle pourra alors être déclinée selon les principaux déterminants comportementaux de santé : addictions ; alimentation ; activité physique ; vie affective et sexuelle ; violences.

Type d'actions

Le principe réaffirmé et qui vaut pour la prévention est celui de la bonne intervention, au bon moment, par le bon professionnel, avec le bon support de communication, avec le même souci de qualité et d'efficacité que celui requis pour les soins, en s'appuyant sur les savoirs expérientiels et en prenant en compte le risque de la fracture numérique.

► Modalités d'évaluation

L'objectif défini est évalué à 5 ans avec les indicateurs de résultats suivants :

N°	INTITULÉ INDICATEUR DE RÉSULTATS	VALEUR INITIALE 2016	VALEUR CIBLE INTERMÉDIAIRE	VALEUR CIBLE À 5 ANS
1	Évolution quantitative des moyens accordés à la prévention au sein du Fonds d'intervention régional de l'ARS	10 724 K€	12 800 K€	
2	Nombre d'étudiants formés dans le cadre du service sanitaire	0		1800

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°5



PRÉSERVER UNE ÉQUITÉ DE CHANCES EN MATIÈRE DE PRÉVENTION

► Contexte et enjeux

1. Maintenir, pour toute la population, une équité de chances en matière de prévention est un enjeu majeur qui repose :

- sur des stratégies de vaccination et de dépistage,
- sur la mise en œuvre de programmes ayant pour objet de faire évoluer les comportements face à un risque potentiel

2. L'objectif de réduction des risques répond à certaines valeurs qui lui sont associées :

Autonomie

- Respect de l'autonomie de la personne, de sa capacité à gouverner sa propre vie et de définir elle-même ce qui est bien, souhaitable, tolérable ou acceptable pour elle-même ou pour les personnes dont elle est responsable.

Solidarité

- Elle se traduit par le fait que la collectivité se préoccupe de répondre aux besoins des personnes et des groupes et que la majorité des citoyens s'engage dans des actions susceptibles d'améliorer la santé de la population.
- Cette solidarité permet de prendre en compte les besoins particuliers de groupes de personnes liés à des problématiques spécifiques ou des facteurs de risque.

Confidentialité (à l'heure des « big data » et des objets connectés)

- Respect de la confidentialité et de la vie privée dans toutes les situations qui impliquent l'utilisation de données nominatives à des fins de surveillance, de recherche ou d'intervention.
- Toute personne a le droit de définir, par elle-même, quels sont les aspects de sa vie privée qu'elle accepte de divulguer en ce

qui concerne, par exemple, son « bagage » héréditaire ou génétique, son état de santé ou une exposition antérieure à des risques pour la santé.

Justice

- Réponse impartiale aux besoins, en matière de santé et de bien-être, des personnes et des groupes qui composent la population.
- Recherche d'un équilibre entre des mesures universelles pour tous et des mesures sélectives pour les personnes et les groupes vulnérables. Favoriser l'universalisme proportionné.
- Cette valeur inclut la notion de non-discrimination, selon laquelle une intervention juste n'exposera pas les groupes cibles à la discrimination, à l'étiquetage social ou à la stigmatisation.

La réduction des risques et des dommages peut se concevoir en amont de la situation génératrice de risques. Les informations diffusées, reçues et comprises tendent à préserver le « capital santé » individuel. Les informations valides doivent être données précocement de manière adaptée et équitable en agissant vis-à-vis de tous et en tous points du territoire avec un programme d'actions adapté.

La réduction des risques et des dommages s'organise aussi autour de la prévention médicalisée, pour mettre en œuvre des programmes d'actions portés par des structures pérennes faisant appel à des professionnels spécialisés. Tel est le cas notamment pour les actions de dépistage (cancer, tuberculose, maladies sexuellement transmissibles, virus de l'immunodéficience humaine (VIH), hépatites) de vaccination, ou prônant la stratégie de l'« aller vers ».

DÉPARTEMENTS	CEGIDD	CLAT	CENTRE VACCINATION	DÉPISTAGE CANCER
18	CH Bourges	CH Bourges	IRSA	IRSA
28	CH Dreux	CH Dreux (01/01/17)	CH Dreux (01/01/17)	ADOC 28
36	CH Châteauroux	IRSA	IRSA	ADOC 36
37	CHRU de Tours	IRSA	CHRU de Tours (01/07/16)	CHRU de Tours
41	CH Blois	CD 41	CH Blois	ADOC 41
45	CHR d'Orléans	CHR d'Orléans	CHR d'Orléans	ADOC 45

➤ Description de la situation actuelle

Les actions de prévention et dépistage reposent en partie sur un maillage de la région par des structures spécialisées.

Il faut noter les évolutions des missions concernant les Comités de coordination régionaux de lutte contre le VIH (COREVIH) autour de la promotion de la santé sexuelle et le recentrage de cette structure aujourd'hui dédiée à la région Centre-Val de Loire (antérieurement couvrant les territoires de Poitou-Charentes et du Centre). Il est prévu d'ici le 1^{er} janvier 2019 la régionalisation des structures de dépistage du cancer organisé du colon et du sein et le déploiement du dépistage organisé du cancer du col utérin.

➤ Description de l'objectif

Compte tenu des enjeux constatés, et au regard des diagnostics territoriaux partagés, il importe de déployer une politique qui favorise :

➤ **auprès de la population générale**, une compréhension des messages de prévention pour adopter les comportements adéquats ou s'engager dans des démarches de dépistage, de vaccination, etc.

➤ **auprès des publics cibles, à risque**, une compréhension des messages relatifs à la réduction des risques (simplicité des informations, langues utilisées, messages portés par les pairs etc.).

Il convient de s'assurer que les informations et les projets soient menés au plus près des personnes ciblées, sur les territoires où elles vivent, en ayant recours à des personnes ou des professionnels formés.

➤ Modalités de mise en œuvre

1. Des leviers au profit de la population générale et des usagers

1-1. Des messages de prévention lisibles et audibles par l'utilisateur,

quel que soit son lieu de vie, en s'appuyant sur des outils et des supports adaptés aux publics visés et élaborés par les professionnels de l'éducation pour la santé, de la prévention et de la promotion de la santé, en ayant recours aux nouvelles technologies de la communication (internet, réseaux sociaux, e-santé) et en tant que de besoin à la médiation sanitaire et à l'interprétariat.

► La promotion de la santé sexuelle

La santé sexuelle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence. Particulièrement soutenue auprès des jeunes, la promotion de la santé sexuelle répond à une approche globale et positive (Stratégie nationale de santé sexuelle) en déployant des projets d'éducation à la santé sexuelle (en et hors milieu scolaire, en milieu universitaire, en insertion, en établissements médico-sociaux), et des actions d'aller vers en faveur des jeunes (Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CEGIDD), Centre de planification et d'éducation familiale (CPEF), en s'appuyant sur des outils de communication adaptés et innovants.

L'accès à l'interruption volontaire de grossesse fait l'objet d'un plan d'actions spécifique, validé en fin d'année 2016. Sa mise en œuvre fera l'objet d'une évaluation à mi-parcours du PRS.

► La promotion de la santé mentale

La santé mentale se définit comme un état de bien être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler et contribuer à la vie de sa communauté. Au delà des programmes d'action fondés sur le développement des compétences psychosociales, la formation des professionnels au repérage précoce des troubles mentaux et du risque suicidaire participe à la prévention (*cf. parcours spécifique Santé mentale*). Une attention particulière sera portée à la refondation de la formation à l'intervention de crise suicidaire. Un binôme labellisé de formateurs nationaux aura pour mission dès 2019 de former des formateurs relais régionaux. Deux types de formations seront proposées : le niveau « sentinelle » pour les personnes intervenant dans des milieux à risque et en capacité de repérer et d'orienter des personnes en souffrance voire en crise suicidaire, et enfin le niveau « d'intervention » faisant appel à des professionnels ayant l'expertise clinique suffisante pour effectuer une évaluation et intervenir pour « désescalader » la crise suicidaire.

► La promotion de l'activité physique comme stratégie de préservation du capital-santé

L'activité physique est un facteur de prévention de certaines maladies chroniques. La sédentarité est reconnue comme un facteur de mortalité et favorise le surpoids et l'obésité. L'activité physique est bénéfique pour la santé en ce qu'elle permet de prévenir ou de contribuer à traiter certaines pathologies. L'activité physique adaptée, peut aujourd'hui être prescrite pour les patients porteurs d'une affection de longue durée pour limiter les risques

d'évolution et de complications. Un site Internet dédié a été mis en place par l'ARS et la Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRDJSCS). Il est opérationnel depuis le début d'année 2018, et permet, tant aux professionnels qu'aux usagers de repérer les activités physiques disponibles en proximité.

Le développement de l'activité physique adaptée a également vocation à être intégré de manière systématique dans les Contrats locaux de santé.

1-2 Inscription de la prévention et du dépistage dans le parcours de santé

► **Pour la population générale** : en veillant à l'accès au dépistage organisé du cancer du sein, du col de l'utérus et du cancer colorectal dans un cadre régionalisé.

► **En matière d'infections sexuellement transmissibles** (dont le Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et d'hépatites :

► en promouvant les dépistages répétés notamment en faveur des populations les plus exposées aux Infections sexuellement transmissibles (IST),

► en favorisant le recours aux autotests (dépistage VIH),

► en faisant progresser la couverture vaccinale (dont hépatite B et Papillomavirus humain (HPV)).

► **En matière de pathologie tuberculeuse**, première maladie à déclaration obligatoire en région : en mobilisant les structures dédiées pour faciliter la vaccination des populations concernées, le dépistage autour des cas et la prévention des tuberculoses multi résistantes. Une attention particulière doit être portée aux personnes migrantes et aux étudiants étrangers.

► **En matière de vaccination** : l'enjeu sera, au-delà de la mise en œuvre de l'obligation vaccinale, de mobiliser l'ensemble des partenaires pour augmenter la couverture vaccinale, en particulier chez les jeunes vis-à-vis du pneumocoque, hépatite B, méningocoque C, Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR) et infections à Papillomavirus humain (HPV), dans l'objectif de prévenir les risques aussi bien individuels que collectifs, liés à la survenue de ces pathologies.

2- Des leviers auprès des publics cibles et/ou à risques : la politique de « l'aller vers »

L'objectif est de développer des stratégies innovantes pour optimiser le dépistage et la prévention en direction des populations vulnérables.

► la stratégie nationale de santé sexuelle souhaite voir l'épidémie du SIDA enrailée d'ici 2030. Différents objectifs ont été fixés avec notamment, d'ici 2020, les objectifs 95-95-95 (faire en sorte que 95% de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut VIH, 95% des personnes connaissant leur séropositivité aient accès au traitement et 95% des personnes

sous traitement aient une charge virale indétectable).

- ▶ En lien avec les Conseils départementaux, la situation des jeunes adultes en sortie du dispositif de l'Aide sociale à l'enfance fera l'objet d'une analyse spécifique.

3- Des leviers au profit des professionnels de la santé et de la prévention

▶ La formation des professionnels de santé

- ▶ Formations initiales et continues dans une approche transdisciplinaire : exemple de la formation des professionnels des médecins généralistes et des professionnels au contact du public (Éducation nationale, champ social notamment), afin d'intervenir précocement vis-à-vis des troubles mentaux et du risque suicidaire et de mettre en place les relais nécessaires.
- ▶ Capitalisation sur les expériences réussies (innover, expérimenter, modéliser).

4- Des leviers au profit des territoires

▶ Modalités d'évaluation

L'objectif défini est évalué à 5 ans avec les indicateurs de résultats suivants :

N°	INTITULÉ INDICATEUR DE RÉSULTATS	VALEUR INITIALE 2016	VALEUR CIBLE INTERMÉDIAIRE	VALEUR CIBLE À 5 ANS
1	Connaissance de la séropositivité chez les personnes vivant avec le VIH : taux de découverte de séropositivité VIH	73 par million d'habitants en 2015		65 par million
2	Évolution du taux de couverture vaccinale HPV entre le début et la fin du schéma pour les jeunes nées en 2001	25,8 %		30 %
3	Évolution du taux de couverture vaccinale contre la méningite pour les 15/19 ans	32,5 %		36 %
4	Taux de mortalité par suicide (Inserm et cepiDC)	20,2/100 000 en 2015		18/100 000

Tout professionnel, quel que soit son mode d'exercice, ambulatoire, en établissement de santé, en établissement ou service médico-social est incité à contribuer à la mise en œuvre de la réduction des risques, par la vaccination, le dépistage, le repérage précoce et l'orientation vers les structures adaptées de soin ou d'accompagnement.

▶ Pour cela plusieurs leviers seront mobilisés :

- ▶ mailler le territoire régional de manière optimale en veillant à la coordination des professionnels et des promoteurs de prévention et d'éducation pour la santé afin de déployer des missions de réduction des risques, via la mise en œuvre de partenariats identifiés, en mutualisant les compétences en vue de mener des programmes d'actions coordonnés et, en portant une attention particulière aux publics vulnérables ;
- ▶ faciliter le partage et l'analyse des pratiques en vue de leur harmonisation ;
- ▶ mettre en place le centre de coordination régionale des dépistages des cancers.

CHAPITRE 5 : PERSONNES VULNÉRABLES – DÉMUNIES

► Contexte et enjeux

L'article R. 1434-11 du Code de la santé publique, modifié par le décret du 26 juillet 2016 relatif au Projet régional de santé, prévoit notamment que le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS), partie constitutive du Projet régional de santé (PRS), détermine « les actions à conduire, les moyens à mobiliser, les résultats attendus, le calendrier de mise en œuvre et les modalités de suivi et d'évaluation ».

Il est précisé dans une instruction du 21 octobre 2016 relative à la territorialisation de la politique de santé que « le PRAPS constitue un véritable cahier des charges pour l'ensemble des actions des professionnels en faveur des personnes démunies dans le champ de la santé ».

Plusieurs enjeux peuvent être identifiés :

- Favoriser un accès facilité à la prévention, à l'éducation pour la santé et au système de santé,
- Améliorer la cohérence entre le parcours de vie et le parcours de santé des personnes les plus éloignées du système de santé en articulant la couverture des besoins sociaux avec les besoins de santé.

Les difficultés d'accès aux soins constituent un facteur d'inégalité de santé et concernent souvent les personnes les plus fragilisées, parfois déjà éloignées du soin du fait de leur condition sociale ou professionnelle. Il est établi que l'état de santé des individus est étroitement lié à leur position sociale (notion de gradient social). La situation des personnes les plus vulnérables correspond à un faible niveau de ressources matérielles, comportementales et psychosociales, ainsi qu'à une surexposition à certains facteurs de risques environnementaux (habitat, travail...). Par exemple, dans le domaine des conduites addictives, les inégalités sociales sont particulièrement marquées.

De ce fait, les personnes les plus éloignées du système de santé, relèvent d'un repérage, d'un accueil, et d'un accompagnement adaptés pour l'accès et le maintien dans la prévention et le soin.

Dans un contexte général d'amélioration de la santé, plus de 5 millions de personnes ne disposent pas de la totalité de leurs droits à la santé en France en 2017 [*chiffres clés de la pauvreté et de l'exclusion sociale, Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale*].

Le rapport précarité, pauvreté et santé publié par l'Académie nationale de médecine le 20 juin 2017 montre que l'accès aux soins et à la prévention de certains sous-groupes de la population est particulièrement difficile : personnes vivant à la rue ou en grande précarité, personnes hébergées à l'hôtel par le SAMU social (115), détenus, gens du voyage, migrants...

Il rappelle la nécessité de mieux coordonner les acteurs à tous les niveaux d'intervention. En effet, les interventions sanitaires et sociales mises en œuvre auprès des personnes en situation de grande vulnérabilité sont complétées par des initiatives concernant pratiquement tous les secteurs : emploi, transports, environnement, agriculture, industries... Cette diversité peut devenir un obstacle à l'efficacité et l'efficience des dispositifs mis en place, devenus parfois illisibles.

Les recommandations issues du rapport confortent la volonté régionale de poursuivre les efforts particuliers pour préserver la santé des populations les plus vulnérables en :

- facilitant l'accès aux mesures déjà existantes,
- adaptant l'offre à la mosaïque des situations qui existent,
- coordonnant de façon efficace l'ensemble des mesures,
- développant de nouveaux moyens facilitant l'accès à la santé,
- renforçant la coopération entre tous les intervenants pour faciliter l'accès aux droits, à l'information, à la prévention et au système de santé garantissant ainsi la continuité du parcours.

La diversité des publics concernés impose l'adaptation des modalités d'accompagnement sur les territoires.

Plusieurs enseignements issus de l'étude sociologique réalisée, en région, en 2016 par l'université de Tours sur le Cher et le Loiret, dans le cadre de l'évaluation du Projet régional de santé première génération méritent d'être soulignés :

- les publics vulnérables sont peu touchés par les actions de prévention dans ces deux départements.
- Les freins au processus partenarial entre institutions (chacune se recentrant sur ses missions) contribuent au creusement des inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé.

Afin d'améliorer les réponses à la souffrance psychique des personnes en situation de précarité, le comité interministériel de lutte contre les exclusions (CILE) a souhaité que soient développées des équipes mobiles spécialisées en psychiatrie. Ces dernières ont été mises en place à la fin de l'année 2005.

Le Gouvernement a par la suite affirmé le caractère prioritaire de la lutte contre la pauvreté et sa volonté de prévenir et corriger les mécanismes de ségrégation sociale comme territoriale. À cet effet une circulaire du 18 juin 2013 est venue donner des précisions concernant l'organisation et le fonctionnement des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS).

Ces deux dispositifs, parmi d'autres, permettent de contribuer à répondre aux besoins des personnes les plus éloignées du système de santé mais il est important d'aller au-delà des dispositifs.

L'enjeu est de mieux identifier, faire connaître et faire évoluer les dispositifs existants dans le domaine de la santé et de l'accompagnement social des personnes les plus éloignées du système de santé (localisation, modalités d'accès, publics visés, missions...).

Les enquêtes réalisées en région Centre-Val de Loire auprès des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) (en 2013) et des Equipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) (en 2015) ont démontré la nécessité d'optimiser le maillage territorial pour répondre aux besoins en :

- privilégiant l'implantation de structures dans les départements non pourvus,
- renforçant la capacité d'intervention des équipes dans les départements où elles sont déjà implantées, afin d'assurer une meilleure couverture géographique.

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°6



MIEUX CONNAÎTRE LES PERSONNES LES PLUS ÉLOIGNÉES DU SYSTÈME DE SANTÉ POUR MIEUX RÉPONDRE À LEURS ATTENTES ET À LEURS BESOINS

› Description de l'objectif

- › Mieux connaître les personnes les plus éloignées du système de santé pour mieux identifier leurs besoins sur chaque territoire de santé :
 - › Typologies des publics (données sociodémographiques et les modalités de vie)
 - › Lieux de vie
- › Favoriser une meilleure connaissance de l'impact de la précarité sur la santé ;
- › Observer l'évolution des besoins des personnes les plus éloignées du système de santé pour adapter l'offre.

› Modalités de mise en œuvre et échéances intermédiaires

Les actions et les échéances intermédiaires sont décrites dans le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS).

› Modalités d'évaluation

L'objectif défini sera évalué à 5 ans avec les indicateurs de résultats suivants :

- › Suivi de la typologie des publics cibles et de leurs lieux de vie sous forme d'un tableau de bord annuel construit à partir des indicateurs disponibles auprès des partenaires impliqués (Observatoire régional de la santé (ORS), Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRDJSCS), Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT)...)
- › Réalisation d'une enquête portée par le Centre régional d'études, d'actions et d'informations (CREAI) identifiant les attentes et besoins des usagers et permettant de proposer une adaptation de l'offre sur chaque territoire de santé.

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°7



ADAPTER LES STRUCTURES, LES DISPOSITIFS ET LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES À L'ÉVOLUTION DES ATTENTES ET DES BESOINS DES PERSONNES LES PLUS ÉLOIGNÉES DU SYSTÈME DE SANTÉ

› Description de l'objectif

Au regard des évolutions de ce public, les structures, dans leurs missions de repérage et d'accompagnement, ont la nécessité d'adapter leurs actions afin d'être réactives et souples pour répondre aux besoins.

› Modalité de mise en œuvre et échéances intermédiaires

Les actions et les échéances intermédiaires sont décrites dans le Programme Régional d'Accès à la Prévention (PRAPS).

› Modalités d'évaluation

L'objectif défini sera évalué à 5 ans avec les indicateurs de résultats suivants :

- › Mise en place et co-pilotage avec la Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRDJSCS) d'un collectif régional précarité regroupant les acteurs du champ social et de la santé chargé d'élaborer des règles de fonctionnement partagées (chartes de bonnes pratiques, protocoles partagés...) pour répondre à l'évolution des attentes et des besoins.

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°8



PRÉVENIR LES SITUATIONS DE RUPTURE DES PERSONNES LES PLUS ÉLOIGNÉES DU SYSTÈME DE SANTÉ

› Description de l'objectif

- › Améliorer et renforcer les partenariats entre les acteurs (travail en réseau à l'exemple des pratiques développées en Eure-et-Loir...).
- › Proposer des réponses adaptées aux personnes et à leurs besoins (souplesse, réactivité).
- › Impliquer l'utilisateur (et son entourage) pour le rendre acteur de sa santé.
- › Développer la médiation en santé, processus temporaire de « l'aller vers » et du « faire avec » et l'interprétariat dans le domaine de la santé.
- › Faciliter le parcours de santé des personnes migrantes.

› Modalité de mise en œuvre et échéances intermédiaires

Les actions et les échéances intermédiaires sont décrites dans le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis.

› Modalités d'évaluation

L'objectif défini sera évalué à 5 ans avec les indicateurs de résultats suivants :

- › Mise en œuvre de la stratégie régionale de médiation en santé et d'interprétariat sur chaque territoire de santé, définie par le comité de pilotage du PRAPS.
- › Inscription des problématiques de santé-précarité dans l'ensemble des démarches territoriales et partenariales de santé.

CHAPITRE 6 : ÉVOLUTION DE L'OFFRE SANITAIRE

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°9

SOUTENIR ET PROMOUVOIR LA STRUCTURATION DES SOINS PRIMAIRES TOUT EN FAVORISANT L'ORGANISATION DES PARCOURS DE SANTÉ

› Contexte et enjeu

Un des objectifs de la Loi de modernisation de notre système de santé est d'organiser l'offre de soins de premier recours sur les territoires en partant des initiatives des professionnels de santé, dans une logique de parcours (prévention, promotion de la santé, soins, accompagnement) afin d'améliorer la continuité, l'accessibilité, la qualité et la sécurité des soins ainsi que l'efficience de la prise en charge médico-psycho-sociale de la population.

Cet objectif passe par un soutien et la promotion des organisations de soins primaires qui participent à un décloisonnement entre les secteurs sanitaire, médico-social et social ainsi qu'à une meilleure coopération ville-hôpital. Ces nouvelles organisations de travail pour les professionnels de santé ont vocation à contribuer à l'efficience du système de santé, à repositionner les professionnels de soins primaires comme porte d'entrée et pivot de ce dernier, et doivent contribuer à une évolution des pratiques professionnelles, gage de meilleures conditions de travail, par une meilleure connaissance des acteurs et des territoires.

Contexte démographique : des territoires sont repérés comme ayant une très faible démographie médicale dans un contexte de vieillissement de la population et de répartition caractérisée sur certains territoires par une faible densité.

Contexte épidémiologique : augmentation du nombre de patients souffrant de maladies chroniques, poly-pathologiques et en perte d'autonomie.

Contexte économique : optimisation des dépenses de santé, nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé, manque de visibilité et de coordination des aides (ingénierie, financements, ressources logistiques et humaines) dédiées au soutien du premier recours (Assurance maladie, Conseil régional, Collectivités territoriales, ARS...)

Contexte sociétal : patient acteur de son parcours de santé, prise en compte du parcours de vie des personnes (environnement du patient), politique de maintien à domicile.

Sur les territoires, il est observé des inégalités sociales et territoriales de santé marquées ainsi que des ruptures dans la prise en charge globale de l'usager nécessitant un meilleur maillage territorial.

› Description de la situation actuelle

La démographie des professionnels de santé de la région est nettement inférieure à celle de la France métropolitaine, notamment pour ce qui concerne les médecins, (76 pour 100 000 habitants contre 91, avec des écarts de l'ordre de 30 points entre deux départements de la région), et des situations variables pour les autres professions, la région bénéficiant d'un bon maillage par les infirmiers.

La part des assurés sociaux de 16 ans et plus sans médecin traitant est de 13 %. Pour les plus de 21 ans, elle est de 11,3 %

La région Centre-Val de Loire s'est depuis longtemps engagée dans des projets d'exercice coordonné, notamment grâce aux maisons de santé pluridisciplinaires. Les Maisons de santé pluridisciplinaires ou pluriprofessionnelles (MSP) et les Centres de santé, correspondant à une équipe de soins primaires, sont au 1^{er} juillet 2017 au nombre de 67 MSP et de 53 centres de santé dont 7 pluriprofessionnelles. L'accord conventionnel relatif aux structures pluriprofessionnelles du 20 avril 2017 remplaçant le règlement arbitral a également permis de promouvoir la démarche d'exercices coordonnés avec un soutien de près de 25 MSP sur les 67, tandis que le contrat de plan État-Région (CPER) 2015-2020 mis à jour en avril 2017 a quant à lui permis d'aider à la construction de 55 MSP.

L'emploi d'un coordonnateur dans les structures d'exercices regroupés permet d'optimiser le temps des professionnels de santé. La mise en place d'une fonction dédiée à la gestion de la structure permet, notamment, la mise en place d'un agenda partagé entre les professionnels de santé et d'identifier des plages horaires structurant l'accueil des soins non programmés. Ce coordonnateur a vocation à être financé par les dotations induites par l'Accord conventionnel interprofessionnel (ACI). Il est un acteur important de la structuration des soins primaires car il peut également être amené à contribuer à la coordination de parcours entre professionnels de santé et acteurs médico-sociaux et sociaux, développer des projets de santé spécifiques...

Des articulations et coordinations existent de manière plus ou moins structurées selon les acteurs et les territoires.

L'amélioration de l'organisation des soins primaires et des liens entre soins primaires et structures de santé et médico-sociales et sociales peut désormais s'appuyer sur les nouveaux leviers prévus

par la Loi de modernisation de notre système de santé : les Equipes de soins primaires (ESP), les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les fonctions d'appui aux professionnels et les Groupements hospitaliers de territoire (GHT), ainsi que les axes relatifs à la circulation d'informations et à l'innovation.

La fédération des Unions régionales des professionnels de santé (URPS) a souhaité promouvoir les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), 2 CPTS ont été créées en 2017.

► Description de l'objectif

L'objectif est d'accompagner les initiatives des professionnels de santé libéraux qui contribuent à structurer l'offre de soins de premier recours en favorisant les parcours de santé à travers trois principaux leviers.

► Le développement des exercices coordonnés de soins primaires pour mobiliser les professionnels autour d'un projet de santé commun

Le fondement de cet exercice coordonné est le projet de santé élaboré par les professionnels eux-mêmes, qui peut mener à une contractualisation avec l'ARS sous le respect de certaines conditions.

Les Equipes de soins primaires (ESP) sont un ensemble de professionnels de santé constitués autour de médecins généralistes de premier recours. Elles peuvent prendre la forme de Maison de santé pluridisciplinaire ou pluriprofessionnelles (MSP), de centres de santé ou de coopérations entre les professionnels de santé (concertations, protocoles, dispositifs d'information sécurisée). L'objectif posé est de créer ou de consolider au moins 50 équipes de soins primaires.

► Les maisons de santé pluridisciplinaires ou pluriprofessionnelles (MSP)

Elles proposent une coordination et une continuité des soins et des actions de prévention permettant d'améliorer la prise en charge de leur patientèle.

Les MSP sont principalement installées dans les zones visées par l'arrêté du Directeur général de l'ARS, en application de l'article R. 1434-41.-I du Code de la Santé publique, mais les modes d'exercice coordonnés peuvent être développés sur l'ensemble des territoires, compte-tenu de leur valeur ajoutée en termes d'organisation des parcours et des prises en charge.

Elles doivent permettre de répondre à trois enjeux majeurs :

- L'accès aux soins des usagers via une approche coordonnée de la prise en charge,
- Des conditions d'exercice rénovées voire innovantes pour les professionnels de santé y adhérents (protocoles de coopération, éducation thérapeutique, Systèmes d'information partagés...),
- Un maillage territorial cohérent.

Les projets de santé des MSP doivent être élaborés par les professionnels de santé eux-mêmes et permettre une organisation médicale pérenne apportant un véritable service rendu à la population

en termes de soins non programmés, de plages horaires diurnes... L'adhésion des MSP à l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) est un levier permettant de favoriser une réponse adaptée aux besoins de la population (amplitudes des horaires d'ouverture par exemple), et de garantir à la structure un appui financier par l'Assurance maladie.

Cette organisation pérenne est favorisée par une taille critique suffisante (de l'ordre d'une dizaine de professionnels, dont 4 généralistes) permettant de concilier la continuité de l'activité et la qualité de vie au travail. Les MSP peuvent être organisées sur plusieurs sites. Il est préconisé, dans la continuité du précédent projet régional de santé et de la politique régionale (cf. *Contrat plan État Région - CPER*), de poursuivre un maillage territorial évitant des projets trop proches les uns des autres et de rechercher une répartition territoriale cohérente (au moins vingt minutes de trajet en voiture en zone urbaine et au moins vingt kilomètres de distance en milieu rural).

Ces différents critères (organisation médicale pérenne, taille critique de la MSP en termes de professionnels, répartition territoriale, viabilité financière) sont à apprécier au cas par cas, au regard de la réalité des patientèles et des critères d'accessibilité et d'intégration des projets dans les territoires, en privilégiant toutefois des projets de taille assez importante pour permettre de répondre aux enjeux d'attractivité et de continuité des soins.

Les professionnels de santé libéraux peuvent s'appuyer sur les représentants des professionnels tels que la fédération régionale des MSP et/ou la fédération des URPS ainsi que sur les collectivités territoriales ou institutions telles que l'ARS, le Conseil régional ou l'assurance maladie pour les accompagner dans leurs projets en termes d'ingénierie ou de financements (CPER, ACI, FIR,...).

► Les Centres de santé (CS)

Ils regroupent des professionnels du premiers recours salariés et ont une obligation de mise en œuvre du tiers payant. Le projet de santé présente les modalités d'organisation de la continuité et de la coordination des soins au regard des problématiques de santé du territoire et le cas échéant de sa participation à la permanence des soins. Les critères indiqués pour les MSP seront recherchés.

Des projets mixtes associant les professionnels de santé libéraux et salariés gagneraient à se développer.

► La construction et le renforcement des coopérations territoriales au bénéfice des parcours de santé

Ces coopérations territoriales s'organisent autour d'un projet territorial commun et peuvent prendre la forme de **communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)**.

Les CPTS sont composées de professionnels de santé regroupés sous forme, le cas échéant, d'une ou plusieurs Equipes de soins primaires (ESP), d'acteurs du premier recours, du second recours (CPTS parcours de soins) ainsi que des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux (CPTS parcours de santé). Ces communautés professionnelles à l'échelle

d'un territoire s'inscrivent dans une approche populationnelle et s'engagent sur des modalités de travail pluri-professionnelles. Elles représentent un élément majeur de la coopération entre les professionnels de santé, notamment pour la prise en charge des soins non programmés, l'organisation des parcours.

Les CPTS recherchent une complémentarité d'action avec les autres acteurs et projets du territoire. Elles devront ainsi s'articuler avec :

- **Les Groupements hospitaliers de territoires (GHT)**, notamment pour le développement du lien ville-hôpital, avec de liens forts avec les hôpitaux de proximité.
- **Les établissements de santé privés.**
- **Les contrats locaux de santé (CLS)** : une mise en cohérence des actions, autant que possible, des CLS / CPTS sera recherchée pour le développement efficace et optimum des actions de santé sur les territoires. Un travail conjoint CLS / CPTS doit être mis en œuvre. Des complémentarités peuvent être également trouvées avec les contrats-villes ou les contrats de ruralité.
- **Les projets territoriaux de santé mentale (PTSM)** qui pourront faire l'objet de contrats locaux de santé mentale.

Cette cohérence d'action devra être réciproque.

L'objectif posé est de constituer une vingtaine de Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) à échéance 2022, afin de mailler l'ensemble de la région.

- **Le soutien des professionnels de santé, isolés ou coordonnés, dans leurs pratiques professionnelles par une offre de services à adapter et à développer en fonction de leurs besoins**

Ces offres de services doivent répondre aux besoins des professionnels de santé, au bénéfice du parcours patient et du principe de sécurité des soins, être cohérentes entre elles, lisibles et accessibles :

- L'appui à la coordination des parcours de santé avec les fonctions d'appui à la coordination des parcours de santé complexes (cf chapitre 14).
- Les portails d'appui aux professionnels développés par les institutions régionales et/ou départementales : le Portail d'accompagnement des professionnels de santé (PAPS) et le portail régional « Instal toi doc », les offres de services de l'Assurance maladie, etc...
- La gradation des soins au sein de chaque territoire de santé, permettant de recourir à bon escient, éclairé par une bonne lisibilité de l'offre, aux bons interlocuteurs et niveaux de prises en charge.
- La mise à disposition de services numériques, notamment des outils de télémédecine, permettant d'accéder aux ressources du système de santé, d'orienter le patient, de partager des informations, d'échanger et de collaborer avec les autres intervenants autour du parcours de santé. Les services numériques d'appui à la coordination tendront à concentrer l'ensemble de ces fonctionnalités (cf chapitre 15).
- L'accompagnement aux changements de pratiques et d'organisa-

tions professionnelles à travers la formation, l'appui à l'ingénierie...

- L'organisation du dispositif de soins palliatifs dans les territoires et en région, au service de la coordination et des professionnels de premier recours, en lien avec les autres filières.

La recherche d'une cohérence et d'une complémentarité entre ces organisations à l'initiative des acteurs sur les territoires contribuera à éviter la concurrence entre les projets allant à l'encontre de l'objectif d'attractivité des professionnels de santé sur notre territoire. De plus, elle permettra un gain de temps et d'efficacité par le partage d'expériences, des diagnostics territoriaux réalisés, d'outils et de compétences.

Ces organisations, ces coopérations et actions doivent prévoir leurs modalités d'évaluation. Elles doivent notamment permettre un meilleur accès aux soins des usagers par un meilleur taux de couverture de la population par un médecin traitant.

➤ Modalités de mise en œuvre

Cette organisation du premier recours s'appuiera sur :

- Une politique nationale forte : plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires, pacte territoire santé 2,
- La mobilisation des financeurs, des organismes représentatifs des professions de santé et des établissements de santé (Fédération des Unions régionales des professionnels de santé (URPS), Fédération des maisons et pôles de santé, Fédération hospitalière de France-FHF, Fédération de l'hospitalisation privée-FHP, Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne-FEHAP...), de l'université, des élus des collectivités territoriales...
- Un engagement contractuel entre les professionnels de santé du premier recours et l'ARS suite à la réalisation d'un diagnostic des besoins, d'un projet de santé répondant aux objectifs du Schéma régional de santé (contrat territorial de santé, conventions, Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)...),
- Des ressources financières : l'Accord conventionnel interprofessionnel (ACI), le Contrat de plan État-Région (CPER), le Fonds d'intervention régional, la convention médicale,
- Des compétences et formations ciblées,
- Des ressources logistiques (prêts de locaux...),
- Des services numériques d'appui à la coordination (SNACs) : Répertoire opérationnel de ressource (ROR), messagerie sécurisée, Dossier médical partagé (DMP), plate-forme de télémédecine, ViaTrajectoire, outils permettant l'interaction entre professionnels en temps réel et en mobilité,
- Des diagnostics territoriaux, outils développés sur les territoires, travaux et réflexions en cours (collectifs de travail...),
- Des innovations et expérimentations.

› Modalités d'évaluation

L'objectif défini est évalué à 5 ans avec les indicateurs de résultats suivants :

N°	INTITULÉ INDICATEUR DE RÉSULTATS	VALEUR INITIALE	VALEUR CIBLE INTERMÉDIAIRE	VALEUR CIBLE À 5 ANS
1	Part de la population pouvant bénéficier d'un exercice coordonné ou d'une coopération territoriale			100 %
2	Part de la population des + de 16 ans sans médecin traitant	13 %		10 %

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°10



ORGANISER LA RÉPONSE AMBULATOIRE ET HOSPITALIÈRE AUX BESOINS DE SOINS NON PROGRAMMÉS

› Contexte et enjeux

La Permanence des soins ambulatoires (PDSA) définie aux articles L. 6314-1 et suivants du Code de la santé publique, les services d'urgences des établissements, Service d'aide médicale urgente (SAMU), Service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) et la permanence des soins en établissements de santé concourent à offrir un accès aux soins non programmés sur la région Centre-Val de Loire.

L'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluri-professionnelles approuvé par l'arrêté du 24 juillet 2017 incite ces structures à s'impliquer dans l'accès à des soins non programmés.

Les soins non programmés comprennent toute demande de soins non prévue. Ils peuvent correspondre à des urgences identifiées par un médecin urgentiste car mettant en jeu le pronostic vital ou fonctionnel à court terme, à des demandes d'usagers d'une prise en charge le jour même, susceptible de résulter d'une situation de défaut d'accès à des soins programmés soit en lien avec un déficit en médecin traitant, soit en lien avec les demandes particulières du patient.

L'enjeu est la bonne prise en charge, au bon endroit, des patients en demande de soins urgents et non programmés, dans un délai approprié, sur chaque territoire de santé, en tenant compte des particularités locales d'organisation et de fonctionnement.

La région Centre-Val de Loire présente la densité médicale la moins élevée de France. Les patients ne pouvant obtenir de rendez-vous chez un médecin généraliste ont souvent recours aux services d'urgences des établissements. Ainsi, une part importante de

l'activité de ces services pourrait être prise en charge par l'offre de médecine de ville (estimation régionale d'environ 700 passages par jour). L'afflux de ce type de patients aux urgences se concentre en journée, pour décliner après 20 heures.

Une réponse adaptée à la prise en charge des soins non programmés sur ces périodes d'ouverture des cabinets de médecine générale réduirait le nombre de passages dans les services d'urgences des établissements.

› Description de la situation actuelle

Points forts

- › La région Centre-Val de Loire dispose d'un nombre de structures d'urgences, SAMU et SMUR permettant d'assurer en tout point du territoire une prise en charge des patients conforme aux orientations nationales (garantir l'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes).
- › La PDSA et la Permanence des soins en établissements de santé (PSES) sont organisées.

Points faibles

- › La région Centre-Val de Loire présente la plus faible densité médicale de la France, ce qui engendre :
 - › des difficultés d'accès au médecin généraliste : de plus en plus de patients ne disposent pas de médecin traitant.

- les établissements de santé peinent à faire fonctionner leurs services : urgences, SMUR.

➤ Il est constaté un désengagement progressif des médecins libéraux de la Permanence des soins ambulatoires (PDSA), malgré l'adaptation du cahier des charges.

➤ La répartition de la charge de travail entre structures d'urgences, et selon la période de la journée, est inégale.

➤ Description de l'objectif

L'objectif est d'organiser une réponse connue, graduée, coordonnée et régulée entre les structures hospitalières et la médecine de ville pour orienter l'utilisateur du système de santé vers le lieu de prise en charge le plus adapté à sa situation.

➤ Modalités de mise en œuvre

1. Communiquer sur la bonne utilisation des ressources de santé.

En direction des usagers et des professionnels de santé.

2. Mettre en place un pool de remplacement régional de médecins urgentistes.

Ce pool de remplaçants assurera, au regard de leurs attributions propres, un renfort de personnel sur l'ensemble des établissements publics de la région préalablement identifiés.

3. Organiser les soins non programmés en fonction des périodes d'activité

En période diurne

➤ Élargir l'offre d'accueil non programmé en médecine de ville pour lutter contre le recours aux services d'urgences pour les soins de faible gravité :

➤ Inciter les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et tout dispositif d'exercice regroupé à inclure dans leur projet de santé un dispositif permettant de répondre aux demandes de soins non programmés avec un secrétariat formé à réguler la demande de soins urgents, y compris vers les spécialistes,

➤ Inciter les structures de santé pluri-professionnelles à organiser l'accès à des soins non programmés en s'appuyant sur les dispositions de l'accord conventionnel interprofessionnel de 2017.

➤ Organiser la réponse des établissements de santé :

➤ Inciter à organiser des avis spécialisés non programmés, en recourant notamment à la télé-médecine,

➤ Inciter à créer dans chaque établissement autorisé à la médecine d'urgence une cellule de gestion centralisée des lits visant à optimiser le temps consacré aux patients par les médecins urgentistes,

➤ Inciter à systématiser la mise en place d'unités de courts séjours saisonniers (adultes et pédiatriques) pour anticiper les pics d'activité hivernale.

➤ Inciter à assurer une articulation entre les services d'urgence, les cellules de gestion des lits et les Hospitalisations à domicile (HAD) afin d'assurer une filière d'aval qui puisse répondre rapidement aux besoins de libération des lits des hôpitaux.

➤ Encourager l'expérimentation et le développement de structures ou organisations public/privé cordonnées au sein des établissements de santé pour désengorger les urgences.

En période de permanence des soins : nuits, week-end, jour fériés :

➤ En secteur libéral :

➤ réorganiser de façon efficiente la PDSA prenant en compte les organisations existantes ayant prouvé leur efficacité, avec l'accord des effecteurs déjà investis sur le territoire;

➤ renforcer la régulation libérale.

➤ En secteur hospitalier

➤ Envisager au cas par cas la révision de la prise en charge des urgences dans les services autorisés, notamment en nuit profonde,

➤ Lancer une réflexion pour mutualiser les SAMU en nuit profonde, dès lors que les systèmes d'information sont communs.

4. Mieux connaître les difficultés par l'analyse de l'activité

➤ Améliorer l'exhaustivité, la qualité et l'analyse des données relatives aux urgences (RPU).

➤ Mettre en place un Observatoire régional des urgences (ORU) dont la création sera soumise dans ses modalités et objectifs à l'avis du Comité technique régional des urgences (CTRU).

➤ Modalités d'évaluation

Cet objectif sera évalué au travers de deux indicateurs :

➤ Diminuer la proportion de personnes se présentant aux urgences et relevant de niveau 1 de la classification clinique parmi l'ensemble des passages aux urgences.

➤ Taux de respect des plages d'ouverture des organisations pluriprofessionnelles bénéficiant de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI)

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°11



OPTIMISER LE PARCOURS DE L'USAGER ET SA BONNE ORIENTATION EN PROMOUVANT LA CONNAISSANCE DE L'OFFRE EN SANTÉ

› Contexte et enjeux

Le service public d'information en santé destiné aux usagers est prévu à l'article 88 de la Loi de modernisation de notre système de santé.

La mise en place d'un Répertoire opérationnel des ressources (ROR) est prévue par l'article D. 6124-25 du Code de la santé publique. Il s'inscrit dans les axes de la Stratégie nationale de santé (SNS).

Ces dispositifs visent un meilleur accès à l'information pour une meilleure prise en charge du patient et un parcours sans rupture. Une bonne connaissance de l'offre de santé disponible sur le territoire facilitera une meilleure coopération et coordination entre acteurs de santé et professionnels. Cela contribuera à améliorer l'accès aux soins, la qualité et la sécurité des soins et la pertinence des prises en charge.

Aujourd'hui, l'information relative à l'offre de santé se caractérise par des difficultés à identifier les interlocuteurs pertinents en matière de prise en charge, un manque de lisibilité des acteurs et dispositifs existants, des difficultés à joindre les interlocuteurs et à assurer une prise en charge dans un délai approprié. De plus, ce défaut de lisibilité de l'offre de soins participe au manque d'attractivité pour les jeunes praticiens.

› Description de la situation actuelle

Points forts

- › La région dispose d'un ROR. Ce répertoire est un recueil de données qui décrit les ressources du système de santé pour des besoins opérationnels adaptés au patient tout au long de son parcours de santé. Il est alimenté de la description d'un large champ couvrant l'offre sanitaire (Médecine dont l'HAD, chirurgie obstétrique - MCO, psy, Soins de suite et de réadaptation - SSR), médico-sociale (personnes âgées et handicapées), de l'offre ambulatoire : médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, ostéopathes, psychomotriciens, diététiciens, orthophonistes, pédicures-podologues libéraux, Maisons de santé pluridisciplinaires ou pluriprofessionnelles (MSP), etc.
- › La plate-forme d'orientation ViaTrajectoire permet l'adressage sécurisé des demandes d'admission en Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), en établissement sanitaire (utilisé en SSR et HAD à ce stade), et en établissement pour personnes handicapées. Le déploiement de ViaTrajectoire pour le SSR est terminé, il est en cours pour les personnes âgées et en projet pour les personnes handicapées. Une version prévue en 2018 ouvre l'utilisation du module sanitaire à d'autres prescripteurs (médecins libéraux...) et à d'autres

effecteurs à domicile (SSIAD, Lits Halte Soins Santé (LHSS), Lits d'Accueil Médicalisés (LAM)), et une intégration du dispositif Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile (PRADO).

Points faibles

- › Un cloisonnement et l'absence de lieux d'échanges intersectoriels structurés entre établissements de santé, offre ambulatoire, établissements médico-sociaux et secteur social sont encore une réalité.
- › Des usagers du Répertoire opérationnel des ressources (ROR) encore trop limités, une ergonomie à optimiser. Les usages de ViaTrajectoire sont encore insuffisants en Soins de suite et réadaptation (SSR).

› Description de l'objectif

- › Aider les professionnels à mieux orienter les usagers du système de santé, éviter les ruptures de prise en charge et garantir leur prise en charge au bon endroit et au bon moment en permettant à tout professionnel de santé un accès à une information fiable et facilement disponible sur les ressources du système de santé existantes en région Centre-Val de Loire.

› Modalités de mise en œuvre

Asseoir le ROR en tant qu'outil des SNACs (services numériques d'appui à la coordination) (cf chapitre 15)

- › Poursuivre le recensement exhaustif et qualitatif des différents types de ressources,
- › Adapter l'ergonomie de cet outil en fonction des besoins exprimés par les différents utilisateurs (Institutions, professionnels de santé...),
- › Veiller à son interfaçage avec les logiciels métiers des différents professionnels, quel que soit leur mode d'exercice,
- › Procéder à une communication renforcée sur l'existence du ROR et ses fonctionnalités, dans le cadre du Groupement régional d'appui au développement de la e-santé (GRADeS) (informer au plus près des territoires, promouvoir via les réseaux sociaux, site Internet, lors de la formation initiale et continue des professionnels de santé...).

Consolider l'utilisation de la plate-forme d'orientation ViaTrajectoire

- › Assurer un suivi régulier des usages qui permette d'identifier les besoins d'accompagnement,

- Organiser un accompagnement des professionnels et structures,
 - Identifier et résoudre les problèmes d'adressage liés à l'outil, aux procédures et à l'interopérabilité avec les systèmes d'information.
 - Déployer la nouvelle version en élargissant les usages aux nouveaux prescripteurs et effecteurs
 - Utiliser les outils statistiques de ViaTrajectoire pour identifier les besoins d'adaptation de l'offre.
- Utiliser tous lieux d'échanges intersectoriels structurés pour assurer une communication adaptée sur les outils ROR et ViaTrajectoire :**
- Communiquer de façon ciblée sur des dispositifs spécifiques (exemples : hospitalisation à domicile (HAD), Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), équipes mobiles, notamment celles de soins palliatifs et de gériatrie...)
 - Développer des outils de communication adaptés aux espaces d'échanges
 - Utiliser la mise en place des fonctions d'appui à la coordination des parcours complexes et le développement de l'intersectorialité en matière d'analyses d'évènements indésirables graves (EIG) et/ou d'évaluation des pratiques professionnelles.

➤ Modalités d'évaluation

L'objectif défini est évalué à 5 ans avec les indicateurs de résultats suivants :

N°	INTITULÉ INDICATEUR DE RÉSULTATS	VALEUR INITIALE	VALEUR CIBLE INTERMÉDIAIRE	VALEUR CIBLE À 5 ANS
1	Diminuer le taux d'hospitalisations potentiellement évitables			Chiffrage de la cible à venir en fonction de la production des travaux nationaux
2	Taux d'établissements MCO utilisant ViaTrajectoire pour l'ensemble de leurs orientations en SSR			100 %
3	Taux d'admissions en EHPAD réalisées avec ViaTrajectoire			100 %

Au-delà de ces indicateurs, il sera également procédé à la mesure de la satisfaction des usagers du Répertoire opérationnel des ressources (ROR), au travers d'une enquête dédiée.

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°12



GARANTIR UNE GRADATION DE L'OFFRE DE SOINS POUR ASSURER UN MAILLAGE ADAPTÉ ET SÉCURISÉ SUR CHAQUE TERRITOIRE

► Contexte et enjeux

La population en région Centre-Val de Loire est vieillissante, les prises en charge plus lourdes (polypathologie, chronicité...) avec une intrication fréquente du problème médical et de la dimension sociale. Selon une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), le nombre total d'hospitalisations de court séjour devrait continuer de croître d'ici à 2030, mais celui des journées d'hospitalisation complètes pourrait baisser.

La population, y compris médicale, se concentre progressivement dans les zones urbaines et la démographie des professions de santé est fragile. On constate que beaucoup d'établissements de santé rencontrent d'importantes difficultés de recrutement médical (gériatres, urgentistes, radiologues, chirurgiens, anesthésistes...), alors que l'organisation existante est fortement consommatrice de ressources médicales (maillage de la permanence des soins).

Par ailleurs, les trajectoires de soins des usagers sont souvent fragmentées ou inadaptées.

Dans ce contexte, la réponse pérenne aux besoins de la population doit s'appuyer sur une offre permettant de concilier proximité, technicité, ressources en professionnels de santé, sécurité, et soutenabilité pour le système de santé.

Les recompositions hospitalières visent à optimiser l'utilisation des moyens techniques et humains (mutualisation des plateaux techniques, lignes de garde) et à renforcer la qualité de l'offre.

Il apparaît également nécessaire de promouvoir la coopération et la coordination entre les différents acteurs sanitaires et médico-sociaux pour préserver les activités et permettre une prise en charge adaptée, fluide et de qualité. Afin de prévenir les ruptures dans le parcours de soins, liées à une répartition inégale des professionnels de santé dans la région, les organisations internes doivent être optimisées et les structures décloisonnées. Les progrès en organisation doivent être une des sources d'efficacité économique des établissements de santé afin d'assurer la pérennité du système de santé.

Plusieurs enjeux et priorités découlent de ce contexte

- Organiser une gradation de l'offre de soin de façon à concilier les exigences de sécurité, de proximité, de technicité et de pérennité du système de santé.
- Faire évoluer les modes de prise en charge pour répondre à la croissance des besoins notamment liés aux pathologies chroniques, aux prises en charge plus lourdes (vieillesse,

polyopathologies, chronicité, accompagnement de la fin de vie...) et aux prises en charge multidisciplinaires impliquant des acteurs différents et impliquant des besoins de coordination.

- Garantir la viabilité des établissements à travers la recherche de la taille critique et la mutualisation des capacités d'hospitalisation favorisant la concentration des compétences et des équipements de haut niveau technique et scientifique.
- Permettre un parcours de soins fluide, adapté et de qualité au plus près du domicile chaque fois que cela est effectivement possible en ayant recours, dans une démarche de décloisonnement de l'offre et de collaboration aux acteurs en place libéraux, Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), Service de soins à domicile (SAAD), Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), Hospitalisation à domicile (HAD) ; optimiser la pertinence des modes de prise en charge, pour que chaque usager reçoive le bon soin, par le bon professionnel au bon moment.

Le présent schéma prévoit la possibilité d'adaptations de la gradation de l'offre de soins, pour répondre à des exigences de sécurité notamment, sans modifications importantes de l'organisation portée par le Schéma régional de l'offre sanitaire (SROS) précédent. En effet, la Stratégie nationale de santé (SNS) prévoit une révision du droit des autorisations et des conditions techniques de fonctionnement : le Schéma régional de santé (SRS) fera donc l'objet d'une révision après la publication des textes concernés.

► Description de la situation actuelle

Points forts

- Une organisation des soins déjà pensée au niveau départemental pour les établissements publics (territoire du Groupement hospitalier de territoire (GHT)),
- La mise en place des GHT favorise la cohérence de la gradation de l'offre publique. La mise en œuvre de leurs projets médicaux partagés devra privilégier cet objectif.
- Un taux d'équipement quasi équivalent à celui de la France métropolitaine : soit un taux d'équipement en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) de 3,12 lits pour 1 000 habitants en région Centre-Val de Loire versus 3,25 en France métropolitaine.
- Au niveau régional, en coordination avec l'ARS, les conventions d'association CHU établissement support de GHT visent à structurer la gradation des soins et les différentes étapes du parcours jusqu'au recours que constitue notamment le CHU.

Points faibles

- ▶ Des établissements ex-hôpitaux locaux et hôpitaux de proximité présentant, pour certains, des capacités fragiles :
 - ▶ Des capacités de médecine variant de 5 à 25 lits avec une moyenne de 13 lits,
 - ▶ Des capacités de Soins de suite et réadaptation (SSR) variant de 14 à 30 lits, dont 7 avec une capacité inférieure à 15 lits.
- ▶ Des établissements en difficulté pour maintenir une offre pérenne et garantissant la qualité et la sécurité des soins dans certaines disciplines.
- ▶ Certains plateaux techniques de la région ont recours massivement à l'intérim médical et certaines activités fonctionnent déjà aujourd'hui de manière discontinue.
- ▶ Les coopérations et complémentarités entre offre publique et privée sont à renforcer.

▶ Description de l'objectif

Structurer l'offre de soins dans une logique de subsidiarité pour une prise en charge graduée et territorialisée permettant de concilier proximité et accessibilité des plateaux techniques d'expertises et de recours

▶ Modalités de mise en œuvre

1. Définir clairement une offre de proximité, de recours et de référence

- ▶ Pour chaque zone, repenser l'offre de soins et développer une stratégie de prises en charges territorialisées et graduées en définissant une offre de proximité, de recours et de référence. Ces trois niveaux de recours se distinguent par la nature de la spécialisation et de l'expertise attendues à chaque échelle territoriale compte-tenu des besoins sanitaires de la population.
- ▶ Parallèlement, adapter l'offre de soins aux évolutions des pratiques médicales et aux évolutions techniques et aux recommandations des sociétés savantes : mutualiser des services d'hospitalisation, rechercher la taille critique visant à garantir les compétences et les équipements techniques ;
- ▶ Envisager les prises en charge dans une démarche de parcours en rapprochant les modes d'exercice notamment ville-hôpital, et en favorisant le maintien à domicile : exploiter la diversité de dispositifs favorisant le maillage de l'offre de soins : Communauté professionnelles territoriales de santé (CPTS), Maisons de santé pluridisciplinaires ou pluriprofessionnelles (MSP), Hospitalisation à domicile (HAD), consultations avancées, télémédecine, activité chirurgicales en ambulatoire, centre périnataux de proximité, conventions public/privé, Infirmiers diplômés d'État (IDE) libéraux, conventions de coopération, PRADO.

La gradation devra donc comprendre :

Dans les bassins de proximité :

Le bassin de proximité peut se définir comme l'aire d'attractivité des établissements de santé aujourd'hui implantés dans la région.

L'offre de proximité devra permettre **a minima** un accès aux soins dans les domaines suivants :

- ▶ **En médecine** : une offre organisée autour de lits et places de médecine polyvalente. Compléter cette offre par des consultations de spécialistes présents dans l'établissement, ou en télémédecine, ou en consultations avancées. Cette offre doit notamment répondre de manière adaptée aux besoins d'hospitalisation des patients âgés, en coordination avec les professionnels du premier recours, pour permettre une approche globale et adaptée à leurs besoins spécifiques.
- ▶ **En chirurgie** : une activité de chirurgie programmée et ambulatoire, en fonction des compétences disponibles et pour des spécialités présentant peu de risques post opératoires. Compléter cette offre par des consultations de spécialistes présents dans l'établissement, en télémédecine ou en consultations avancées.
- ▶ **En obstétrique** : permettre un suivi de la population avant et après l'accouchement, a minima dans le cadre d'un centre périnatal de proximité, voire, en fonction des besoins de la population et des ressources humaines disponibles sur le territoire, une maternité de niveau 1.
- ▶ **En SSR** : accès à des lits et places de SSR polyvalents avec une taille critique garantissant l'efficience.
- ▶ **En imagerie** : une offre de radiologie conventionnelle et de scanner. Si les besoins de la population sont suffisants, notamment s'agissant de la prise en charge des Accidents vasculaires cérébraux (AVC) en phase aiguë, proposer une offre d'Imagerie par résonance magnétique (IRM).
- ▶ Une structure de prise en charge des soins non programmés,
- ▶ Accès à une structure d'HAD,
- ▶ Accès à une unité de dialyse médicalisée ou une unité d'auto-dialyse,
- ▶ Accès à une expertise gériatrique et en soins palliatifs, y compris dans le champ du handicap, soit sur site, soit en télémédecine, soit via des équipes mobiles. Pour que cette gradation de l'offre soit efficace, il convient de renforcer les coopérations et les collaborations entre acteurs :
 - ▶ Coopérer avec les autres filières de soins (oncologie, neurologie, gériatrie, urgences et réanimation...) afin de repérer en amont les situations complexes et construire un parcours de soins adapté,

- ▶ Poursuivre la coopération, clinique et/ou fonctionnelle, entre les équipes mobiles afin d'optimiser le parcours des patients et le projet professionnel des soignants,
 - ▶ Renforcer les liens avec les services de secours et des urgences, SAMU, SMUR, afin de favoriser l'accompagnement des patients et des proches au domicile en permettant le respect de leurs volontés.
 - ▶ Valoriser les recours aux professionnels des disciplines hautement spécialisées présents dans les établissements de recours qui sont sollicités par le biais de la télé médecine ou d'appels téléphoniques. Les outils de messagerie sécurisée et de télé médecine faciliteront les échanges avec les professionnels de proximité.
- ▶ En offre d'accompagnement des personnes en situation de handicap : *cf. chapitre 17.*
 - ▶ En offre de prévention s'appuyant sur les dispositifs existants, qu'ils soient au sein des établissements ou non, permettant :
 - ▶ D'informer pour orienter (le Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGGID), le Centre de lutte antituberculeux (CLAT), le centre de vaccination, etc.)
 - ▶ De dépister précocement (conduites addictives, Infections sexuellement transmissibles-IST, contraception, déploiement du dépistage organisé des trois cancers (cancer du sein, colorectal et du col de l'utérus, etc.)
 - ▶ En offre d'éducation thérapeutique du patient (ETP) : *cf. objectif opérationnel ETP*
 - ▶ En offre d'accompagnement des personnes en situation de vulnérabilité spécifiques :
 - ▶ Permanence d'accès aux soins de santé (PASS), Equipe mobile psychiatrie précarité (EMPP), Lits d'accueil médicalisé (LAM), Lits haltes soins santé (LHSS), Appartement de coordination thérapeutique (ACT) avec des équipes formées.

Dans les établissements de référence

Il s'agit du deuxième niveau de prise en charge des patients sur le territoire. La mission de référence conjugue des compétences médicales, paramédicales et un plateau technique adapté, définit dans les Objectifs quantifiés de l'offre de soin (OQOS) y compris en prévention et en éducation thérapeutique.

Les établissements de référence pour leur territoire sont également établissements de proximité pour leur bassin de population.

Ils ré-adressent les patients qui leurs sont adressés dans le cadre des filières et parcours de soins définis, vers leur établissement d'origine dès que leur état le permet.

Dans les établissements de recours

Ils correspondent à des activités dont le caractère hautement spécialisé et la fréquence justifient la concentration sur un plateau technique spécifique à une échelle régionale voire interrégionale, laquelle permet ainsi d'optimiser la ressource médicale experte mobilisée.

Les établissements de recours sont également établissement de proximité pour leur bassin de population.

Ils ré-adressent les patients qui leurs sont adressés dans le cadre des filières et parcours de soins définis, vers leur établissement d'origine dès que leur état le permet.

La réponse adaptée sera donnée par l'établissement qui a reçu initialement le patient, s'il est en mesure de l'apporter ou par d'autres établissements du territoire dans le cadre de conventions.

Les établissements de recours déploient, au cas par cas, des compétences spécialisées et une expertise aux établissements de proximité par le biais de consultations avancées, de mises à disposition de praticiens spécialisés, ou de créations de postes d'assistants partagés dans le cadre de coopérations diverses comme les fédérations médicales inter-hospitalières, les groupements de coopération sanitaire ou toute autre modalité conventionnelle.

2. Assurer la pérennité de cette gradation de l'offre

À chaque niveau de soins, il sera tenu compte de la capacité pour chaque établissement de santé de maintenir de façon pérenne la qualité des prises en charge, notamment par :

- ▶ La réalisation d'un niveau d'activité suffisant, garant, notamment du maintien des compétences des professionnels (activité réalisée – nombre d'interventions, d'accouchements..., taux d'occupation),
- ▶ La composition des équipes médicales (nombre et âge des praticiens),
- ▶ La pertinence des prises en charge (type de pathologies au regard du bassin de population, pertinence des hospitalisations...),
- ▶ Le maillage du territoire et la possibilité des prises en charge selon d'autres modalités que l'hospitalisation conventionnelle.

3. Définir des protocoles de prise en charge graduée

S'appuyer sur les sociétés savantes, les protocoles territorialisés entre professionnels, les référentiels nationaux de la Haute autorité de santé (HAS), les Projets médicaux partagés (PMP), les réseaux régionaux, les travaux des comités techniques, les conférences hospitalo-universitaires pour faire émerger des protocoles de prise en charge graduée.

› Modalités d'évaluation

L'objectif défini est évalué à 5 ans avec l'indicateur de résultat suivant :

N°	INTITULÉ INDICATEUR DE RÉSULTATS	VALEUR INITIALE 2016	VALEUR CIBLE INTERMÉDIAIRE	VALEUR CIBLE À 5 ANS
1	Taux d'évolution du volume annuel de séjours ayant une durée dépassant la borne haute des durées de séjour en médecine.	1,89 %		Taux <1 %

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°13



ADAPTER L'OFFRE DE SOINS À L'ÉVOLUTION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ET AUX BESOINS DES USAGERS

› Contexte et enjeux

Les pratiques professionnelles évoluent : les anesthésies sont de plus courte durée, les chirurgies sont moins invasives, les programmes de Récupérations rapides après chirurgie (RRAC) se développent, l'éducation thérapeutique du patient pour les maladies chroniques est de plus en plus présente, nous assistons à une sécurisation accrue des prises en charge grâce au développement d'une culture de la qualité et de la sécurité des soins.

Les attentes des usagers évoluent : les usagers souhaitent que leur durée d'hospitalisation ne soit pas prolongée inutilement pour bénéficier d'une prise en charge à domicile la plus précoce possible.

L'hôpital se recentre sur son cœur de métier : il a vocation à privilégier le soin technique et relationnel (et non l'hébergement), en favorisant la prise en charge ambulatoire, ce qui contribue à l'efficacité du système de santé. La maîtrise des durées d'hospitalisations au juste besoin contribue à limiter les risques iatrogéniques (infections, thromboses...).

Il existe un manque de fluidité dans les parcours de soins : certaines durées de séjours dépendent plus de l'organisation des transferts entre les différents modes de prise en charge que des besoins réels de l'utilisateur. La question de la sortie de l'hospitalisation représente un enjeu majeur, nécessitant une plus grande coordination avec les professionnels de santé libéraux et le développement de partenariats entre les établissements de santé dont l'HAD, médico-sociaux, les services à domicile (Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), Services polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD), Services de soins à domicile (SSAD)).

Plusieurs enjeux découlent de ces constats

- › Proposer aux usagers du système de santé le bon mode de prise en charge, au bon moment (pertinence des soins),
- › Diversifier les modalités d'hospitalisation et anticiper l'impact sur la médecine de ville, l'hospitalisation à domicile et les soins de suite et de réadaptation,
- › Développer une plus grande coordination ville/hôpital/médecine-co-social/social via une prise en charge centrée sur l'utilisateur.

› Description de la situation actuelle

Quelques chiffres clés

- › Le taux global régional de chirurgie ambulatoire est de 52,3 % en 2016 et pourrait atteindre 69 % (potentiel de transférabilité).
- › En 2016, 19 patients ont été pris en charge en HAD en moyenne chaque jour pour 100 000 habitants, recours largement inférieur à la valeur cible nationale de 30 patients par jour pour 100 000 habitants.
- › Le taux de prescription d'HAD par la médecine de ville en 2016 est de 25,9 %.
- › En médecine, chirurgie et obstétrique, le volume annuel de séjour dépassant la borne haute de la Durée moyenne de séjour (DMS) est de 1,89 %.

› Description de l'objectif

L'objectif est de promouvoir le juste recours à l'hospitalisation, adapté aux besoins de l'utilisateur du système de santé, par la promotion de la juste durée de séjour et du juste recours à l'hospitalisation complète.

› Modalités de mise en œuvre

Renforcer l'anticipation et la coordination avec le secteur libéral, les acteurs médico-sociaux et sociaux intervenant au domicile du patient et des équipes de proximité (IDE, pharmaciens, médecin généraliste...)

- › Identification des équipes de soins, notamment IDE
- › Consolider la mise en œuvre d'outils tels que la lettre de liaison, la messagerie sécurisée, le DMP, etc.

Favoriser les prises en charge ambulatoires (sans nuitée) pour les patients éligibles

- › Développer les prises en charge en ambulatoire (chirurgie, médecine, SSR, psychiatrie) conformément aux référentiels existants et à venir de la haute autorité de santé et en mobilisant tous les leviers organisationnels disponibles : unité de chirurgie ambulatoire, hospitalisation de jour, hôtels hospitaliers...
- › Promouvoir les alternatives à l'hospitalisation complète : hospitalisations partielles, HAD, consultations externes. Réserver l'hospitalisation complète aux soins aigus et aux bilans justifiés par la nature des actes effectués et/ou par l'état du patient ou sa non éligibilité aux autres modes de prise en charge.
- › Adapter l'offre de soins aux évolutions des pratiques médicales et aux évolutions techniques, ce qui implique l'augmentation du

nombre de places en unité de chirurgie ambulatoire et en hôpital de jour, au dépend des lits d'hospitalisation complète ; mutualiser des services d'hospitalisation lorsqu'il s'agit de rechercher une taille critique nécessaire au maintien de compétences.

- › Exploiter les opportunités offertes par les nouvelles organisations et les outils qui favorisent l'adaptation de l'offre de soins : Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), MSP, HAD, consultations avancées, télémedecine, activités chirurgicales en ambulatoire, centres périnataux de proximité, conventions public/privé.

Adapter la durée de séjour aux besoins et limiter les séjours longs non pertinents

- › Promouvoir les initiatives visant à mieux organiser les parcours et les « épisodes de soins » (par exemple : coordonnateurs de parcours)
- › Développer le recours au dispositif Programme de retour à domicile (PRADO), à l'HAD et aux services à domicile (SSIAD, SPASAD, SSAD)
- › Développer les liens avec le secteur social et de l'aide à domicile
- › Conforter l'usage de dispositifs visant à faciliter la gestion des lits et les transferts entre structures des soins (ViaTrajectoire, plate-formes de commande de transports)
- › Permettre le juste recours au SSR et à ses alternatives ambulatoires.

Limiter les ré-hospitalisations précoces

- › Développer les organisations visant à limiter ce risque, comme les programmes de retour à domicile (PRADO),
- › Analyser à travers les évaluations des pratiques professionnelles les causes de ré-hospitalisations précoces.

› Modalités d'évaluation

L'objectif défini est évalué à 5 ans avec les indicateurs de résultats suivants :

N°	INTITULÉ INDICATEUR DE RÉSULTATS	VALEUR INITIALE 2016	VALEUR CIBLE INTERMÉDIAIRE	VALEUR CIBLE À 5 ANS
1	Augmentation du taux global de chirurgie ambulatoire	52,3%		69%
2	Diminution de 3 points du taux de ré-hospitalisation à 30 jours	11%		8%

CHAPITRE 7 : ÉVOLUTION DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°14



FAVORISER L'INCLUSION TOUT AU LONG DE LA VIE PAR TRANSFORMATION DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE

► Contexte et enjeu

Le secteur médico-social s'inscrit dans un cadre de compétences et de financement partagés entre les conseils départementaux et les agences régionales de santé. Les objectifs du projet régional de santé s'inscrivent dans ce cadre et doivent articuler la politique et les objectifs régionaux avec les schémas départementaux.

Sur la base de valeurs et d'orientations partagées, la mise en œuvre opérationnelle des évolutions nécessite un travail concerté, permettant à l'ensemble des acteurs de se coordonner et d'anticiper collectivement les décisions et leurs impacts.

L'offre médico-sociale doit s'adapter pour respecter le souhait des personnes handicapées et âgées d'être accompagnées pour permettre leur maintien à domicile et dans le milieu de vie ordinaire, et pour faciliter, dans ce cadre, des parcours sans rupture. Elle doit proposer une offre de qualité et adaptée aux besoins.

Les modalités de coopération, l'anticipation et l'évaluation de l'impact des changements, la co-construction des projets de transformation constituent un facteur clé pour réussir collectivement la transformation de l'offre médico-sociale. Elles seront définies dans le cadre des instances régionales (commission de coordination des politiques publiques notamment) et départementales (selon des modalités qui seront définies pour chaque département), afin d'articuler le plus efficacement possible les politiques et les services pilotés par les différentes collectivités et administrations. Ce travail partenarial, fondé sur l'objectif commun d'une société plus inclusive, est une condition de réussite, compte-tenu de l'interdépendance des différentes politiques.

L'offre médico-sociale destinée aux personnes handicapées, complémentaire des réponses de droit commun et porteuse des objectifs d'inclusion, poursuivra son adaptation de manière à répondre aux enjeux de dépistage, diagnostic et accompagnement précoce (cf chapitre 3). L'offre concernant les enfants, adolescents et jeunes adultes privilégiera autant que possible l'insertion en milieu ordinaire et le renforcement des compétences psycho-sociales, ce qui suppose une forte évolution des établissements et des services et dispositifs d'accompagnement en privilégiant les accompagnements de proximité.

Les enjeux de l'inclusion pour les adultes handicapés concernent notamment l'insertion professionnelle (y compris pour les personnes avec handicap intellectuel ou psychique), la diversification des accompagnements à domicile et des offres plus souples et graduées en établissements, la capacité à développer « l'habitat inclusif ».

L'offre d'internat et d'accueil permanent en établissement a vocation à être réservée en priorité à ceux qui présentent les handicaps les plus lourds et pour qui les soins techniques et l'environnement relationnel offerts par les établissements sont nécessaires, à la fois au regard de leurs besoins et de ceux de leurs aidants.

La mise en place de la démarche « réponse accompagnée pour tous » est un enjeu essentiel pour accompagner et sécuriser ces évolutions, en articulant les demandes, les besoins et l'offre.

La transformation de l'offre médico-sociale doit permettre d'accompagner les personnes âgées ou handicapées dans leur choix de vie, en milieu ordinaire et en institution. Elle a vocation à s'inscrire dans une articulation et une coopération entre les structures médico-sociales institutionnelles, et les autres formes de réponses, dont les dispositifs « de droit commun ». L'articulation entre les acteurs du champ médico-social, les groupements hospitaliers de territoire et les communautés professionnelles territoriales de santé est un enjeu sur chaque territoire.

► Description de la situation actuelle

La situation de la région se caractérise par :

► Un taux d'équipement en Etablissement et services médico-sociaux (ESMS)/Personne âgée (PA) et Personne en situation de handicap (PH) légèrement supérieur au taux d'équipement national (données Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) 2016) :

► Secteur PA : 135,4 ‰ (référence nationale 127,6 ‰)

► Secteur PH :

► sur l'enfance = 7,6 ‰ (6,6 ‰),

► sur le secteur adulte = 2,2 ‰ (2,1 ‰),

› La part service/ structures sur la région en 2016 s'établit à :

› Secteur PA : 19,2 % (19,6 %)

› Secteur PH :

› sur l'enfance = 31.07 % (33.1 %),

› sur le secteur adulte = 22.90 % (19.3 %)

La part institutionnelle reste en région importante, (environ 2/3 de l'offre) même si, depuis le Schéma régional de l'organisation de l'offre médico-sociale (SROMS) 2012-2016, on note le développement des services (SSIAD, Service d'éducation spécialisées et de soins à domicile - SESSAD, Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés - SAMSAH) et l'émergence de nouveaux dispositifs, permettant une inclusion : les équipes mobiles de gériatrie, l'expérimentation Personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) en Indre-et-Loire et les Pôles de compétences et de prestations externes (PCPE) depuis 2017.

Le nombre de jeunes adultes relevant de l'amendement CRETON a augmenté de 14 % entre 2012 et 2016 dans la région, passant de 336 à 384 personnes. La répartition du nombre de personnes par département montre une évolution à la hausse dans tous les territoires à l'exception de l'Indre-et-Loire dont le nombre d'adultes handicapés ayant ce statut est resté stable.

› Description de l'objectif

1. Prévenir les ruptures de parcours, l'absence ou l'inadéquation des solutions

› Encourager une meilleure coordination pour développer des accompagnements partagés en co-responsabilité entre plusieurs acteurs (structures sanitaires et professionnels du premier recours, ASE, écoles, établissements sociaux et médico-sociaux...)

› Favoriser l'intervention la plus précoce possible (dépistage et diagnostic) et organiser l'anticipation des périodes charnières pour prévenir les ruptures (cf chapitre 3 et parcours spécifiques autisme-santé mentale PA et PH).

2. Développer les réponses inclusives et faire évoluer les prestations servies pour mieux répondre aux besoins

› Accompagner la réorganisation de l'offre existante afin que chaque acteur contribue à une meilleure adaptation de l'offre territoriale aux besoins, de manière concertée et coordonnée (une attention particulière sera portée à l'effectivité des organisations inclusives et alternatives, adaptées aux besoins des personnes concernées.)

› Compléter et diversifier le « panier de services » disponible sur les territoires en créant (par transformation, renforcement ou ex nihilo) de nouveaux dispositifs allant dans le sens d'une souplesse et d'une modularité accrue.

› Développer l'intervention des ESMS à domicile, en milieu ordinaire et en articulation avec les acteurs du droit commun, et avec les dispositifs de l'Éducation nationale.

› Favoriser un fonctionnement souple des ESMS s'adaptant aux besoins des personnes

› Encourager le fonctionnement des Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) en dispositif

› Adapter les Instituts médico-éducatifs (IME) et plus largement les ESMS aux besoins de proximité et d'accompagnement plus souple (possibilités d'aller-retour, accueil séquentiel, « IME hors les murs »...), en capitalisant sur des exemples probants (cf. *dispositifs d'accompagnement médico-éducatifs en Eure-et-Loir*)

3. Mettre en place une organisation territoriale au service de la fluidité des parcours

› Mettre en place dans chaque département une gouvernance au service de la coopération et de l'évolution de l'offre (ARS - Conseil départemental (CD) - Education nationale (EN) - Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) - Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ou Maison de l'autonomie (MDA), Assurance maladie, association).

› Mettre en place une organisation graduée de l'offre (logique par populations spécifiques : troubles du neuro-développement (TND), polyhandicap...) et identifier les acteurs spécialisés jouant une fonction ressource et ayant un rôle dans l'intégration de l'offre.

4. Améliorer en continu la qualité des accompagnements en favorisant l'adaptation des pratiques

› Encourager l'amélioration continue des pratiques (outillage, recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP), accompagnement au changement, la professionnalisation et la montée en compétence par le recours à la formation continue et la formation initiale.

› Organiser la montée en compétence des personnes et de leurs proches et tenir compte de leur expertise.

› Développer l'outillage en système d'informations (SI) des ESMS (cf. chapitre 15)

› Renforcer l'efficacité des ESMS.

› Modalités de mise en œuvre

Déployer la démarche « réponse accompagnée pour tous » sur l'ensemble des territoires de la région Centre-Val de Loire.

Cette démarche prévoit :

- › Le dispositif permanent d'orientation
- › L'organisation de l'offre territorialisée
- › L'association des acteurs à la dynamique de changement
- › L'accompagnement au changement des pratiques professionnelles
- › La démarche « réponse accompagnée » s'appuiera notamment sur les dispositifs intégrés Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP), l'emploi accompagné, les pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE), l'habitat inclusif, les groupements d'entraide mutuelle (GEM)... et la promotion de dispositifs et financement modulables ainsi qu'un recours préférentiel aux dispositifs de droit commun dès lors que cela est adapté aux besoins. Elle a vocation à mieux utiliser et adapter l'offre en permettant :
 - › Une utilisation subsidiaire de l'offre médico-sociale en complément du droit commun
 - › Le bénéfice des accompagnements les plus intégrés et lourds à ceux qui en ont le plus besoin (polyhandicap, autisme...)
 - › D'introduire plus de souplesse dans les autorisations
- › Une coordination régionale de l'ensemble des dispositifs.

Déployer des plans d'action adaptés aux priorités :

Petite enfance 0-3 ans

- › Sur le champ anténatal, le lien avec la prévention des grossesses à risque (dont l'exposition des femmes à l'alcool est un enjeu de santé prioritaire (cf chapitre 3))
- › L'accompagnement des jeunes enfants, (dépistage/diagnostic précoce/accompagnement/soins) sera renforcé afin de diminuer les délais de diagnostic et de prise en charge. La complémentarité entre les CAMPS, la filière pédopsychiatrique et les acteurs des soins primaires et du premier recours est un des leviers de cette amélioration, ainsi qu'un renforcement des ressources dédiées à cet objectif.

Enfants et jeunes (3-20 ans)

- › Privilégier lorsque cela est possible et correspond aux besoins et aux attentes de l'enfant et de sa famille, l'accueil dans l'école de secteur, articulé avec le développement des compétences psychosociales,

- › Identifier en concertation avec l'Éducation Nationale des besoins de formation des personnels prenant en charge les enfants dans les écoles de secteur.
- › Identifier des ESMS plate-formes de ressources en fonction de l'expertise sur certains handicaps et permettant le maillage sur les territoires de la région,
- › Déployer le dispositif intégré ITEP sur l'ensemble de la région et envisager son élargissement aux IME. Les prérequis sont ceux de l'accompagnement des élèves handicapés, et l'évolution des dispositifs propres à l'Éducation Nationale. La transformation des ESMS (IME – ITEP) en plate-forme de services (via le CPOM notamment), vise, sur la période des 5 ans, à ce que les ESMS prévoient :
 - › des prestations de nature ambulatoire, c'est-à-dire d'accompagnement des enfants dans le cadre de droit commun
 - › de l'accueil temporaire ou permanent, avec des capacités d'internat adaptées aux besoins des jeunes
 - › des possibilités d'offre de répit
 - › des amplitudes d'ouverture concertées au niveau des territoires, prenant en compte l'objectif d'inclusion, tout en permettant sur chaque territoire une réponse aux situations les plus complexes.
- › Poursuivre la réflexion avec les acteurs sur l'équilibre à trouver entre polyvalence des établissements et nécessité de spécialisation de certaines prises en charge, afin de prendre en compte la proximité, indispensable au regard des objectifs d'inclusion. Il conviendra d'envisager, sans dégrader la qualité des accompagnements, davantage de polyvalence de certaines structures et la possibilité d'établissement « pôles ressources » sur un territoire.
- › Poursuivre le rééquilibrage entre places en établissements et services.

Jeunes de plus de 20 ans-adultes

- › Promouvoir les dispositifs modulaires, « plate-formes de service », (Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées, dispositif emploi accompagné, GEM, habitat inclusif...), pour compléter l'offre de services.
 - › L'efficacité des dispositifs mis en place pour les jeunes sous « amendement CRETON » sera facilitée par des accompagnements plus modulaires : accompagnements à domicile, via des missions SAVS voire SAMSAH, ou SESSAD élargi jusqu'aux 25 ans, pour éviter la sortie de l'IME (voire d'ULIS) sans aucun suivi ; insertion professionnelle en milieu protégé et ordinaire.
- › le Dispositif Emploi Accompanyé qui permet de faire bénéficier les personnes en situation de handicap et l'employeur d'un accompagnement personnel et pérenne, complémentaire aux aides classiques fera l'objet d'une évaluation.

► Favoriser l'adaptation et la diversification de l'offre existante :

- Mettre en place avec l'ensemble des acteurs concernés des dispositifs d'autorisation et d'orientation (CDAPH) permettant plus de souplesse et d'adaptation dans les réponses aux besoins.
- Une concertation et un travail spécifique seront à conduire entre les institutions concernées et avec les établissements du secteur adultes sur les possibilités de diversification des réponses dont :
 - l'accueil familial avec soutien des professionnels et services nécessaires
 - l'habitat groupé en milieu ordinaire (habitat partagé ou intégration des locaux d'un établissement sur une partie d'un immeuble collectif
 - l'habitat inclusif
(cf. Circulaire DGCS du 07/05/2017)

Personnes âgées en perte d'autonomie

Les perspectives d'augmentation du nombre de personnes très âgées (85 ans et plus) nécessitent une adaptation de l'offre à la fois en faveur du maintien à domicile et en structures d'hébergement. Ces adaptations sont à la fois quantitatives, organisationnelles, et liées aux articulations et complémentarité entre acteurs, dispositifs, professionnels de santé, du médico-social et du soin.

Les plans d'action et les évolutions de l'offre qui feront l'objet d'une articulation avec les schémas autonomie des Conseils Départementaux, porteront sur :

- La qualité et la sécurisation de la vie à domicile (cf. chapitres 6, 14, 15 et 17, le parcours spécifique personnes âgées)
- L'organisation des SSIAD intégrera, via les autorisations ou les Contrats pluri-annuels d'objectifs et de moyens (CPOM), la possibilité de prendre en charge territorialement les situations urgentes ainsi que la recherche d'organisation efficiente (regroupement des petites structures, mutualisations, pour garantir la continuité des prises en charge et l'optimisation des fonctions supports).
- La coordination et la complémentarité SAAD-SSIAD-HAD, et la promotion des SPASAD seront à développer, en lien avec l'organisation des soins primaires (Equipe de soins primaires (ESP), Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)).

Diversifier et ouvrir sur l'extérieur l'offre institutionnalisée et accompagner les EHPAD dans la réponse aux besoins de résidents très dépendants et poly-pathologiques :

- En concertation avec les Conseils départementaux et en fonction des schémas départementaux autonomie, dynamiser les alternatives à l'hébergement permanent : (accueil de jour, service de garde itinérante de nuit ou de week-end, plate-formes de répit, accueil de jour itinérant, « EHPAD hors les murs »...)

- Disposer de places d'hébergement temporaire d'urgence dans une gestion dynamique de places pour la préparation du retour à domicile et la mise en place du plan d'aide après la sortie de l'hospitalisation
- Expérimenter la mise en place d'infirmières de nuit partagées entre plusieurs Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).
- Mieux organiser et développer l'intervention de l'HAD en EHPAD,
- Sécuriser la prise en charge médicale et la coordination des soins par le recours à la e-santé (utilisation du Dossier médical partagé (DMP), de la messagerie sécurisée, des possibilités de télémédecine...)
- Envisager la conversion partielle de capacités de certains EHPAD en places de SSIAD (SSIAD généralistes ou spécialisés), lorsque cela résulte d'une analyse des besoins et d'un objectif du schéma départemental.

Améliorer l'efficacité des établissements

- Conduire en partenariat entre l'ARS, les Conseils départementaux et les fédérations d'établissements un plan d'action concernant les organisations de travail, et les leviers d'amélioration à la fois de la qualité des prises en charge et de la qualité de vie au travail pour les personnels,
- Intégrer dans les CPOM les plans d'action à la suite des évaluations externes
- Promouvoir et favoriser les coopérations entre les ESMS (toutes formes de coopérations dont les Groupement de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS) sur les fonctions supports (achats, administration, système d'information, gestion des RH, formations), et entre ESMS et établissements de santé (GHT)...
- Développer et renforcer les partenariats avec les équipes mobiles de soins palliatifs (prise en charge, formation...) en articulation avec les autres acteurs potentiels dont les HAD...
- Déployer le dispositif de coopération entre les HAD et les SSIAD dans le cadre du décret du 13 avril 2018.

Quatre grands leviers transversaux seront activés

Une gouvernance territoriale organisée et partagée entre institutionnels : ARS/Conseils départementaux/Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ou Maison départementale de l'autonomie (MDA)/Éducation nationale/organismes de protection sociale permettant de piloter et coordonner la transformation de l'organisation de l'offre médico-sociale et la démarche « réponse accompagnée pour tous ».

La contractualisation et les CPOM accompagneront également la transformation de l'offre. L'ARS, en concertation avec les représentants des établissements et avec les Conseils départementaux (CD) et ses autres partenaires, actualisera en 2018 les documents supports de la politique de contractualisation sur le champ médico-social.

Les systèmes d'information

- Les outils développés par la CNSA : SI-MDPH ou MDA, les nomenclatures SERAFIN PH (besoins/prestations) et les nouvelles nomenclatures des autorisations Personne en situation de handicap (PH) (décret du 9-05-17)
- Les outils numériques : ViaTrajectoire, les systèmes d'information partagés, les Services numériques d'appui à la coordination (SNACS), la messagerie sécurisée...

La formation

- Avec l'appui du CREAI, et en concertation avec l'ensemble des parties prenantes concernées, un dispositif de réponse aux besoins de formation sera proposé.

➤ Échéances intermédiaires

ANNÉE	INTITULÉ ACTION
Octobre 2018	<ul style="list-style-type: none">➤ Avoir défini la gouvernance inter-institutionnelle.➤ Avoir signé les conventions permettant la mise en œuvre de la réponse accompagnée pour tous et les ITEP.➤ Un socle régional entre institutionnels (ARS-Conseil-Départemental-Éducation nationale-MDPH ou MDA) sur la stratégie quinquennale à mettre en place doit servir de toile de fond aux conventionnements territoriaux (Circulaire DGCS du 2-05-17)➤ Actualisation du cadrage régional des CPOM
2019	<ul style="list-style-type: none">➤ Restitution du suivi de l'utilisation du Répertoire opérationnel des ressources (ROR) et ViaTrajectoire➤ Déploiement des dispositifs : les PCPE (pôles de compétences, le DEA (dispositif emploi accompagné), le DITEP (dispositif intégré ITEP voire IME)➤ Étude sur les familles d'accueil,(jeunes/personnes âgées)➤ Suivi de la transformation quinquennale de l'offre médico-sociale
2020	Restitution du suivi de la démarche « Réponse accompagnée pour tous » et des dispositifs (nombre de PAG)
2021	Méthodologie d'évaluation de la démarche
2022	Réalisation de l'évaluation de la réponse accompagnée (zéro sans solution/PAG)

› Modalités d'évaluation

L'objectif défini est évalué à 5 ans avec les indicateurs de résultats suivants :

N°	INTITULÉ INDICATEUR DE RÉSULTATS	VALEUR INITIALE 2016	VALEUR CIBLE INTERMÉDIAIRE	VALEUR CIBLE À 5 ANS
1	Taux d'ITEP fonctionnant en dispositif intégré (indicateur CNSA)	7%		100%
2	Taux d'IME fonctionnant en dispositif intégré	0%		50%
3	Taux de places nouvelles pour enfants accompagnés en établissement spécialisé avec une scolarisation en milieu ordinaire			100%
4	Taux de diminution du nombre (N) d'adultes maintenus dans les ESMS pour enfant au titre de l'amendement Creton	(N=384)		33% (N=125*)
5	Part dans l'offre médico-sociale pour adultes et enfants, des services proposant un accompagnement en milieu ordinaire			50%

*Cible de réduction de 20% par an soit 33% de la valeur initiale.

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°15



AMÉLIORER L'ÉQUITÉ DANS LA RÉPARTITION DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE SUR LES TERRITOIRES, POUR PRIVILÉGIER LA RÉPONSE AUX BESOINS DE PROXIMITÉ

› Contexte et enjeux

La région Centre-val de Loire présente des disparités territoriales en matière d'offre médico-sociale. Malgré les actions nationales et régionales en faveur d'une réduction des disparités territoriales (cf. SROSMS 2012-2016), la situation reste contrastée.

Cette réduction des écarts est rendue complexe en raison :

- › des difficultés de mesure des disparités territoriales, des modalités multiples pour quantifier ces inégalités, dont l'origine est souvent historique,
- › de la difficulté « structurelle » à piloter les redéploiements nécessaires à la réponse aux besoins des personnes quand la dimension « immobilière » est importante, avec un périmètre infrarégional des gestionnaires, et le maintien de recrutements extra-régionaux,

› d'une tension entre zones urbaines (souvent sous-équipées) et zones rurales (parfois suréquipées), ce qui pose la problématique de l'arbitrage entre adaptation aux besoins, choix du lieu de vie des personnes et politique d'aménagement du territoire.

La priorité doit être la recherche de l'adaptation constante de la répartition de l'offre aux besoins et aux droits des personnes âgées et handicapées. Choisir son lieu de résidence/de vie en fonction de son lieu de vie initial et/ou de celui de ses proches en permettant aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap et à leurs proches d'exprimer leurs attentes et besoins fait partie de la politique de réduction des inégalités.

Les éléments diagnostiques ci-après s'appuient sur les données régionales consolidées (Cf. Synthèse des taux d'équipement et coût par habitant PA et PH en 2016). Ainsi, la situation de la région est caractérisée par :

- s'agissant des personnes âgées, des disparités intra régionale modestes, tant en termes de taux d'équipement (de l'ordre du 10%), qu'en termes de coûts/habitants (de l'ordre du 15%) ;
- s'agissant des enfants en situation de handicap, des disparités apparaissent plus nettement : de l'ordre de 50% en taux d'équipement et de 40% en coûts/habitant, entre les départements les mieux dotés et les moins dotés.
- s'agissant des adultes en situation de handicap, les disparités apparaissent encore plus marquées : de l'ordre de 120% en taux d'équipement et de 80% en coût/habitant, entre les départements les mieux dotés et les moins dotés.

Au-delà, des disparités existent également au plan infra-départemental, notamment entre zones rurales et zones urbaines.

Sur certains territoires, les établissements accueillent une part significative de personnes venant d'autres régions.

Ces éléments de diagnostics ont vocation à être enrichis.

➤ Description de la situation actuelle

S'agissant des modes de prise en charge proposés :

Personnes âgées (PA) : La projection de population réalisée par l'INSEE à l'horizon 2040 indique une dynamique de croissance en volume plus forte de personnes âgées de 75 ans dans les départements d'Indre-et-Loire, du Loiret et d'Eure-et-Loir ; la part de la population de cette tranche d'âge sera plus forte dans les départements de l'Indre et du Cher.

Les places d'hébergement temporaire sont en dessous de la moyenne régionale en Indre-et-Loire et dans l'Indre ; l'offre en accueil de jour particulièrement bas en Eure-et-Loir et dans l'Indre. L'offre en SSIAD est relativement plus faible en Eure-et-Loir.

Personnes en situation de handicap (PH) enfants : Globalement il existe peu de places en accueil temporaire et l'internat et le semi-internat restent la modalité d'accueil principale sur l'enfance, même s'il y a eu une augmentation de la part des services (SESSAD) sur 2011-2016.

Personnes en situation de handicap (PH) adultes : l'effort porté sur la création et l'extension de places dans des établissements et des services (maison d'accueil spécialisée (MAS), foyer d'accueil médicalisé (FAM, SAMSAH) n'a pas permis de réduire significativement les écarts intra-régionaux.

➤ Description de l'objectif

Réduire les disparités territoriales pour mieux répondre aux besoins des personnes et pour plus d'équité de l'offre médico-sociale suppose que :

- L'ARS intègre dans l'ensemble des leviers d'actions à sa disposition (autorisations, allocation de ressources, appels à projets, contractualisation), une analyse d'impact sur la réduction des inégalités territoriales,
- Toute transformation de l'offre médico-sociale (cf. *fiche objectif opérationnel n°1*) intègre également cet objectif de réduction des inégalités,
- La réflexion territoriale prenne en compte le lieu de vie initial, la proximité des proches et des familles et l'accès aux équipements en milieu ordinaire.

➤ Modalités de mise en œuvre

Un travail important de concertation est à conduire, d'une part, avec les représentants des gestionnaires des établissements et les représentants des usagers, d'autre part, avec la représentation institutionnelle (ARS / Conseils départementaux / Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) ou Maison départementale de l'autonomie (MDA), Éducation nationale).

Cette concertation s'appuiera également sur la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), la Commission de coordination des politiques publiques médico-sociale (CCPP), ainsi que les instances de travail à l'échelle des territoires (instance de gouvernance territoriale pré-citée cf. *objectif 2 de l'offre médico-sociale ; conseils territoriaux de santé, CDCA*).

Leviers

- Analyse de l'existant et appropriation de critères de répartition de l'offre dans le cadre plus général de la transformation de celle-ci au travers de la démarche « réponse accompagnée pour tous » et des objectifs de politique inclusive.
- Prise en compte de l'objectif dans les décisions relatives à la mise en œuvre des plans nationaux (autorisations, appels à projets, Contrat pluri-annuel d'objectifs et de moyens).
- Engager une réflexion avec le Conseil régional, les Conseils départementaux et les associations sur les réseaux de transport permettant l'accès à la santé, en lien avec la coordination des politiques publiques.

› Échéances intermédiaires

ANNÉE	INTITULÉ ACTIONS
2018	<ul style="list-style-type: none"> › Réaliser des cartographies des services, établissements et dispositifs sur les bassins de vie pour un accompagnement à vocation polyvalente ou spécialisée (aire d'attractivité) des personnes en situation de handicap. › Objectiver les écarts entre territoires en termes d'offre médico-sociale. › Réalisation du Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) version 2.

› Modalités d'évaluation

À défaut d'indicateurs disponibles permettant d'appréhender plus finement l'adéquation des réponses aux besoins de proximité des personnes et des familles, deux indicateurs d'hétérogénéité des taux d'équipements sont retenus à ce stade. Les travaux à venir au cours des prochaines années permettront d'affiner la mesure de l'équité entre territoires.

Les valeurs cibles ont été fixées de la manière suivante :

- › PA : peu d'écarts observés entre les territoires ;
- › PH adultes et PH enfants des écarts importants sont observés. La cible fixée est une réduction de moitié de ces écarts.

N°	INTITULÉ INDICATEUR DE RÉSULTATS	VALEUR INITIALE 2016	VALEUR CIBLE INTERMÉDIAIRE	VALEUR CIBLE À 5 ANS
1	Taux de personnes handicapées du territoire hébergées en Belgique repérées et orientées			100 %
2	Écart de taux d'équipement entre le département le plus et le moins doté	PA : 9 % PH - Adultes : 50 % PH - Enfants : 30 %		PA : 9 % PH - Adultes : 25 % PH - Enfants : 15 %
3	Écart de coût/habitant entre le département le plus et le moins doté	PA : 15 % PH - Adultes : 52 % PH - Enfants : 37 %		PA : 10 % PH - Adultes : 25 % PH - Enfants : 15 %

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°16

▶ ANTICIPER LES RISQUES DE RUPTURE DANS LES PARCOURS DE SANTÉ DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP ET EN PERTE D'AUTONOMIE

▶ Contexte et enjeux

Les enjeux sont les suivants

Inclure toute personne, en situation de handicap et en perte d'autonomie, dans un parcours de prévention global, d'accès aux soins et de soutien aux aidants et ce, dans son environnement, qui permette un accès à la scolarisation, à l'emploi, à la culture, et aux loisirs.

La signature de la Charte Romain Jacob en juin 2016 vise à améliorer l'accès à la santé des personnes en situation de handicap.

Une étude régionale ORS - CREAI conduite en 2017 auprès des Etablissements et services médicosociaux (ESMS) a confirmé des difficultés d'accès à la santé multi factorielles (accès, transports, disponibilité d'une offre adaptée, éloignement des structures...) et assez globales : moindre accès à la prévention, aux dépistages, aux prises en charge de soins primaires (médecins généralistes, soins dentaires, consultations spécialisées) et hospitaliers.

Les enjeux seront

- ▶ de privilégier le recours aux actions de prévention déjà existantes dans le droit commun et d'inscrire les ESMS comme « utilisateurs » de ces actions,
- ▶ d'identifier les déficits de dépistage pour jeunes enfants, adultes, patients fragiles et/ou âgés pour prévenir la perte d'autonomie ou la retarder,
- ▶ d'améliorer le diagnostic pour les adultes,
- ▶ d'intégrer la démarche préventive en ce qui concerne les troubles alimentaires (obésité, dénutrition) et l'activité physique,
- ▶ d'éviter les passages inappropriés aux urgences,
- ▶ d'identifier les besoins de sensibilisation et de formation sur les champs du repérage, du dépistage, et de la prise en charge du handicap et de la perte d'autonomie.

En ce qui concerne la perte d'autonomie des personnes âgées, un objectif spécifique lui est dédié (cf. *parcours spécifique « personnes âgées »*).

▶ Description de la situation actuelle

Points faibles

- ▶ Les personnes handicapées ont moins recours aux soins de médecine générale et aux soins dentaires que la population générale.
- ▶ Dans les Projets médicaux partagés (PMP) des Groupements hospitaliers de territoire (GHT) la coordination avec le champ médico-social est peu présente hormis les filières gériatriques.
- ▶ la difficulté de recrutement de médecin coordonnateur, voire de médecins traitants dans les EHPAD fragilise la sécurisation des soins dans les EHPAD.
- ▶ Il existe des besoins non couverts en équipe mobile de psychiatrie.

Points forts

- ▶ Le repérage des personnes âgées et fragiles à domicile a fait l'objet d'initiatives dans tous les départements avec les acteurs institutionnels (Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT), Conseils départementaux, Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)/Maison départementale de l'autonomie (MDA), ARS) et les professionnels de ville et hospitaliers.
- ▶ Des formations ont été réalisées pour le personnel des EHPAD sur les situations d'urgence.
- ▶ Des équipes mobiles de gériatrie extra hospitalières ont été mises en place sur plusieurs départements.
- ▶ Le développement des équipements de télémédecine dans les EHPAD et plus récemment dans d'autres ESMS est en cours.
- ▶ La structuration des groupements hospitaliers de territoire et des communautés professionnelles territoriales de santé est un levier d'amélioration des parcours.

▶ Description de l'objectif

- ▶ Avoir une approche globale de la personne et ouvrir les ESMS aux actions de prévention et de santé de droit commun.
- ▶ Développer une prise en charge en soins territorialisée et graduée de droit commun en fonction des problématiques rencontrées et à identifier territorialement (soins bucco-dentaires, gynécologie, addictions...).

- Permettre l'accès à la prévention de droit commun et la rendre accessible à la population visée, et soutenir des actions de prévention dédiées si nécessaire.
- Rechercher l'implication de l'usager et des familles dans la mise en œuvre des soins.
- Former au handicap les professionnels de santé (des établissements de soins et de l'offre de premiers recours).
- Encourager, renforcer et développer l'intervention des équipes d'Hospitalisation à domicile (HAD), dans le cadre d'un plan de déploiement régional et de soins palliatifs en structures médico-sociales.
- Favoriser l'intervention d'équipes mobiles de psychiatrie au sein de structures médico-sociales.
- Développer les dépistages des troubles visuels, auditifs, ainsi que la prévention et les soins bucco-dentaires.

➤ Modalités de mise en œuvre

- Promouvoir le développement d'une offre adaptée aux personnes en situations de handicap dans les projets médicaux des Maisons de santé pluridisciplinaires ou pluriprofessionnelles, des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et Groupement hospitaliers de territoire (GHT), dans les contrats locaux de santé (CLS) et dans les conseils locaux de santé mentale (CLSM) et développer des consultations dédiées et adaptées.
- Structurer et développer les dispositifs de formation (professionnels de santé et sociaux) via la conférence des financeurs, le collégium santé...
- Plan d'action régional de développement de l'HAD et des soins palliatifs en ESMS
- Organiser des temps d'IDE de nuit en EHPAD afin de limiter les transferts non justifiés aux urgences
- Plan d'action de développement de la télémédecine pour les personnes âgées et handicapées avec l'appui du Groupement régional d'appui au développement de la e-santé (GRADEs).

➤ Échéances intermédiaires

ANNÉE	INTITULÉ ACTION
2018	Plan d'action HAD en ESMS et infirmier de nuit en EHPAD
2019	Déploiement des dépistages cancers, troubles visuels et auditifs dans les ESMS PH, et en EHPAD et ESMS
2020	Réalisation et diffusion d'informations pour le dépistage de certains cancers

➤ Modalités d'évaluation

L'objectif défini est évalué à 5 ans avec l'indicateur de résultat suivant :

N°	INTITULÉ INDICATEUR DE RÉSULTATS	VALEUR INITIALE 2016	VALEUR CIBLE INTERMÉDIAIRE	VALEUR CIBLE À 5 ANS
1	Part de séjours HAD en provenance d'ESMS (indicateur national)	5% en 2015		10%

Au-delà de l'indicateur indiqué ci-dessus, cet objectif sera également évalué par un suivi :

- du taux de ré-hospitalisation à 30 jours des personnes de plus de 75 ans et plus en médecine et chirurgie pour le même motif et par le suivi du taux de passage aux urgences des résidents d'EHPAD.
- du taux de dépistage des cancers les plus fréquents pour les personnes en situation de handicap selon des modalités à construire avec les organismes en charge du dépistage des cancers. L'ambition étant d'arriver à terme au même taux que dans la population générale.

CHAPITRE 8 : ÉVOLUTION DE L'OFFRE DE BIOLOGIE MÉDICALE

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°17

▶ PÉRENNISER UN MAILLAGE DE LABORATOIRES DE BIOLOGIE MÉDICALE EFFICIENT PERMETTANT L'ACCÈS À UNE OFFRE DE BIOLOGIE

▶ Contexte et enjeux

La réforme de la biologie médicale et notamment l'obligation d'accréditation de l'ensemble des laboratoires de biologie médicale (LBM) prévue par l'ordonnance n°2010-49 du 13 janvier 2010 ratifiée et modifiée par la loi n°2013-442 du 30 mai 2013 s'inscrit dans la politique de garantie de la qualité et de la sécurité des soins rendus aux patients.

Entre 60 % et 70 % des diagnostics se fondent sur les résultats des examens biologiques. Un examen de biologie médicale est un acte médical important du parcours de santé des patients. La priorité est de veiller au maillage territorial.

L'évolution de la réglementation a entraîné depuis la parution de l'ordonnance de biologie médicale en 2010 une restructuration des laboratoires de biologie médicale notamment privés. Avec les impératifs de l'accréditation, une évolution considérable des lieux de pratique de la biologie médicale, qui peuvent être uniquement des sites pré et post-analytiques et/ou des plateaux techniques, a eu lieu. Enfin, la réforme des Groupement hospitaliers de territoire (GHT) devra être prise en compte.

▶ Description de la situation actuelle

Points forts : La région Centre-Val de Loire dispose d'une répartition harmonieuse de sites de Laboratoire de biologie médicale (LBM) publics et privés. Tous ces LBM sont engagés dans la démarche d'accréditation, dont l'échéance finale est fixée en 2020.

Points faibles : Pour certains laboratoires de biologie médicale, des efforts importants sont nécessaires pour être accrédités sous

peine de devoir cesser leur activité. Par ailleurs, l'absence d'offre de biologie publique dans l'Indre nécessite de pérenniser au moins deux offreurs de biologie médicale privée.

Points d'évolution : Les projets communs de biologie médicale au sein des GHT doivent être formalisés et mis en œuvre. Une certaine hétérogénéité existe dans l'avancement des projets.

▶ Description de l'objectif

Garantir une accessibilité géographique aux laboratoires accrédités et la pérennité de l'offre en biologie médicale pour une couverture optimale en région Centre-Val de Loire.

▶ Modalités de mise en œuvre

- ▶ Accompagner l'ensemble des laboratoires de la région Centre-Val de Loire dans la progression de leur accréditation.
- ▶ Dresser une cartographie annuelle des sites de biologie pour vérifier que le maillage territorial de l'offre de biologie est adapté : sites pré et post-analytiques, plateaux techniques, plateaux de bactériologie.
- ▶ Produire un état des lieux de la démographie des biologistes afin d'anticiper les risques de désertification.
- ▶ Faciliter le parcours de soins en dotant les fonctions d'appui aux professionnels de santé d'un recueil de l'offre en examens de biologie médicale à haute technicité nécessitant soit des savoir-faire particuliers, soit des appareillages innovants, soit une expertise pour les interprétations délicates.

> Échéances intermédiaires

ANNÉE	INTITULÉ ACTION
Fin 2020	Étape d'accréditation à un taux de 100 % sur 3 familles d'examens de biologie médicale

> Modalités d'évaluation

L'objectif défini est évalué à 5 ans avec l'indicateur de résultat suivant :

N°	INTITULÉ INDICATEUR DE RÉSULTATS	VALEUR INITIALE 2016	VALEUR CIBLE INTERMÉDIAIRE	VALEUR CIBLE À 5 ANS
1	Taux de couverture du territoire permettant un accès patient à un site de laboratoire de biologie médicale en moins de 30 minutes.			100 %

CHAPITRE 9 : ATTRACTIVITÉ DES TERRITOIRES POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

En ce qui concerne l'offre de santé en région Centre-Val de Loire, la densité des professionnels, et plus particulièrement des médecins, reste la problématique principale : la région enregistre en effet la densité la plus faible de France pour les médecins généralistes et une densité nettement inférieure à la moyenne nationale pour les médecins spécialistes et les autres professionnels de santé. Si les mesures en faveur de l'installation de professionnels de premier recours sont à conforter et amplifier, il est désormais patent que l'offre de second recours (autres spécialités que la médecine générale) est fragile tant en ville qu'à l'hôpital en raison des départs de nombreux praticiens à court ou moyen terme du fait de leur avancée en âge. Les inégalités entre les territoires de santé concernent également ces autres spécialités.

Les établissements hospitaliers ont dans certains territoires les plus grandes difficultés à pourvoir les postes nécessaires à la continuité et la permanence des soins, ce qui – au-delà des problèmes d'accès aux soins de la population – a une incidence sur leur activité et fragilise leur équilibre budgétaire. L'évolution des spécialistes libéraux est également à la baisse.

Cette situation mobilise de nombreux acteurs (ARS, Ordres des professionnels, collectivités territoriales, services de l'État, faculté de médecine, services de l'Assurance maladie, représentants des usagers...) qui y consacrent beaucoup de ressources sans que le résultat ne soit à la hauteur des attentes de la population malgré des évolutions sensibles : 67 maisons de santé pluridisciplinaires installées dont 55 avec un financement Contrat de Plan État-Région (CPER) (29 en 2013), 53 centres de santé dont 7 pluriprofessionnels, 360 médecins généralistes agréés comme maîtres de stage, 64 contrats d'engagement de service public dont 16 ont d'ores et déjà donné lieu à une installation dans la région.

1. Optimiser la coordination des politiques publiques

Beaucoup d'initiatives sont prises sur les différents territoires. Les actions doivent être mieux coordonnées pour atteindre l'objectif partagé d'amélioration de la démographie des professionnels de santé. La coordination initiée de façon diversifiée selon les territoires reste donc à formaliser et à rendre systématique pour améliorer la gouvernance du suivi du plan d'action régional initié par le présent schéma. Il y a lieu notamment de faire connaître et de partager les expériences innovantes et réussies.

À cet effet, le Comité régional de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (CRONDPS) sera l'instance de proposition et de suivi au niveau régional et chaque délégation départementale de l'ARS pilotera un dispositif de coordination départementale.

2. Mieux observer pour mieux décider

L'élaboration et le suivi du plan d'action destiné à améliorer la démographie des professionnels de santé suppose également de rassembler, d'harmoniser et de partager les données nécessaires relatives à la démographie des professionnels de santé, à leur implantation sur le territoire, à leurs modes d'exercice, notamment pluriprofessionnel, et à l'accès aux soins.

L'ARS met trimestriellement à disposition des données actualisées fondées sur le Répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé (RPPS) et concernant les professionnels libéraux. Concernant initialement les professionnels intervenant en premier recours, ces données ont été étendues à certaines spécialités.

Il convient également de tenir compte de la démographie des professionnels de santé exerçant dans les établissements de santé et médico-sociaux en poursuivant les travaux mis en ligne par l'ARS et en s'appropriant collectivement les analyses de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

Des travaux complémentaires sont à conduire pour mieux connaître par territoire les médecins salariés au sein des établissements de santé à partir des leviers d'action que sont les assises hospitalo-universitaires organisées annuellement par le CHU de Tours, la mise en œuvre d'une enquête régionale auprès des établissements publics de santé et l'analyse sur les flux des médecins spécialistes initiée par le Conseil régional de l'ordre des médecins (CROM) et l'Union régionale des professionnels de santé médecins (URPS).

Les conférences hospitalo-universitaires annuelles, menées sous l'égide de l'ARS, de la Fédération hospitalière de France, et du CHU de Tours, ont ainsi conduit à établir, au niveau régional, une gestion prévisionnelle des emplois médicaux au sein des établissements supports de GHT. Ces travaux doivent être encouragés pour les années à venir.

En ce qui concerne les professionnels de santé non médecins, des travaux d'observation sont organisés sous l'égide du Conseil régional par l'ORFE (Observatoire régional de la formation et l'emploi en région Centre-Val de Loire) qui produit des fiches métiers en associant les services de l'ARS. Il conviendra notamment de se doter collectivement d'un outil permettant de mesurer l'impact des évolutions de l'offre sanitaire et médico-sociale sur les besoins en professionnels.

Au-delà des données de démographie médicale il est nécessaire de construire une vision partagée de l'accès aux soins sur chaque territoire (organisation de consultations avancées, modalités d'accès à la télémédecine, organisation des consultations non programmées, réponses aux besoins de médecins traitant...).

Le développement de l'observation devra permettre de disposer par territoire de données fiables, partagées et actualisées, et de mieux mesurer l'incidence des actions mise en œuvre pour atteindre les trois objectifs opérationnels du Schéma régional de santé en matière d'attractivité sur les territoires pour les professionnels de santé.

3. Favoriser le développement d'organisations innovantes

Développer des projets adaptés aux caractéristiques des territoires est un facteur clé de succès. L'enjeu sera de créer un écosystème agile et favorable à l'expérimentation et à l'évaluation de nouvelles organisations, en lien avec le chapitre 10 relatif à l'innovation en santé. Il s'agira notamment de mieux faire connaître les initiatives innovantes, de mettre en lien les porteurs de projets et les potentiels financeurs, d'accompagner les projets les plus à même d'être généralisés.

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°18



AGIR SUR LES MODALITÉS DE FORMATION POUR RENFORCER L'ATTRACTIVITÉ

► Contexte et enjeux

Le nombre de médecins formés en région Centre-Val de Loire, historiquement bas, explique probablement en partie au moins la situation de la démographie médicale. Le lieu de formation, notamment pratique (stages), plus particulièrement au niveau du 3^e cycle, est déterminant pour l'installation.

Sur les 6 922 médecins inscrits à l'ordre dans la région au 1/1/2016, seulement 41% y ont obtenu leur diplôme et 12% ont un diplôme obtenu à l'étranger (8% au niveau national).

À l'inverse, 2 043 médecins formés (soit 41,7%) à Tours sont inscrits dans une autre région, ce qui pose aussi la question du maintien sur le territoire de ceux qui y sont formés.

La région Centre-Val de Loire est, depuis la mise en œuvre de la loi NOTRE, la seule région qui dispose d'une seule faculté de médecine et d'une seule faculté de pharmacie. La création du collegium-santé fédérant l'ensemble des acteurs enseignants des différentes professions de santé est un facteur d'attractivité pour les professionnels de santé comme pour les étudiants. Sa convention constitutive a été signée en juillet 2017. C'est également un atout majeur pour développer des relations interprofessionnelles qui préparent les futurs professionnels de santé à coopérer.

► Description de la situation actuelle

Le numerus clausus de la région est en 2017 de 255 soit 3,19% du numerus clausus national ; les nouveaux postes d'internes retenus pour la région Centre-Val de Loire au 1^{er} novembre 2017 sont de 220 (2,65% des postes nationaux) ; 201 internes (2,5% des internes du niveau national) ont été nommés du fait de 19 postes non choisis suite à l'examen classant national. Sur les 241 étudiants qui ont suivi la première partie de leur cursus dans la région, seulement 62 ont fait le choix d'y poursuivre leur internat.

Par ailleurs, tout au long de l'internat, dans les lieux de stage agréés pour accueillir des internes dans les établissements hospitaliers de la région, des postes sont ouverts dans le respect du taux réglementaire d'inadéquation de 107% mais ne sont pas nécessairement pourvus à chaque semestre. En outre, peu de postes de spécialité sont ouverts dans le secteur libéral.

Les quotas de formation des autres professionnels de santé sont de 1 166 pour les infirmiers, 90 pour les masseurs-kinésithérapeutes, 25 pour les psychomotriciens, 48 pour les orthophonistes (+ 4 en 2017 avec une perspective d'évolution complémentaire de 2), 15 pour les orthoptistes.

Pour ces différentes professions la densité rapportée à la population est inférieure à la moyenne nationale avec des difficultés particulières de recrutement concernant les orthophonistes et les masseurs-kinésithérapeutes notamment en ce qui concerne l'exercice salarié.

► Description de l'objectif

Adapter la formation des professionnels de santé aux besoins du système de santé et les fidéliser en région Centre-Val de Loire en les aidants à construire des projets professionnels attractifs dans les différents territoires.

► Modalités de mise en œuvre

La capacité de formation

- Veiller en coordination avec l'université à l'adéquation entre les effectifs hospitalo-universitaires et le nombre des étudiants et internes à former.
- Conforter le fonctionnement du Collegium-santé notamment en encourageant les enseignements pluri-professionnels, en promouvant la pluridisciplinarité et la pluri-professionnalité.
- Intégrer et tirer parti de la révolution numérique dans la formation.

Le nombre de professionnels à former

- Professions paramédicales : poursuivre l'adaptation des quotas aux besoins en concertation avec le Conseil régional notamment en ce qui concerne les orthophonistes.
- Médecins : faire évoluer le nombre d'internes affectés dans la subdivision de Tours suite à l'examen classant national en le faisant converger avec le numerus clausus de la première année commune aux études en santé (PACES).

L'attractivité pour les professions de santé

- Promouvoir un élargissement des origines sociales et géographiques des étudiants en développant des partenariats avec les collectivités locales et l'Éducation nationale de nature à faciliter l'accès aux études de santé.
- Sensibiliser via le dispositif « Ambition PACES » les lycéens aux métiers de santé en lien avec les services de l'Éducation nationale, et apporter un accompagnement pour favoriser la réussite des postulants plus particulièrement dans les territoires où ce choix est peu développé.

- Suite à la mise en place dès la rentrée 2018 du service sanitaire dans les 89 lycées de la région pour les étudiants de premier cycle issus des diverses formations en santé, permettre aux anciens élèves de ces lycées de témoigner auprès des jeunes de l'intérêt des études de santé.
- Leur faire connaître le dispositif du contrat d'engagement de service public pour pallier les éventuels freins financiers.

La construction des projets professionnels

- Développer les échanges avec les étudiants pour connaître leurs attentes.
- Mettre en place au cours du deuxième cycle des études de médecine, une alternance de stages temps plein et d'enseignements facultaires en élargissant les actuels lieux d'accueil hospitaliers avec un encadrement par 6 chefs de clinique universitaires, qui, répartis dans chacun des 6 départements de la région, feront le lien entre les équipes médicales et la faculté.

- Promouvoir la diversité des terrains de stage aussi bien dans le public que dans le privé en garantissant aux jeunes formés une expérience en ambulatoire. Faire connaître au cours du troisième cycle les différents modes d'exercice en favorisant dans le respect des maquettes encadrant les formations, le développement de la maîtrise de stage en spécialités libérales et dans les hôpitaux périphériques et le développement de stages mixtes ville-hôpital en tenant compte des spécialités prioritaires par territoire. En effet, la réalisation de stages en milieux diversifiés, quelle que soit la spécialité devrait permettre de mieux insérer les internes dans le tissu local et ainsi de faciliter ultérieurement leur implantation.
- Communiquer vis-à-vis des étudiants en santé sur les projets médicaux de territoire (communautés professionnelles territoriales de santé, groupements hospitaliers de territoire...).
- Développer un accompagnement personnalisé des étudiants en prenant appui notamment sur un guichet unique d'information et d'orientation.

➤ Modalités d'évaluation

L'objectif défini est évalué à 5 ans avec les indicateurs de résultats suivants :

N°	INTITULÉ INDICATEUR DE RÉSULTATS	VALEUR INITIALE 2016	VALEUR CIBLE INTERMÉDIAIRE	VALEUR CIBLE À 5 ANS
1	Taux semestriel d'internes réalisant un stage dans les départements du Cher, de l'Indre et d'Eure-et-Loir	17 %	20 %	25 %
2	Taux d'internes réalisant un stage en milieu libéral	12 %	15 %	20 %

Au-delà de ces indicateurs il sera notamment nécessaire de prendre en compte la nouvelle organisation de l'internat en analysant, la répartition par territoire de santé des internes de troisième cycle en phase de consolidation, et le nombre d'internes formés à Tours et s'engageant dans une carrière hospitalière, dans chaque territoire.

Des travaux complémentaires sont à conduire avec ORFE pour définir les modalités d'évaluation pour ce qui concerne les paramédicaux.

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°19



INCITER LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ À S'INSTALLER EN RÉGION CENTRE-VAL DE LOIRE

› Contexte et enjeux

La question de l'installation de nouveaux professionnels de santé et plus particulièrement de médecins se pose tant en ce qui concerne la ville que l'hôpital et cela d'autant plus au regard de l'âge des professionnels en place.

En ce qui concerne les professionnels de santé libéraux sur le territoire, différentes aides individuelles financières visent à favoriser les installations dans les territoires où l'offre de soins est à conforter.

Elles sont liées pour la majeure partie à des zonages conventionnels, déterminés au niveau national. Le décret n°2017-632 du 25 avril 2017 prévoit ainsi de nouvelles modalités de détermination de ces zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins.

Pour les médecins, ces zonages étaient jusqu'à maintenant plus spécifiquement dédiés à favoriser l'installation de généralistes ; le plan national pour renforcer l'accès territorial aux soins présenté le 13 octobre 2017 annonce la définition d'un zonage adapté aux autres spécialités afin de favoriser l'articulation entre soins primaires et spécialistes de recours ainsi qu'avec les autres professionnels de santé.

Pour l'hôpital, deux décrets du 14 mars 2017 créent des dispositifs spécifiques : l'un permet aux praticiens contractuels et aux assistants des hôpitaux de s'engager avec un établissement public de santé, au travers d'une convention d'engagement de carrière hospitalière, à exercer sur un poste dans une spécialité pour laquelle l'offre de soins est ou risque d'être insuffisante dans l'établissement au sein duquel ils exercent ou correspondant à un diplôme d'études spécialisées présentant des difficultés importantes de recrutement dans les établissements publics de santé. L'autre crée au sein des statuts médicaux la prime d'exercice territorial qui permet de moderniser et d'adapter le régime indemnitaire des praticiens pour soutenir notamment les dynamiques d'équipes médicales de territoire.

Ces aides sont importantes pour prioriser les installations dans les territoires les plus en difficulté, pour sécuriser l'installation de nouveaux professionnels ou pour les aider à franchir le cap de l'exercice libéral. Pour autant, ces différents dispositifs ne suffisent pas, le levier financier n'étant pas l'élément le plus déterminant dans l'installation d'un professionnel de santé.

L'incitation financière doit s'inscrire dans un projet plus global d'accompagnement à l'installation, répondant aux besoins individuels et aux attentes des professionnels de santé.

› Description de la situation actuelle

Le nombre de médecins en activité régulière nouvellement inscrits à l'ordre au cours de l'année 2016 (source CNOM-RPPS) est de 18 dans le Cher, 23 dans l'Eure-et-Loir, 10 dans l'Indre, 106 en Indre-et-Loire, 24 en Loir-et-Cher, 33 dans le Loiret. Cette situation déséquilibrée entre l'Indre-et-Loire et les autres départements s'inscrit par ailleurs dans une sous dotation de la région Centre-Val de Loire qui n'enregistre que 2,8 % des inscriptions nationales.

Le Portail d'accompagnement aux professionnels de santé (PAPS) est un service géré par l'ARS pour accompagner les professionnels dans leur projet d'installation et leur exercice. Organisé autour d'un site Internet, d'une messagerie électronique et d'une ligne téléphonique, ce service traite environ 500 demandes chaque année. Les questions les plus fréquentes concernent les études de territoires préalables à l'installation (zonages, analyse des besoins de santé et de l'offre de soins, structures d'exercice regroupé, etc.) et les aides financières existantes.

› Description de l'objectif

Favoriser l'installation de nouveaux professionnels de santé en région Centre-Val de Loire en réponse aux besoins d'accès aux soins.

› Modalités de mise en œuvre

La communication pour renforcer l'attractivité

- › Valoriser la diversité des modes d'exercice.
- › Promouvoir l'exercice en milieu rural et en libéral.
- › Faire connaître les expériences innovantes et les projets de santé portés par les groupements hospitaliers de territoires, les acteurs libéraux et les collectivités territoriales.
- › Pour ce faire, mettre en place un portail d'accompagnement interactif régional unique, et développer les événementiels de rencontres.

L'accompagnement des professionnels

- › Faciliter l'installation par la mise à disposition d'informations adaptées et la simplification administrative.
- › Proposer des accompagnements à l'installation plus individualisés et adaptés aux projets professionnels et personnels (problématique d'aménagement du territoire, avec l'emploi du conjoint, les transports, les équipements scolaires, culturels ou sportifs, etc.).

- Créer un guichet unique d'information et d'orientation pour l'exercice des professionnels de santé accessible par téléphone ou par Internet.

tées par les différents acteurs institutionnels et les faire connaître notamment aux étudiants et internes en fin de cursus de formation.

Les mesures incitatives

- Articuler les aides financières et autres mesures incitatives appor-

- Mettre en place un suivi partagé de l'impact de ces mesures incitatives notamment en ce qui concerne l'installation des bénéficiaires d'un contrat d'engagement de service public.

► Échéances intermédiaires

ANNÉE	INTITULÉ ACTIONS
2018	Mise en œuvre du nouveau portail d'accompagnement interactif régional « Instal Toi Doc », fruit d'un travail partenarial avec l'ensemble des acteurs engagés dans le soutien auprès des médecins libéraux
Octobre 2018 puis chaque année	Organisation d'un événement régional de type « nuit de l'installation » ou « généraliste dating » pour favoriser les rencontres et les échanges entre internes en formation et professionnels en exercice

► Modalités d'évaluation

L'objectif défini est évalué à 5 ans avec l'indicateur de résultat suivant :

N°	INTITULÉ INDICATEUR DE RÉSULTATS	VALEUR CIBLE INITIALE	VALEUR CIBLE INTERMÉDIAIRE	VALEUR CIBLE À 5 ANS
1	Taux de population résidant dans un territoire de vie où chaque habitant a accès à moins de 2,5 consultations réalisées par un médecin généraliste de moins de 65 ans (APL < 2,5).	18,9%		15%

Cette évaluation sera complétée par une analyse des taux d'installation en région des professions de santé (médecins, infirmières, kiné...) formés dans la région et hors région, dont les modalités restent à définir.

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°20



ADAPTER LES CONDITIONS D'EXERCICE DES PROFESSIONNELS À LEURS ATTENTES, POUR RENFORCER L'ATTRACTIVITÉ RÉGIONALE

► Contexte et enjeu

La situation de la démographie des professions de santé et plus particulièrement des médecins est liée pour partie au manque d'attractivité de la région mais également corrélée à une évolu-

tion des attentes des jeunes professionnels qui se constate sur l'ensemble du territoire français : meilleur équilibre vie privée-vie professionnelle, appétence pour l'exercice regroupé et pluri-professionnel, évolution des modes d'exercice en lien avec la e-santé, accès aux plateaux techniques.

Parallèlement, du fait notamment de l'évolution des techniques, l'accès de la population aux soins ne passe pas forcément par l'installation d'un médecin dans chaque zone sous dotée. Il convient en revanche de veiller à l'effectivité de cet accès en trouvant des solutions innovantes adaptées à chaque territoire.

Enfin, le partage de la charge de travail entre professionnels est rendu nécessaire par la situation régionale. Le développement de protocoles de coopérations et de la pratique avancée est à amplifier.

› Description de la situation actuelle

Points forts

En ce qui concerne les prises en charge ambulatoires les exercices regroupés se sont développés via notamment l'installation de maisons de santé et centres de santé.

La fédération des URPS a conduit une réflexion approfondie sur la création de communautés professionnelles territoriales de santé et abouti à l'élaboration d'une cartographie régionale des futures CPTS souhaitables et à quelques mises en œuvre effectives.

En ce qui concerne la prise en charge hospitalière, la mise en place des groupements hospitaliers de territoire offre de nouvelles perspectives en termes de gestion de la ressource médicale.

Le déploiement de la télémédecine et des outils numériques d'échange et de partage a été initié, notamment en ce qui concerne les dotations en matériels et la formation des personnels.

Points faibles

Les actions conduites restent à amplifier et finaliser en ce qui concerne plus particulièrement la e-santé (développement des usages). Par ailleurs, les projets territoriaux de santé, les modalités d'exercice regroupé et d'exercice coordonné se développent inégalement, la contrainte de temps qui pèse sur les professionnels de santé pouvant être un frein aux initiatives des acteurs.

› Description de l'objectif

Faire évoluer les conditions d'exercice des professionnels de santé afin de les rendre attractives pour eux et adaptées aux territoires dans lesquels ils exercent.

› Modalités de mise en œuvre

Certaines mesures se trouvent décrites dans d'autres chapitres du SRS ; elles sont néanmoins citées ci-dessous comme contribuant directement à l'évolution des conditions d'exercice des professionnels de santé. Dans la logique du nouveau plan ministériel destiné à renforcer l'accès aux soins, des solutions innovantes doivent être recherchées avec une attention particulière apportées aux nouvelles dispositions réglementaires qui ouvriront le champ des possibles.

Des projets de territoires attractifs

- › Favoriser la co-construction par les professionnels de santé, les usagers, les institutions et les élus de projets adaptés aux caractéristiques de chaque territoire.
- › Favoriser l'expérimentation de nouvelles organisations susceptibles de s'inscrire dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale 2018.
- › Coordonner les financements entre les différentes institutions (ARS, collectivités territoriales, Assurance maladie).

Une réponse collégiale et partenariale aux besoins des patients

- › Continuer à soutenir le développement des maisons de santé pluri-professionnelles, des centres de santé et de tous les modes d'exercices coordonnés (cf. objectif « soutenir et promouvoir la structuration des soins primaires tout en favorisant l'organisation des parcours de santé »).
- › Développer les protocoles de coopération et les pratiques avancées (cf. objectif n°32).
- › Mieux organiser la prise en charge des soins non programmés pour agir sur les horaires d'ouverture des cabinets et limiter les recours non pertinents aux services des urgences (cf. objectif n°10).
- › Faire converger et mieux organiser les fonctions d'appui pour apporter des réponses adaptées aux attentes des professionnels et libérer du temps médical (cf. objectif n°28).

Le lien ville-hôpital développé pour faciliter l'accès aux soins de recours et diversifier les conditions d'exercice des professionnels

- › Déployer les consultations avancées en privilégiant l'existence effective d'une offre de spécialité sans préjuger de son mode de gestion publique et/ou libérale (cf. objectif n°12).
- › Organiser l'accès aux plateaux techniques (cf. n°12).
- › Développer les usages en matière de e-santé (cf. chapitre n°28) pour faciliter les échanges d'information et la coordination entre professionnels au service des patients, l'accès aux soins nécessaires via la télémédecine.
- › Favoriser dans la limite des possibilités réglementaires la création de postes d'assistants partagés entre une structure hospitalière et une structure ambulatoire en zone sous-dense.
- › Favoriser l'exercice mixte salarié/libéral.

› Modalités d'évaluation

Les modalités d'évaluation sur ce dernier axe seront celles retenues dans chacun des chapitres et objectifs susmentionnés.

CHAPITRE 10 : INNOVATION EN SANTÉ

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°21

METTRE EN ŒUVRE UN ÉCOSYSTÈME RÉGIONAL POUR FAVORISER L'ACCÈS À L'INNOVATION EN SANTÉ

► Contexte et enjeux

La question de l'innovation est au cœur des politiques publiques de santé : ainsi la stratégie nationale de santé précise que l'innovation « doit être favorisée et son accès garanti ». La Loi de modernisation de notre système de santé consacre son chapitre 4 à l'objectif suivant : « développer la recherche et l'innovation en santé au service des usagers ». L'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 prévoit un nouveau dispositif pour encourager le déploiement de nouvelles organisations en santé.

De nombreuses définitions de l'innovation en santé ont été proposées, mais aucune n'a su s'imposer de façon universelle. Pour autant, un certain nombre de points communs se dégagent : la nouveauté, la réponse aux besoins (de la population) et la valeur ajoutée (par rapport à l'existant, ce qui implique une évaluation d'impact). Toutes les étapes comprises entre l'idée nouvelle et la « mise sur le marché » relèvent du champ de l'innovation. Le périmètre classiquement décrit de l'innovation en santé est constitué des innovations organisationnelles et comportementales, diagnostiques et thérapeutiques, technologiques et numériques (le champ du numérique intégrant les données de santé et leur exploitation).

Du fait de leurs spécificités, certaines innovations relèvent plus spécifiquement d'un niveau national, voire supranational : c'est notamment le cas des innovations thérapeutiques (médicaments et dispositifs médicaux).

Les innovations organisationnelles et comportementales, qui peuvent embarquer avec elles l'innovation technologique, sont le plus souvent issues d'expériences territoriales, développées par des acteurs locaux pour répondre à des problématiques de rupture dans le parcours de santé, incluant la prévention et la promotion de la santé. Pour qu'elles puissent bénéficier au plus grand nombre, les initiatives locales les plus pertinentes méritent d'être accompagnées, et notamment détectées, portées à la connaissance du plus grand nombre, mises en relation avec des partenaires et évaluées.

Cet « accompagnement » global nécessite la mise en place d'un écosystème favorable, comme l'évoque le rapport VERAN sur l'évolution des modes de financement des établissements de santé dans son chapitre « Investir dans la recherche interventionnelle et l'innovation organisationnelle » : « Le comité propose la mise en place de plate-formes régionales d'innovation organisationnelle intégrées, chargées d'accompagner les projets de recherche interven-

tionnelle, en appui des priorités de santé publique nationale et de leurs déclinaisons dans les territoires, au plus près des bassins de vie des personnes malades ».

Les recherches sur les soins et l'offre de soins (cf. programmes ministériels de recherche appliquée couvrant les champs de la recherche translationnelle, clinique, médico-économique, organisationnelle et paramédicale) ne relèvent pas en tant que telles d'innovations. Elles se situent en amont. Cependant, elles participent également de la dynamique régionale et interrégionale d'amélioration des prises en charge des patients et de la performance du système de soins et peuvent être un levier d'attractivité. À ce titre, les différents acteurs régionaux portent une volonté de développement des projets de recherche, au niveau régional et inter-régional (dans le cadre d'HUGO notamment).

► Description de la situation actuelle

En l'absence d'organisation spécifique, la diffusion en dehors du territoire de projet initial d'une innovation (organisationnelle) en santé relève le plus souvent, en 2017, du « parcours du combattant » :

- Les porteurs de projets innovants se retrouvent isolés au cours de la plupart des étapes de mise en œuvre, notamment pour l'identification précise des besoins de santé publique non couverts, la recherche de partenaires et/ou de financeurs, l'évaluation de l'impact.
- En l'absence de « guichet unique » d'orientation et d'accompagnement, ils sont amenés à s'adresser à de multiples interlocuteurs, sans lisibilité sur ceux qui sont les plus pertinents à mobiliser, et plus largement sur une véritable politique publique en matière d'innovation en santé. De plus, les porteurs de projets n'ont pas connaissance des attentes respectives des partenaires qu'ils sollicitent (niveau de formalisation et de maturité du projet, modalités pratiques de sollicitation). Une « boîte à outils » apparaît nécessaire.
- De ce fait, un projet potentiellement prometteur peut être détecté tardivement, et insuffisamment soutenu alors qu'il pourrait bénéficier à d'autres territoires ; à l'inverse, plusieurs projets du même type peuvent être développés en parallèle, sans mise en lien.
- Les établissements ou structures de plus grosse taille sont les plus à même de répondre à des appels à projets nationaux ou régionaux, alors que les projets portés par des structures plus petites, agiles et innovantes, pourraient être diffusés plus rapidement.

- La recherche de financements, dans un contexte économique contraint, reste compliquée si le projet ne bénéficie pas à un moment ou à un autre d'une mise en lumière ou d'un label.

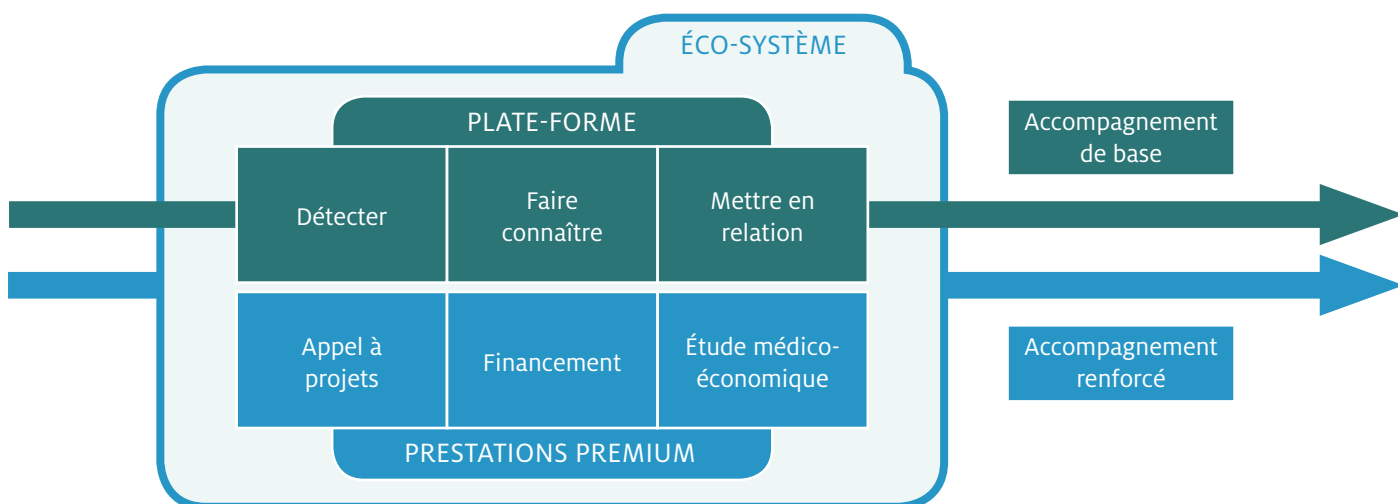
La question de l'évaluation de l'impact est un sujet primordial : les compétences en matière d'évaluation médico-économique sont rares et très spécialisées. Or, déterminer la valeur ajoutée d'un projet innovant est indispensable pour envisager son extension en dehors du territoire de projet, voire sa prise en charge dans le droit commun. Inexistante ou trop tardive, l'évaluation de l'impact doit être développée.

➤ Description de l'objectif

Afin d'être en mesure de détecter, de faire connaître et d'accompagner l'innovation en santé au sein de la région Centre-Val de Loire, il est nécessaire de mettre en place une organisation spécifique, au sein d'un écosystème régional favorable.

Cet écosystème doit permettre l'installation de 2 niveaux de prestations :

- Une plate-forme régionale de l'innovation en santé : guichet unique facilitateur pour les porteurs de projets innovants, cette plate-forme a vocation à assurer des missions de détection, de mise en lumière et d'orientation (mise en lien avec des partenaires et/ou d'autres porteurs de projets).
- Une prestation premium pour les projets identifiés comme étant à fort potentiel de généralisation : identifiés grâce à un appel à projet (sur des thématiques prioritaires du PRS), les projets ont vocation à bénéficier, en plus des services de la plate-forme, d'un financement et d'une évaluation médico-économique.



Dans le cadre d'un accompagnement renforcé, les porteurs de projet bénéficient à la fois des prestations de la plate-forme et des prestations premium.

➤ Modalités de mise en œuvre

Le groupe de travail mis en place pour élaborer cet objectif opérationnel sera mis à contribution pour définir les modalités précises de mise en œuvre ; les grands principes sont les suivants :

1/Mise en œuvre de la plate-forme régionale de l'innovation en santé

Constituée autour d'un animateur et d'un site Internet, la plate-forme devra intégrer :

- Un système de détection des innovations en santé au sein des territoires, qui assurera :

- un rôle de veille et d'animation d'un réseau de repérage,
- une fonction de guichet unique pour l'outillage (boîte à outils) et l'orientation des porteurs de projet.

- Un système permettant d'apporter de la visibilité aux projets innovants (les modalités d'entrée dans la plate-forme devront être définies).
- Un système de mise en relation entre un ou des porteurs(s) de projet(s) et des partenaires en capacité d'apporter leur contribution à toute étape du projet (de l'idée à la mise sur le marché). Il peut s'agir de financeurs, de partenaires industriels disposant de solutions techniques... Ce système s'apparente aux incubateurs ou aux living labs mis en place hors champ spécifique de

la santé, la mise en relation pouvant être réalisée dans le monde virtuel (site Internet) et/ou dans le monde réel (rencontres).

Plus largement, la plate-forme sera un vecteur de communication et proposera :

- Une information complète sur les objectifs, les moyens et les prestations disponibles au sein de l'écosystème.
- Une cartographie des compétences susceptibles d'accompagner les porteurs de projets dans la construction de leur projet et/ou la réponse à des appels à projets.
- Un relai d'information concernant l'ensemble des appels à projets, quelle qu'en soit l'origine, auxquels les porteurs de projets pourraient répondre.

La plate-forme produira chaque année un rapport d'activité.

2/Mise en œuvre d'un accompagnement renforcé

Au sein de l'écosystème, les projets innovants repérés comme étant, au bénéfice des usagers du système de santé, les plus prometteurs pour répondre aux priorités de santé publique du Projet régional de santé pourront bénéficier d'un accompagnement renforcé :

- Dans le cadre d'un appel à projet « innovation en santé », organisé par l'ARS (les modalités et la fréquence étant à définir).
- Comprenant un financement, mobilisé par l'ARS et/ou ses partenaires, en privilégiant une logique de co-financement.

- Intégrant une prestation d'évaluation médico-économique, pour garantir l'évaluation d'impact à tout projet bénéficiant de l'accompagnement renforcé, par une structure régionale spécialisée et missionnée par l'ARS.

L'accompagnement renforcé a également vocation à préparer le déploiement du projet en dehors du territoire initial : communication, retour d'expérience, pérennisation...

À cette étape du déploiement, l'accompagnement de l'évolution des pratiques par la formation est un facteur clé de succès. En prenant appui sur le Collegium santé, les URPS (DPC), les OPCA, etc. il est nécessaire de promouvoir une offre de formation qui accompagne les innovations probantes, plus particulièrement en terme de prévention et promotion de la santé, d'exercice coordonné et pratiques avancées, d'appui à la coordination via la e-santé et la télémédecine, d'innovation et de conduite du changement dans le champs médico-social, de qualité de vie au travail. La formation a vocation à contribuer à l'adaptation des conditions d'exercice des professionnels renforçant ainsi l'attractivité régionale (cf. objectif n°20).

3/Articulation entre la plate-forme et l'accompagnement renforcé

Les projets innovants bénéficiant des prestations de la plate-forme peuvent être orientés, une fois leur niveau de maturité suffisant, vers l'appel à projets. En complément, les projets non retenus à l'issue d'un appel à projets peuvent être orientés vers la plate-forme, pour bénéficier de ses prestations.

› Échéances intermédiaires

L'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018 ouvre le champ des possibles en permettant de proposer des expérimentations dérogeant aux règles de financement et d'organisation. L'année 2018 sera largement consacrée à accompagner les projets de la région éligibles à ce nouveau dispositif. Au cours de la période 2018-2022, les principales échéances prévisionnelles de déploiement sont les suivantes :

ANNÉE	PLATE-FORME RÉGIONALE	ACCOMPAGNEMENT RENFORCÉ
2018	<ul style="list-style-type: none"> › Préparation de la mise en fonctionnement (missions de détection et de mise en lumière) › Élaboration d'un cahier des charges › Validation des critères d'entrée dans la plate-forme › Identification d'un prestataire pour porter la plate-forme 	<ul style="list-style-type: none"> › Identification de partenaires pour l'accompagnement renforcé › Définition d'un cadre méthodologique pour l'évaluation médico-économique (EME) › Identification du prestataire pour l'EME
2019	<ul style="list-style-type: none"> › Mise en service au premier trimestre 2019 (détection, mise en lumière et boîte à outils) › Conception de la prestation de mise en relation (formats, intervenants, contributeurs) 	Lancement du 1 ^{er} appel à projets
2020	Mise en service de la prestation de mise en relation	<i>(Les projets non retenus lors du 1^{er} appel à projets peuvent être orientés vers la plate-forme)</i> Lancement du 2 ^e appel à projets
2021	Amélioration continue du fonctionnement de la plate-forme	<ul style="list-style-type: none"> › Lancement du 3^e appel à projets › Première mesure d'impact des premiers projets soutenus ?
2022	<ul style="list-style-type: none"> › Exploration de l'opportunité de prestations supplémentaires, à titre d'exemple : › Financement participatif (crowdfunding) ? 	<ul style="list-style-type: none"> › Lancement du 4^e appel à projets › Mesure d'impact des projets soutenus

› Modalités d'évaluation

L'objectif défini est évalué à 5 ans avec les indicateurs de résultats suivants :

N°	INTITULÉ INDICATEUR DE RÉSULTATS	VALEUR CIBLE INITIALE 2016	VALEUR CIBLE INTERMÉDIAIRE	VALEUR CIBLE À 5 ANS
1	Indicateur de suivi annuel du déploiement de l'écosystème : taux de déploiement de l'écosystème (en référence aux échéances)			100 %
2	Indicateur d'impact du déploiement de l'écosystème : taux de projets innovants déployés en dehors du territoire initial dans les 2 ans suivant un accompagnement renforcé			50 %

EFFICIENCE

— **AXE** : EFFICIENCE DU SYSTÈME DE SANTÉ —



SOMMAIRE

Chapitre 11 : Pertinence du recours au système de santé > **p.76**

Objectif opérationnel n°22 : Améliorer la pertinence des prescriptions de transports dans le champ des Affections longue durée et des entrées / sorties d'hospitalisation > **p.76**

Objectif opérationnel n°23 : Améliorer la pertinence des actes en réduisant la variation des pratiques dans les territoires ciblés > **p.77**

Objectif opérationnel n°24 : Réduire la iatrogénie médicamenteuse évitable en réduisant le recours à certains médicaments > **p.79**

Chapitre 12 : Qualité et sécurité du système de santé > **p.82**

Objectif opérationnel n°25 : Promouvoir et favoriser la déclaration et le traitement des événements indésirables, en développant la culture positive de l'erreur > **p.82**

Objectif opérationnel n°26 : Assurer l'analyse approfondie des événements indésirables graves associés à des soins sur l'ensemble du territoire régional > **p.84**

Chapitre 13 : Gestion des situations exceptionnelles > **p.86**

Objectif opérationnel n°27 : Définir les modalités d'adaptation continue du système de santé à la survenue d'une situation sanitaire exceptionnelle > **p.86**

CHAPITRE 11 : PERTINENCE DU RECOURS AU SYSTÈME DE SANTÉ

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°22

AMÉLIORER LA PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS DE TRANSPORTS DANS LE CHAMP DES AFFECTIONS LONGUE DURÉE ET DES ENTRÉES/SORTIES D'HOSPITALISATION

► Contexte et enjeux

Les dépenses de transport représentent environ 150 M€ par an en région Centre-Val de Loire, dont 76 % en lien avec une affection longue durée (ALD).

Un taux de recours global inférieur à la moyenne nationale (7,1 % versus 7,24 % pour la France entière en 2015).

Des disparités départementales limitées (maxi = 10,5 % dans l'Indre et mini = 6,1 % dans le Loiret) explicable par la structure en âge et l'organisation des soins.

Des dépenses nationales en décélération mais toujours supérieures au taux d'évolution de l'Objectif national des dépenses d'Assurance maladie (ONDAM) (4,5 % en 2016).

Des dépenses régionales légèrement inférieures à la moyenne nationale (1,9 %) mais avec de fortes disparités départementales.

Un montant moyen par assuré consommant supérieur à la moyenne nationale (821 € versus 784 €* pour la France entière).

Une tendance structurelle à la hausse liée au vieillissement de la population, à la concentration de l'offre de soins sur les grandes métropoles et au virage ambulatoire.

De plus, les conditions d'ouverture de droits à une prise en charge des transports sont complexes et hétérogènes.

La priorité est donc de recentrer le recours aux prescriptions de transports sur les critères médicaux :

1. En terme de pertinence du mode de transport prescrit pour les soins en rapports avec les 3 Affections longue durée (cancer, santé mentale et insuffisance rénale chronique IRC) qui induisent des transports itératifs et représentent 46 % des dépenses en Affections longue durée.
2. En terme de pertinence de la prescription pour les Affections longue durée avec des soins chroniques moins invasifs (diabète, cardio vasculaire) mais des effectifs importants représentent un quart des dépenses en Affections longue durée.
3. En terme de pertinence de la prescription pour les entrées et sorties d'hospitalisations ponctuelles (25 % des dépenses), en particulier dans le cadre d'une prise en charge en chirurgie ambulatoire.

Des disparités importantes sur le recours à l'ambulance entre les départements (maxi = 26 % en Eure-et-Loir et mini = 17 % dans l'Indre). Valeur nationale 18,3 % contre 22 % en région Centre-Val de Loire.

Les établissements de santé sont à l'origine de 65,5 % des prescriptions. 28,8 % des dépenses de transports sont prescrites par le CHRU de Tours et 12,3 % par le CHR d'Orléans, les autres établissements de santé de référence pesant entre 6 et 1 %.

Les hospitalisations ponctuelles (entrées et sorties) sont à l'origine d'un quart des dépenses.

► Description de la situation actuelle

Accompagnement des prescripteurs libéraux et hospitaliers par les équipes de l'Assurance maladie.

Le sujet est rendu délicat par une réglementation complexe qui favorise une confusion entre ouverture administrative des droits et critères médicaux ; des pratiques organisationnelles des acteurs (transporteurs et prescripteurs) dont l'évolution perturbe toute la chaîne de soins ; des usages et besoins des assurés qui ne relèvent pas toujours d'une prescription médicale (confort ou précarité).

L'approche doit donc nécessairement englober tous les acteurs et cibler les segments de soins à fort enjeux.

► Description de l'objectif

Compte tenu du caractère atypique de la région en matière de recours à l'ambulance (près de 4 points de plus qu'au plan national et une variabilité de 17 % à 26 % selon les départements), l'objectif prioritaire porte sur le taux de transports réalisés en ambulance.

L'objectif est d'améliorer la pertinence des prescriptions de transports dans le champ des Affections longue durée et des entrées et sorties d'hospitalisation.

Pour cela, les actions porteront sur les prescriptions de transports établies en établissement de santé et en ville sur les 3 segments suivants :

- la prise en charge des patients avec des soins itératifs (cancer, santé mentale, Insuffisance rénale chronique),
- la prise en charge des patients avec soins peu invasifs (diabète, cardio vasculaire),

► la gestion des entrées et sorties d'hospitalisation, en particulier dans le cadre d'une prise en charge en ambulatoire.

► Modalités de mise en œuvre

Analyse des profils de prescription afin de cibler des territoires et/ou des offreurs présentant des atypies en termes de recours aux transports et de mode de transport prescrit :

- profils de territoire pour les Affections longue durée,
- profils établissements pour les séjours hospitaliers.

Pour les Affections longue durée : ciblage de territoires sur la base d'atypies :

- du recours à l'ambulance sur les trois Affections longue durée ciblées,
- du taux de recours aux transports pour les autres Affections longue durée.

Pour les sorties d'hospitalisation : ciblage des établissements selon deux critères :

- atypie significative sur au moins un des deux critères suivants :
 - taux recours aux transports pour les séjours,
 - poids de l'ambulance dans les transports pour les séjours.
- volume de prescription significatif

Pour les territoires et offreurs ciblés : restitution de données comparatives, accompagnement des prescripteurs, déploiement d'outils d'amélioration des pratiques (plate-forme de commandes centralisées de transports...), contractualisation (contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES))...

Actions de communication ciblées, notamment en direction des patients consommateurs de transports, mais également des professionnels non prescripteurs et des mutuelles.

► Modalités d'évaluation

L'objectif défini est évalué à 5 ans avec l'indicateur de résultat suivant :

N°	INTITULÉ INDICATEUR DE RÉSULTATS	VALEUR CIBLE INITIALE 2016	VALEUR CIBLE INTERMÉDIAIRE	VALEUR CIBLE À 5 ANS
1	Écart entre les taux de transports réalisés en ambulance aux niveaux départemental et national			Ecart inférieur ou égal à zéro dans les départements ciblés

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°23



AMÉLIORER LA PERTINENCE DES ACTES EN RÉDUISANT LA VARIATION DES PRATIQUES DANS LES TERRITOIRES CIBLÉS

► Contexte et enjeux

La pertinence des soins a connu une institutionnalisation croissante ces dernières années. Conformément au décret n°2015-1510 du 19 novembre 2015 relatif à la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé, une instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins a été mise en place. Elle associe étroitement les professionnels de santé, les représentants des

usagers et les fédérations hospitalières à la définition du plan pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins arrêté par l'Agence régionale de santé.

La pertinence des actes présente un double enjeu : la qualité de la prise en charge et la maîtrise des dépenses de santé. Au-delà de l'acte lui-même, la qualité de vie du patient peut être impactée (prise en charge tout au long de la vie...).

Si la priorité est donnée aux sur-recours pour lesquels les enjeux apparaissent spontanément, une attention particulière sera également apportée aux sous-recours qui peuvent, dans certains cas, constituer une perte de chance pour les patients et des coûts ultérieurs pour la collectivité.

Si la région Centre-Val de Loire présente peu d'atypies significatives au plan régional, en revanche, l'analyse plus fine à un niveau départemental fait apparaître des territoires en très forte atypie, tant en sur-recours qu'en sous-recours.

L'analyse du recours aux 33 gestes ciblés nationalement (*cf. actes présentant le plus de variations de recours au plan national*) permet d'identifier les gestes pour lesquels au moins un département est en atypie significative en apportant une gradation pour différencier les sur ou sous-recours se situant dans les 10 % des départements français aux valeurs de recours les plus « extrêmes », des départements se situant dans les 25 % les plus atypiques.

› Description de la situation actuelle

Le premier Plan d'action pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS) a été arrêté à l'été 2016. Il a permis d'impulser une dynamique régionale qu'il convient aujourd'hui d'élargir et d'amplifier. Ainsi l'année 2017 verra la conduite des premiers dialogues de pertinence au second semestre (cholécystectomie, thyroïdectomie et chirurgie bariatrique). Ces temps d'échanges permettront de conduire une analyse partagée de l'atypie de recours constatée et d'en identifier les causes possibles à travers l'étude du parcours péri-opératoire. Dans le même esprit, des courriers de pertinence ont été adressés aux établissements présentant des indicateurs de conformité aux recommandations de la Haute Autorité de Santé atypiques afin d'engager une évaluation des pratiques professionnelles.

› Modalités d'évaluation

L'objectif défini est évalué à 5 ans avec les indicateurs de résultats suivants :

N°	INTITULÉ INDICATEURS DE RÉSULTATS	VALEUR CIBLE INITIALE 2016	VALEUR CIBLE INTERMÉDIAIRE	VALEUR CIBLE À 5 ANS
1	Sur-recours : écart entre le taux de recours des départements ciblés et le taux de recours national	Définir les territoires concernés en lien avec le PAPRAPS		Écart inférieur ou égal à zéro
2	Sous-recours : taux de sous-recours analysés			100 %

› Description de l'objectif

Améliorer la pertinence des actes en réduisant les variations de recours dans les territoires en atypie significative :

- › sur-recours : réduction du sur-recours dans les territoires ciblés,
- › sous-recours : identification des sous-recours présentant un risque de perte de chance pour les patients et engagement d'actions d'amélioration.

› Modalités de mise en œuvre

Sur les gestes et dans les territoires ciblés, les leviers suivant seront mobilisés de manière graduée et complémentaire :

- › les dialogues et courriers de pertinence,
- › les contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins, dans leur volet pertinence,
- › les mises sous accord préalable (MSAP),
- › la communication auprès des professionnels et des patients.

› Échéances intermédiaires

La priorité sera donnée aux territoires et aux gestes les plus atypiques, c'est-à-dire figurant dans les déciles extrêmes (10 % des territoires les plus atypiques).

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°24



RÉDUIRE LA IATROGÉNIE MÉDICAMENTEUSE ÉVITABLE EN RÉDUISANT LE RECOURS À CERTAINS MÉDICAMENTS

► Contexte et enjeux

L'article R.4127-8 du Code de la santé publique prévoit expressément que « dans les limites fixées par la loi et compte tenu des données acquises de la science, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles. »

En France, la iatrogénie médicamenteuse est responsable d'environ 7 500 décès par an et de 3,4 % des hospitalisations chez les patients de 65 ans et plus. Elle peut être due à des effets indésirables évitables (médicaments inadaptés, ou contre-indiqués, ou qui auraient pu être retirés de l'ordonnance), mais aussi à des effets indésirables non évitables (imprévisibles malgré une bonne démarche thérapeutique). De plus, la iatrogénie et le défaut d'observance médicamenteuse représentent un des 4 principaux facteurs d'hospitalisation dite « évitable », qu'il s'agisse de sujets âgés vivants à domicile ou en EHPAD.

La juste prescription des produits de santé présente un enjeu majeur en matière de iatrogénie médicamenteuse évitable. Chez la personne âgée la polymédication rend particulièrement critique la pertinence des prescriptions de produits de santé pour le maintien de l'autonomie (cf. parcours spécifique « personnes âgées »). De plus, la région présente une population vieillissante plus importante qu'au plan national. Ainsi, la conformité aux recommandations que ce soit en termes de doses, de durée de traitement ou d'indications est un enjeu essentiel pour la sécurité des soins et la qualité des prises en charges.

L'examen du recours à certains médicaments permet d'identifier des produits présentant une atypie sur au moins un département de la région. Cela permet de cibler des produits de santé présentant un enjeu important de pertinence des prescriptions. L'analyse des consommations permet ainsi d'identifier les inhibiteurs de la pompe à proton (IPP) comme premier sujet d'investigation.

En 2015, la région Centre-Val de Loire figure parmi les dix premières régions fortement consommatrices d'IPP (cf. source *Erasmus national v1*). Le taux de recours standardisé s'élève à 13,6 % au plan national, alors que 15 % des patients de la région Centre-Val de Loire, en moyenne, sont traités par IPP, ce pourcentage étant beaucoup plus élevé dans certains départements.

PÉRIODE CUMULÉE DE JANVIER À DÉCEMBRE 2015

DÉPARTEMENTS	MONTANT PRESCRIT	MONTANT MOYEN PRESCRIT PAR PATIENT TRAITÉ NON STANDARDISÉ	MONTANT MOYEN PRESCRIT PAR PATIENT TRAITÉ STANDARDISÉ	% DE PATIENTS SOUS IPP NON STANDARDISÉ	% DE PATIENTS SOUS IPP STANDARDISÉ
Cher	2 637 892 €	42,8 €	39,6 €	16,1%	14,7%
Eure-et-Loir	3 220 496 €	37,2 €	36,9 €	16,1%	16,1%
Indre	2 433 693 €	47,1 €	44,0 €	19,5%	17,6%
Indre-et-Loire	4 265 596 €	35,4 €	34,9 €	13,7%	13,5%
Loir-et-Cher	2 381 850 €	36,8 €	34,9 €	16,4%	15,4%
Loiret	4 779 818	36,8 €	36,0 €	14,9%	14,8%
Total région	19 719 346 €	38,3 €	37,0 €	15,4 %	14,9 %

En 2016, d'après les données de dépenses globales, annuelles, liées à l'ensemble des prescripteurs, la classe des IPP représente en valeur 25 126 274 € dans la région Centre-Val de Loire soit 2,83 % des dépenses régionales versus 2,6 % des dépenses de la France, soit un écart de 8 % par rapport à la moyenne nationale.

Le coût moyen pour 1 000 habitants en 2016, est de 9 753 € en région Centre-Val de Loire, 8 % de plus que la moyenne nationale 9 031 €, avec de grandes variabilités entre départements.

Coût moyen pour 1 000 habitants							
Cher (18)	Eure-et-Loir (28)	Indre (36)	Indre-et-Loire (37)	Loir-et-Cher (41)	Loiret (45)	Centre-Val de Loire	France
10 983	9 616	13 245	8 883	9 280	9 105	9 753	9 031

› Description de la situation actuelle

Ces prescriptions sont portées par la ville dans 92 % des cas, mais ces médicaments sont aussi disponibles en automédication.

De nombreuses publications font état de prescriptions non conformes aux recommandations dans 25 % à 70 % des études, le plus souvent en termes de doses et d'indication (dans 44 % des cas) ou de durée de traitement (12 % des cas).

Il est donc raisonnable de limiter la prescription des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) aux indications reconnues avec une durée de traitement la plus courte possible.

› Description de l'objectif

Réduire la iatrogénie médicamenteuse évitable en réduisant le recours à certains médicaments, à commencer par une baisse de la consommation d'IPP d'au moins de 10 % dans les 5 prochaines années, prioritairement dans les territoires en sur-recours, pour, a minima, revenir à la moyenne nationale.

L'écart à la moyenne nationale est actuellement de 8 %. Sur la base de la littérature scientifique⁹, il est estimé que jusqu'à 40 % des prescriptions sont inappropriées. Une baisse d'au moins 10 % paraît donc atteignable.

› Modalité de mise en œuvre

La réduction de la consommation d'IPP s'appuiera sur :

- › l'évaluation de la pertinence du renouvellement de cette prescription pour tous les patients traités depuis plus de 6 mois,
- › la déprescription des IPP au long cours chez les patients concernés.

Les outils et vecteurs de diffusion de l'Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMEDIT) et de l'Assurance maladie seront mobilisés à destination des professionnels de santé et des patients :

- › fiches pratiques présentant les recommandations de bonnes pratiques,
- › évaluation des pratiques professionnelles (EPP),
- › formation,
- › commissions paritaires conventionnelles (régionales et départementales) : enrichir l'analyse des consommations par des échanges sur les bonnes pratiques et les recommandations,
- › accompagnement individuel (échanges confraternels, visites des délégués de l'Assurance maladie).

⁹ Revue médicale suisse, 9 septembre 2015, European journal of clinical pharmacologie thérapie 2016, Journal of Gastroentérologie and hepatology 2017

Un plan d'action régional de réduction des renouvellements de prescriptions des IPP pour 5 ans sera défini. Il associera les patients et professionnels de santé, en ville (notamment via les groupes qualité et les campagnes de l'Assurance maladie), dans le secteur médico-social ou au décours d'une hospitalisation.

Les modalités d'actions utilisées pour les IPP seront déployées pour de nouveaux produits au cours des cinq années de mise en œuvre du Projet régional de santé.

➤ Échéances intermédiaires

ANNÉE	INTITULÉ ACTION
Fin 2018	Finalisation du plan d'action

➤ Modalités d'évaluation

Sur la base du suivi des consommations annuelles (cf. *MedicAM*), l'indicateur suivant permettra d'apprécier l'atteinte de l'objectif :

N°	INTITULÉ INDICATEUR DE RÉSULTATS	VALEUR CIBLE INITIALE 2016	VALEUR CIBLE INTERMÉDIAIRE	VALEUR CIBLE À 5 ANS
1	Écart entre le taux de recours (pourcentage de patients sous IPP standardisé) des départements ciblés et le taux de recours national	Définir la valeur initiale des territoires concernés pendant la finalisation du plan d'actions		Inférieur ou égal à zéro, avec a minima une diminution de 10 % du taux de recours départemental par rapport à la valeur 2015

CHAPITRE 12 : QUALITÉ ET SÉCURITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°25

PROMOUVOIR ET FAVORISER LA DÉCLARATION ET LE TRAITEMENT DES ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES, EN DÉVELOPPANT LA CULTURE POSITIVE DE L'ERREUR

► Contexte et enjeux

La culture de la sécurité du patient au sein des établissements de santé (visant à développer une politique de gestion des risques permettant d'améliorer la sécurité) n'est apparue que tardivement, dans la fin des années 90-début des années 2000, sous l'influence de différentes études mettant en évidence un nombre conséquent de dommages évitables.

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a introduit le terme générique « Événement Indésirable », et le critère de gravité, avec l'article L.1413-14 CSP modifié : « *Tout professionnel ou établissement de santé ayant constaté une infection nosocomiale ou tout autre événement indésirable grave (EIG) lié à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention doit en faire la déclaration à l'autorité administrative compétente.[...]* ».

Cette obligation de déclarer les EIG à charge de tous les professionnels de santé, quel que soit leur lieu d'exercice (cabinet de ville, établissement de santé, maison de santé) et leur statut (activité libérale, salariée ou hospitalière), traduit une volonté forte des pouvoirs publics. En effet, si la survenue d'un dommage évitable est peu admissible dans l'esprit collectif, la survenue d'un dommage évitable grave est inacceptable.

Avec la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, le législateur a étendu cette obligation de déclarer les EIG aux établissements médico-sociaux. Elle a également mis à la charge des acteurs une nouvelle obligation portant sur l'analyse de ces EIG et infections déclarés-preuve d'une volonté assumée de généraliser le système et de faire de la culture de la sécurité une priorité.

L'instruction du 17 février 2017 relative à la déclaration des EIG insiste notamment sur la promotion nécessaire de la déclaration et le développement de cette culture de la sécurité.

Si la majeure partie des établissements de santé a engagé une politique de management de la qualité incluant la gestion des risques, celle-ci est moins installée dans les structures du secteur médico-social et en secteur libéral. Le développement de la culture qualité/sécurité, de la culture positive/apprenante de l'erreur est nécessaire notamment auprès de l'encadrement dans les structures, pour favoriser/inciter à la déclaration des événements indésirables. Ce changement de paradigme est une évolution culturelle non seulement pour les professionnels, les gestionnaires mais aussi

pour les tutelles face à une tradition de culture de l'erreur/faute, avec recherche d'un responsable/coupable.

Il implique une évolution nécessaire des formations initiales et continues avec le besoin d'enseigner aux futurs professionnels médicaux, paramédicaux, encadrants et dirigeants, cette culture de la sécurité. Le retour d'expérience (déclarer-analyser-s'améliorer) et la communication autour des actions mises en place (feed-back auprès des déclarants, des équipes et de la structure) sont les pivots d'un système efficace de gestion des risques a posteriori. Il est important de rendre visible les résultats de la démarche : mettre en avant les bénéfices de la déclaration pour inciter tout professionnel à signaler tout événement indésirable qui s'est produit voire tout événement porteur de risque.

Deux enquêtes réalisées en région Centre-Val de Loire par la Fédération hospitalière de France (FHF) et l'URIOPSS/SYNERPA début 2017 témoignent des besoins de formation et/ou de personnel dédié à la qualité/gestion des risques. (Enquête FHF : 55% des répondants n'ont pas d'équipe qualité). Le faible nombre d'EIG déclarés à l'ARS (données CVAGS 2015 et 2016) au regard de ceux constatés dans les structures, notamment via les réclamations d'usagers, laisse présager une culture persistante de la faute/sous-déclaration par peur de la sanction. Dans le secteur libéral l'isolement des acteurs n'est pas aidant pour initier la démarche.

► Description de la situation actuelle

Les points à améliorer portent sur une disparité constatée aujourd'hui des outils et des méthodes et une forte différence de maturité et de culture entre le secteur sanitaire et les secteurs médico-social et libéral.

Un des faits marquants est l'ouverture du portail national de signalement depuis mars 2017.

► Description de l'objectif

Il s'agit de diffuser la culture de la sécurité de telle façon que tout professionnel ait compris l'intérêt de déclarer un événement indésirable et puisse le faire dans un cadre favorisant et sécurisé.

Le périmètre porte sur les trois secteurs, sanitaire, médico-social, ambulatoire, quel que soit le type de structure ou le professionnel et quel que soit le type d'événement.

La promotion de la déclaration doit être portée par l'ensemble des institutions (Direction/gestionnaires d'établissements, URPS, Conseils de l'Ordre, ARS...) dès la formation initiale des professionnels de santé.

➤ **Modalités de mise en œuvre**

Outre les récents textes règlementaires et obligations, un des leviers principaux sera la mise en place du RREVA (Réseau régional de vigilances et d'appui) et de la SRA (Structure régionale d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients).

Les types d'actions envisagées :

Sensibilisation

- Intégrer les stagiaires intervenants dans les ES et ESMS dans le cadre de leurs cursus (élèves infirmières, élèves aides-soignantes, internes...) aux démarches de terrain.
- Utiliser la semaine sécurité du patient comme vecteur.

➤ **Échéances intermédiaires**

ANNÉE	INTITULÉ ACTION
Chaque année	Action commune, chaque année, lors de la SSP (Semaine sécurité du patient), dans le cadre du RREVA

➤ **Modalités d'évaluation**

L'objectif défini est évalué à 5 ans avec l'indicateur de résultat suivant :

N°	INTITULÉ INDICATEUR DE RÉSULTATS	VALEUR CIBLE INITIALE 2016	VALEUR CIBLE INTERMÉDIAIRE	VALEUR CIBLE À 5 ANS
1	Taux d'établissements de santé/établissements et services médico-sociaux/structures d'exercices regroupés du secteur libéral (MSP/CPTS/cabinets libéraux), ayant adopté une charte d'incitation à la déclaration			100 % dans le sanitaire et le médico-social 50 % dans le libéral (exercices regroupés)

Information/Communication

- Journées à destination des directeurs/cadres/gestionnaires au niveau de chaque territoire.

Formation

- Intensifier les modules qualité et gestion des risques des formations initiales des professionnels de santé.
- Concevoir et mettre en œuvre un projet pédagogique de formation des PS libéraux.
- Développer la formation des professionnels libéraux par leurs dispositifs de formation FIFPL et ANDPC.
- Développer la formation des professionnels du secteur médico-social dans le cadre de la convention CNSA/OPCA du secteur médico-social.

Mise en place d'outils

- Formaliser des chartes d'incitation, là où elles n'existent pas : secteur médico-social, secteur libéral, en privilégiant une charte commune à tous les professionnels de santé.

▶ ASSURER L'ANALYSE APPROFONDIE DES ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES GRAVES ASSOCIÉS À DES SOINS SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE RÉGIONAL

▶ Contexte et enjeux

La notion d'événement indésirable grave (EIG) est relativement récente dans la réglementation française. Il faut attendre la loi du 4 mars 2002 pour voir apparaître une première obligation pour tout professionnel ou établissement de santé de déclarer « *la survenue d'un accident médical, d'une affection iatrogène, d'une infection nosocomiale ou d'un événement indésirable associé à un produit de santé* » (Article L.1413-14 du Code de la Santé Publique-CSP).

Avec la Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, cet article a été modifié : « *Tout professionnel ou établissement de santé ayant constaté une infection nosocomiale ou tout autre événement indésirable grave lié à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention doit en faire la déclaration à l'autorité administrative compétente.[...]* ».

La Loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, a étendu cette obligation de déclarer les événements indésirables graves aux établissements médico-sociaux, aux actes médicaux à visée esthétique et aux infections associées aux soins (plutôt qu'aux infections nosocomiales stricto sensu comme le précisait l'ancien texte).

Le décret du 25 novembre 2016 a introduit un nouvel article dans le CSP (R1413-67), qui définit l'EIGS comme « *un événement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent y compris une anomalie ou une malformation congénitale* ».

La Loi a également mis à la charge des acteurs une nouvelle obligation portant sur l'analyse des EIG et infections déclarés. Le décret de novembre 2016 précise les modalités de la déclaration, et impose notamment, dans un délai de trois mois, le descriptif de la gestion de l'événement, l'analyse approfondie des causes de l'événement et le plan d'actions correctrices mis en place. Le tout totalement anonymisé sera transmis par l'ARS à la Haute autorité de santé (HAS), afin de dresser un bilan annuel des déclarations et d'élaborer des préconisations qui s'inscriront dans une politique générale d'amélioration de la sécurité des patients. En soutien, le décret instaure la mise en place de Structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients (SRA) indépendantes, qui apporteront leurs compétences techniques et méthodologiques aux déclarants, aux structures et aux ARS.

La démarche de retour d'expérience est une démarche collective et pluri-professionnelle qui comprend le recueil des événements, l'analyse approfondie des causes, la détermination d'un plan d'actions avec échéancier et suivi, le partage et la communication

des enseignements retirés de l'événement. Cette démarche peut prendre plusieurs formes et s'appuyer sur différentes méthodes.

La démarche de retour d'expérience et la structure régionale d'appui sont deux éléments pivots de la gestion des EIGS. Avec l'implication du management dans une gestion non punitive de l'erreur et le développement de la culture de la sécurité, ils constituent de véritables leviers pour l'amélioration de la qualité des pratiques et de la sécurité des soins.

Une erreur non signalée et non analysée est une erreur qui risque de se reproduire.

Les professionnels et structures sont acteurs du système de système en recherchant les causes immédiates et profondes de la survenue de l'accident. Ils sont ainsi davantage impliqués et sensibilisés à la gestion des risques médicaux, favorisant ainsi une amélioration de la sécurité.

Dans les établissements de santé (ES), la démarche de retour d'expérience fait partie des programmes de gestion des risques. Dans les secteurs médico-sociaux et ambulatoire, cette démarche doit se mettre en place avec une organisation adaptée, pour améliorer la capacité d'analyse, et ce notamment en sensibilisant et formant des professionnels à la méthodologie.

Différents éléments ont permis de réaliser un diagnostic

- ▶ Enquête FHF (53 ES/EHPAD): 50 % des établissements n'ont pas de professionnels formés et 55 % ne réalisent pas d'analyse de causes.
- ▶ Enquête URIOPSS médico-social (54 structures) : 77 % des structures répondantes ne réalisent pas d'analyse suite à un EIG et 89 % souhaitent bénéficier de formations.
- ▶ Secteur libéral : aucune déclaration d'EIG ni d'analyse.

▶ Description de la situation actuelle

Depuis 2010 l'ARS et l'OMÉDIT Centre-Val de Loire ont initié et engagé un effort important de formation au retour d'expérience auprès des établissements de santé (plus de 800 professionnels formés).

Depuis 2017 des sessions sont désormais ouvertes aux professionnels du secteur médico-social.

Un effort important sera nécessaire pour couvrir l'ensemble du secteur et celui du libéral.

Un accompagnement de la structure régionale d'appui pourra être proposé aux structures ou professionnels.

> Description de l'objectif

Faire en sorte que chaque EIGS fasse l'objet d'une analyse approfondie des causes assortie d'un plan d'actions adapté, respectant les référentiels de la HAS, réalisé de manière autonome par les professionnels de l'établissement ou du secteur libéral.

L'objectif est un maillage de tout le territoire régional à horizon 2022.

> Modalités de mise en œuvre

Leviers

- > Déploiement intensif des formations (notamment secteur médico-social et libéral).
- > Mise en place progressive de groupes d'analyse des causes/RETEX au sein de chaque structure (ES/ESMS/Structures libérales d'exercice regroupé).
- > Mise en place de dispositifs intersectoriels permettant l'analyse des causes d'EIG impactant plusieurs structures.

> Échéances intermédiaires

ANNÉE	INTITULÉ ACTION
2018	Réaliser un état des lieux de l'existant

> Modalités d'évaluation

L'objectif défini est évalué à 5 ans avec l'indicateur de résultat suivant :

N°	INTITULÉ INDICATEUR DE RÉSULTATS	VALEUR CIBLE INITIALE 2016	VALEUR CIBLE INTERMÉDIAIRE	VALEUR CIBLE À 5 ANS
1	Taux d'EIG déclarés à l'ARS via le portail de signalement, ayant fait l'objet d'une analyse approfondie des causes, accompagnée d'un plan d'actions (indicateur de résultat)		En 2020 100 % dans le secteur sanitaire	100 %
			En 2020 50 % dans le secteur médico-social	100 %
			En 2020 30 % dans le secteur libéral	100 %

CHAPITRE 13 : GESTION DES SITUATIONS EXCEPTIONNELLES

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°27

► DÉFINIR LES MODALITÉS D'ADAPTATION CONTINUE DU SYSTÈME DE SANTÉ À LA SURVENUE D'UNE SITUATION SANITAIRE EXCEPTIONNELLE (ORSAN : DISPOSITIF D'ORGANISATION DE LA RÉPONSE DU SYSTÈME DE SANTÉ EN CAS DE SITUATION SANITAIRE EXCEPTIONNELLE)

► Contexte et enjeux

L'article L.3131-11 du Code de la santé publique ainsi que le décret du 6 octobre 2016 précisent les modalités d'organisation de la réponse du système de santé (dispositif « ORSAN ») pour la gestion des situations sanitaires exceptionnelles. Ce dispositif est arrêté par le Directeur général de l'ARS, après avis des préfets de département, des Comités départementaux de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPTS) et du Directeur général de l'ARS de zone de défense et de sécurité ouest.

La région Centre-Val de Loire est particulièrement concernée par les risques inondation, nucléaire et radiologique. La prise en charge d'un afflux massif de victimes est également une priorité, étant donné le contexte actuel lié au terrorisme.

L'ensemble des risques naturels et technologiques sont listés dans les dossiers départementaux sur les risques majeurs. La région Centre-Val de Loire compte 4 centrales nucléaires. Elle a également été confrontée en mai-juin 2016 à un phénomène d'inondations important (équivalent d'environ 2 mois de précipitations en 3 jours), 641 communes ont été reconnues en état de catastrophe naturelle.

Sur la région, 6 établissements sanitaires ainsi que 117 établissements médico-sociaux (dont 51 EHPAD) sont situés en zone inondables.

► Description de la situation actuelle

Le dispositif ORSAN est constitué de 6 volets, 4 volets régionaux (AMAVI : Afflux massif de victimes, Urgences médico-psychologiques, CLIM-e : Événements climatiques et environnementaux, EPI-VAC : Vaccination) et 2 volets zonaux (risque biologique et risque nucléaire, radiologique, chimique).

Le volet ORSAN AMAVI attentat a été finalisé en juillet 2016. Des travaux sont en cours pour la finalisation du dispositif ORSAN AMAVI global. Les autres volets ORSAN, régionaux et zonaux ne sont pas encore finalisés.

Une dynamique de travail zonal est engagée, chaque ARS de la zone étant pilote d'un volet ORSAN afin de mutualiser et harmoniser les pratiques :

► ORSAN AMAVI : ARS Normandie et Bretagne,

► ORSAN EPI-VAC : ARS Pays de la Loire,

► ORSAN CLIM-e : ARS Centre-Val de Loire,

► ORSAN Urgences médico-psychologique : ARS Centre-Val de Loire.

Les volets zonaux sont en cours de rédaction par l'ARS de zone, en lien avec les établissements sanitaires de référence (ESR) de la zone.

► Description de l'objectif

► Organiser, pour chaque situation sanitaire exceptionnelle, les parcours de soins entre les différents intervenants du système de santé ainsi que les modalités de leur coordination, en s'appuyant notamment sur les groupements hospitaliers de territoire (GHT).

► Définir pour chaque volet ORSAN la place des professionnels de santé libéraux dans le dispositif.

► S'assurer de la cohérence des dispositions des différents instruments de planification : plans ORSEC, plans blancs et plans bleus, plans zonal et départementaux de mobilisation.

► Améliorer de manière continue l'efficacité des dispositifs par l'organisation d'exercices départementaux, zonaux et nationaux.

► Modalités de mise en œuvre

► Rédiger les 4 volets régionaux du dispositif ORSAN qui définissent les modalités d'adaptation de la réponse du système de santé pour chaque situation exceptionnelle tout en s'assurant de la continuité des soins courants.

► S'assurer, au sein des Groupements hospitaliers de territoire (GHT), d'une organisation efficace de la réponse aux situations exceptionnelles, en cohérence avec le dispositif ORSAN.

► Participer, sous le pilotage de l'ARS de zone Ouest, à l'élaboration des 2 volets zonaux du dispositif ORSAN relatifs aux risques biologiques et nucléaires, radiologiques et chimiques.

► Participer aux exercices organisés par les 6 préfectures de département, la préfecture de zone et la Direction générale de la santé (DGS).

> Échéances intermédiaires

ANNÉE	INTITULÉ ACTION
Fin 2018	Rédaction des volets ORSAN CLIM-e, Urgences médico-psychologiques et AMAVI (Afflux Massif de Victimes)
Fin 2020	Rédaction du volet ORSAN EPI-VAC (épidémie ou pandémie, vaccination exceptionnelle)
Participation aux exercices : systématique, dès lors que les acteurs de la chaîne santé sont mobilisés dans le cadre du scénario	

> Modalités d'évaluation

L'objectif défini est évalué à 5 ans avec les indicateurs de résultats suivants :

N°	INTITULÉ INDICATEUR DE RÉSULTATS	VALEUR CIBLE INITIALE 2016	VALEUR CIBLE INTERMÉDIAIRE	VALEUR CIBLE À 5 ANS
1	Taux de volets ORSAN finalisés			100 %
2	Taux d'actions correctives mise en œuvre suite aux retours d'expérience (RETEX) des exercices ou situations réelles visant à tester le dispositif ORSAN			100 %

Pour rappel, chaque RETEX donne lieu à l'élaboration d'un plan d'actions visant à améliorer la gestion des situations exceptionnelles (élaboration ou révision de procédures, identification de besoins de formation ou d'équipement, etc).

CONTINUITÉ

— **AXE** : CONTINUITÉ DES PARCOURS DE SANTÉ —



SOMMAIRE

Chapitre 14 : Organisation des fonctions d'appui pour la coordination des parcours complexes > **p.90**

Objectif opérationnel n°28 : Organiser une réponse graduée aux professionnels pour les personnes relevant d'un parcours de santé complexe > **p.90**

Chapitre 15 : Systèmes d'information et télémédecine pour coordonner les parcours de santé > **p.92**

Objectif opérationnel n°29 : Développer l'usage des outils numériques par les professionnels et acteurs de la santé au service de la continuité des parcours de santé > **p.92**

Objectif opérationnel n°30 : Déployer des services numériques centrés sur l'utilisateur du système de santé et développer leurs usages notamment au domicile > **p.95**

Objectif opérationnel n°31 : Développer les services et les usages de la télémédecine pour un égal accès aux soins des patients > **p.97**

Chapitre 16 : Coopération entre professionnels de santé > **p.99**

Objectif opérationnel n°32 : Développer les outils de coopérations entre professionnels de santé > **p.99**

Objectif opérationnel n°33 : Déployer la pratique avancée au sein de la profession infirmière > **p.100**

Chapitre 17 : L'utilisateur, acteur de sa santé > **p.102**

Objectif opérationnel n°34 : Augmenter le nombre de bénéficiaires d'une offre d'éducation thérapeutique personnalisée, graduée et coordonnée sur les territoires de proximité, délivrée par des professionnels formés > **p.102**

Objectif opérationnel n°35 : Améliorer la coordination des politiques en faveur des aidants sur chaque territoire de santé > **p.106**

Objectif opérationnel n°36 : Développer une offre territorialisée pour le soutien et l'accompagnement des aidants > **p.108**

CHAPITRE 14 : ORGANISATION DES FONCTIONS D'APPUI POUR LA COORDINATION DES PARCOURS COMPLEXES

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°28



ORGANISER UNE RÉPONSE GRADUÉE AUX PROFESSIONNELS POUR LES PERSONNES RELEVANT D'UN PARCOURS DE SANTÉ COMPLEXE

► Contexte et enjeu

La notion de fonction d'appui aux professionnels est instaurée à l'article 74 de la Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016. Un décret d'application du 4 juillet 2016 est venu préciser les fonctions d'appui aux professionnels, et notamment les modalités de mise en place de la plate-forme territoriale d'appui.

L'enjeu est d'organiser le système de santé dans une logique de parcours de santé.

Pour les personnes relevant de situation complexes, les enjeux sont de favoriser le maintien à domicile, d'éviter les hospitalisations inutiles ou les ré-hospitalisations précoces ainsi que les ruptures de parcours.

Pour cela, les professionnels des champs sanitaire, médico-social et social, en particulier les médecins traitants, ont besoin d'un appui accessible, lisible et efficace dans la coordination des parcours de santé pour les patients en situations complexes.

Le contexte actuel de notre système de santé est marqué par une évolution démographique avec le vieillissement de la population, une transition épidémiologique avec l'accroissement des pathologies chroniques et un impératif économique d'optimisation des dépenses de santé.

Le système de santé français propose une offre de services fragmentés entraînant un manque de lisibilité et un cloisonnement entre les secteurs sanitaire, médico-social, social nuisant à la continuité et à la qualité des prises en charge et des accompagnements. Les professionnels des champs sanitaire, médico-social et social sont démunis face à certaines situations complexes.

► Description de la situation actuelle

De nombreux dispositifs de coordination sont présents sur les territoires de santé et sont des relais auprès des professionnels pour assurer une continuité des soins et des accompagnements. Cependant, la multiplicité des dispositifs de coordination en fonction des publics pris en charge, des zones d'intervention, thématiques et géographiques, des outils et l'absence de clarté dans les missions de chacun mettent en difficultés les profession-

nels et les usagers. Le manque de lisibilité et d'efficacité dans les pratiques de coordination appelle à déployer et soutenir de nouvelles organisations sur les territoires de santé.

► Description de l'objectif

Les fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes s'organisent autour de trois missions :

- l'information et l'orientation des professionnels vers les ressources adaptées du territoire,
- l'appui à l'organisation de la coordination des parcours complexes (évaluation, concertation pluriprofessionnelle, planification, coordination des interventions),
- le soutien aux pratiques et initiatives des professionnels.

Le parcours de santé est dit complexe lorsque l'état de santé, le handicap ou la situation sociale du patient rendent nécessaire à un moment donné l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux. La complexité est donc une complexité ressentie par le ou les professionnels de l'équipe de soins. Le lien avec le médecin traitant de la personne est un pré-requis.

La mise en place des fonctions d'appui relève d'une organisation par territoire de santé pouvant prendre des formes diverses (plate-forme territoriale d'appui, convention de partenariat...) avec pour objectifs de rendre plus lisibles et accessibles les ressources sanitaires, médico-sociales et sociales via une porte d'entrée unique, une meilleure connaissance des acteurs et des outils/méthodes/processus communs ou partagés.

Cette organisation passe par la mobilisation voire l'adaptation des ressources des territoires et repose sur le principe de subsidiarité. L'objectif est bien de répondre aux besoins des professionnels de l'équipe de soins, et en premier lieu du médecin traitant, pour assurer une prise en charge globale de la personne en lien avec les ressources du territoire. Les équipes de soins et les CPTS sont donc des relais territoriaux des futures fonctions d'appui afin de revenir au plus vite vers une organisation de prise en charge de la personne dite de droit commun.

Dans cette organisation, la participation de la Fédération des Unions régionales des professionnels de santé (URPS), des Conseils départementaux, des Caisses d'Assurance maladie et retraite et des représentants des usagers au titre des acteurs institutionnels concourant à la construction des projets ainsi que des Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), des réseaux de santé, des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) (ou Maisons départementales de l'autonomie-MDA), des CPTS et des équipes mobiles au titre des acteurs opérationnels est requise. Ces acteurs, en fonction des projets de territoire co-construits, devront participer à la gouvernance des futures organisations de fonctions d'appui. Elle devra, tout en prenant en compte les spécificités de chaque territoire, s'appuyer sur des logiques/outils/leviers régionaux notamment en termes de systèmes d'information (SI).

Cette nouvelle organisation nécessite une évolution des pratiques et technologique pour mieux répondre aux attentes des professionnels et aux besoins des patients. Ces évolutions relèvent :

- des systèmes d'informations en lien avec les référentiels nationaux et régionaux en vigueur (cf. fiches SI),
- des outils (projet personnalisé de santé (PPS), grille de repérage, outils communs...),

➤ Échéances intermédiaires

ANNÉE	INTITULÉ ACTION
2018/2019	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dépôt à l'ARS des projets partagés de territoire de fonctions d'appui ➤ Premières actions de mise en œuvre des fonctions d'appui (convention de partenariat, création d'une plate-forme territoriale d'appui...)
2020	<p>Une évaluation de ces premières actions s'appuiera sur des indicateurs de suivi tels que :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La part des professionnels ayant recours aux fonctions d'appui par type de professionnel, par territoire et par an, ➤ Le nombre de sollicitations des fonctions d'appui par type de professionnels par territoire et par an, ➤ Le nombre de personnes bénéficiant d'une prestation de la PTA par territoire, par an.

➤ Modalités d'évaluation

L'objectif défini est évalué à 5 ans avec les indicateurs de résultats suivants :

N°	INTITULÉ INDICATEUR DE RÉSULTATS	VALEUR CIBLE INITIALE 2016	VALEUR CIBLE INTERMÉDIAIRE	VALEUR CIBLE À 5 ANS
1	Taux de départements couverts par une réponse graduée et coordonnée pour les parcours de santé complexes		100 % en 2019	
2	Taux de participation des acteurs incontournables à l'organisation de la réponse		100 % en 2018	
3	Taux de satisfaction des professionnels de santé utilisateurs des fonctions d'appui			100 %
4	Taux de satisfaction des usagers pour lesquels les fonctions d'appui ont été mobilisées			100 %

- du travail collaboratif (l'identification de référent, la construction de protocoles, l'organisation de formation...)
- de la gouvernance,
- des compétences et des métiers (nouveaux métiers...),
- de l'implication des patients (patient acteur...).

L'objectif est de mettre en place les fonctions d'appui sur l'ensemble des territoires de la région. Cette organisation aura à termes des répercussions sur la fluidité de l'ensemble des parcours de santé.

➤ Modalités de mise en œuvre

La mise en place des fonctions d'appui repose sur une démarche de co-construction. Il est donné aux acteurs la responsabilité de construire ensemble des projets de territoire. Ces projets partagés s'appuient sur une logique d'offre de services et répondent aux besoins des professionnels. La mise en œuvre de la polyvalence des fonctions d'appui doit se faire de manière progressive. En matière de services numériques, cette organisation respectera les cadres nationaux et la charte régionale d'urbanisation de SI de santé. Une feuille de route régionale et/ou départementale permettra d'intégrer les axes transversaux des projets de territoire comme la promotion et prévention de la santé et les outils métiers.

CHAPITRE 15 : SYSTÈMES D'INFORMATION ET TÉLÉMÉDECINE POUR COORDONNER LES PARCOURS DE SANTÉ

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°29

▶ DÉVELOPPER L'USAGE DES OUTILS NUMÉRIQUES PAR LES PROFESSIONNELS ET ACTEURS DE LA SANTÉ AU SERVICE DE LA CONTINUITÉ DES PARCOURS DE SANTÉ

▶ Contexte et enjeux

Le cadre commun des projets e-santé définit à la fois une urbanisation et un socle de services régionaux à disposition des professionnels de santé. L'instruction sur les Groupements régionaux d'appui au développement de la e-santé (GRADeS) prévoit l'évolution de la maîtrise d'ouvrage régionale des systèmes d'information. La convergence des systèmes d'information GHT est attendue à horizon 2021. Par ailleurs, la Loi de modernisation de notre système de santé prévoit de nouvelles organisations potentielles utilisatrices des systèmes d'information en santé : Structuration de Fonctions d'Appui aux professionnels, Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), Équipes de Soins Primaire (ESP). Il existe sur la région des éléments de socles communs de services accessibles par les professionnels sur le territoire. Cependant, le déploiement de certains de ces outils dans une optique de décloisonnement en est à ses débuts pour certains, reste encore fragmentaire pour d'autres, mais n'est en tout cas pas généralisé.

Des besoins de système d'information émergent en particulier pour la lisibilité de l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale, la coordination des soins et la coopération entre professionnels de santé (médico-social, coopération entre professionnels de santé, organisation des fonctions d'appui à la coordination, addictions, cancers, santé mentale...).

L'opportunité des nouveaux dispositifs issus de la Loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 réside dans le fait qu'ils soient portés par des organisations professionnelles dans la perspective d'offrir un service numérique plus universel sur l'ensemble des territoires. Des améliorations sur l'ergonomie des outils mis à disposition sont attendues ainsi qu'une interopérabilité plus avancée pour apporter à l'utilisateur une confiance et une plus grande lisibilité. Enfin, les besoins du champ médico-social et de la prévention sont en cours de définition et il faudra les intégrer. Les travaux d'urbanisation doivent permettre de mieux préciser les options régionales sur les différentes briques des systèmes d'information partagés régionaux et leurs articulations.

Les acteurs impliqués dans le développement des systèmes d'information sont articulés dans le cadre d'une commission de coordination régionale des politiques e-santé. Sa composition large correspond aux recommandations concernant le pilotage régional des systèmes d'information. Il est un cadre permettant de garantir la cohérence des actions et des orientations.

▶ Description de la situation actuelle

Socle commun des services :

▶ Fonctions d'information

- ▶ **Description des ressources du système de santé :** Le ROR est disponible, la qualité des données est en amélioration continue, son interopérabilité avec les autres ROR et l'abonnement aux référentiels nationaux sont en cours. Il reste peu connu des professionnels.

▶ Fonctions d'orientation

- ▶ **Service régional d'orientation :** La solution ViaTrajectoire est déployée pour le secteur soins de suite et réadaptation (SSR). Elle est en cours pour les personnes âgées en recherche d'hébergement médicalisé, pour les orientations en HAD, et en préparation pour les personnes handicapées. Des améliorations de l'ergonomie de l'outil sont à prévoir. Son utilisation est à généraliser.

▶ Fonctions d'échange et partage des données de santé

- ▶ **Les Messageries sécurisées de santé (MSS) :** Les établissements de santé de la région sont engagés dans le déploiement. Il est prévu dans ce déploiement une alimentation automatique des messageries sécurisées des professionnels de santé par des courriers électroniques en substitution de l'envoi postal habituel. Cette démarche est couplée avec le déploiement du Dossier médical partagé (DMP). Sur les 67 établissements engagés sur 128, 23 ont des systèmes MSS compatibles et les démarches sont engagées pour les autres.
- ▶ Compte tenu du nombre important d'utilisateurs en région de la messagerie Apicryt® (2 500 en 2016), au regard du nombre d'utilisateurs de la messagerie MSS (1 876 au 1^{er} janvier 2018) l'entrée de la messagerie dans l'espace de confiance MSS au 1^{er} janvier 2018 doit permettre d'augmenter significativement le nombre d'usages de messagerie sécurisée en complémentarité de la dynamique forte portée par les établissements de santé. En effet la quasi-totalité de la biologie et un

nombre significatif mais limité de courriers transitent actuellement par Apicrypt®. L'enjeu majeur est l'envoi massif par les établissements de courriers sous format numérique par une messagerie sécurisée de santé. L'essentiel pour les professionnels de santé est de n'avoir qu'une boîte aux lettres sécurisée intégrée à leur logiciel métier qui reçoive tous les courriers et toute la biologie à caractère médical. Il reste également à poursuivre le développement de l'usage de cette messagerie par les professionnels du champ médico-social et social en capitalisant sur l'expérimentation PAERPA.

➤ **Dossier Médical Partagé (DMP)**: Le département d'Indre-et-Loire fait partie des territoires de préséries en vue d'une généralisation. Une dynamique se met en place avec un investissement fort de la CPAM 37, désignée cheffe de file en vue d'une généralisation en 2018. Une expérimentation de dossier social pouvant y être intégré a émergé dans ce département.

➤ **Service de mutualisation de l'imagerie**: Une solution de mutualisation d'imagerie en région (MIRC) est opérationnelle et interfacée avec la plate-forme de télémedecine. Il reste à développer les usages en la rendant accessible par tous les professionnels de santé utilisant l'imagerie médicale.

➤ Fonctions collaboratives

➤ **Télémedecine et services collaboratifs**: Déploiement de la plate-forme régionale et financement de l'équipement et de l'accompagnement aux usages (télémedecine, PAERPA). La plate-forme régionale télémedecine a évolué pour intégrer certains cas d'usage en matière de collaboration (télémedecine, PAERPA,...).

➤ **Cadre d'urbanisation**: Élaboré en 2014, les évolutions du cadre réglementaire imposent sa révision.

Autres atouts de la région

➤ Une solution logicielle métier MSS et DMP compatible a été déployée auprès des libéraux sur le territoire PAERPA sur la base d'un cahier des charges construit avec les professionnels.

➤ Le programme Hôpital Numérique a permis à de nombreux établissements de remplir les prérequis indispensables (identification, sécurité, etc.). Certains sont engagés dans l'atteinte des cibles d'usages.

➤ Cinq des six GHT de la région ont engagé une démarche commune en vue d'identifier les éléments techniques fonctionnels structurant régionaux.

➤ La fédération des URPS porte une dynamique forte pour la mise en place des CPTS, qui aidera à définir les besoins de services d'aide à la coordination de parcours.

Autres besoins identifiés

➤ La cartographie et l'analyse des besoins médico-sociaux vont permettre de définir des besoins spécifiques à ce secteur.

➤ La région s'engage dans la mise en œuvre des services numériques d'appui à la coordination complémentaires. À terme ces services devraient couvrir :

➤ Les services numériques socles

➤ Référentiels d'identification des acteurs du parcours: professionnels sanitaires, médico-sociaux et sociaux et des structures, annuaires, ROR,

➤ Référentiel d'identification des patients/usagers et identito-vigilance,

➤ Services de partage (DMP) et d'échange (MSS),

➤ Portail professionnel,

➤ Portail patient/usager.

➤ Les services de gestion du parcours et de la coordination

➤ Repérage, évaluation du patient/usager,

➤ Réseau professionnel,

➤ Dossier de coordination, PPS dynamique, cahier de liaison,

➤ Gestion d'alerte, notification d'événements,

➤ Agenda partagé, prise de rdv, pré-admission,

➤ Outils d'aide à l'orientation et à la programmation,

➤ Dématérialisation circuit du médicament (prescription électronique de médicament 2D – PEM2D), biologie et imagerie,

➤ Pilotage et gestion des ressources d'appui à la coordination de la PTA (ou autres structures de coordination).

➤ D'autres services complémentaires

➤ Objets connectés, télésurveillance médicale, domotique,

➤ Éducation thérapeutique, E-learning, serious game,

➤ Exploitation de données (analyse des parcours)...

➤ Des besoins spécifiques nécessaires aux activités de prévention restent à préciser.

➤ Le passage d'une organisation des maîtrises d'ouvrage régionales multiples avec un Groupement de coopération sanitaire (GCS)

télesanté Centre, l'équipe régionale de télémedecine, l'équipe ROR (Répertoire opérationnel de ressources) à une organisation regroupée dans le cadre du Groupement régional d'appui au développement de la e-santé (GRADEs). Cette structure a été mise en place en mai 2018.

› Description de l'objectif

Il s'agit de compléter, d'adapter et de mettre en œuvre les outils en partant des attentes et des besoins des professionnels et des usagers, notamment autour de la coordination des parcours, en fluidifiant la circulation de l'information et en la rendant disponible au bon endroit au bon moment :

- › Un certain nombre de briques du système d'information régional existent et sont fonctionnelles. Il s'agit, dans la perspective du développement des usages, de développer l'accompagnement, la formation initiale et continue des professionnels à leur utilisation au bénéfice des patients.
- › Il faudra apporter aux professionnels de santé l'ergonomie d'usage suffisante (intégration avec les logiciels métier en portant une attention toute particulière à la simplicité et l'intuitivité d'usage des outils), dans un système urbanisé prenant en compte les évolutions des cadres réglementaires et techniques.
- › Il s'agit également d'évaluer et de mettre en œuvre si nécessaire des solutions numériques en santé utilisables en mobilité (sur tablette ou smartphone. Importance de la couverture 4G ou équivalent sur l'ensemble du territoire même en zone rurale reculée).
- › Il s'agit enfin de développer l'usage des systèmes d'information pour un échange de données patients dans le cadre du décloisonnement ville/hôpital/lieu de résidence.

L'ambition est, d'ici 2021 de :

- › **Rendre disponible les services numériques de gestion du parcours et de la coordination pour la coordination entre professionnels et pour les fonctions d'appui.**
- › **Généraliser l'ensemble de ces services numériques à l'ensemble des professionnels d'un territoire en parallèle de la structuration des fonctions d'appui.**

› Modalités de mise en œuvre

- › Pilotage partagé dans le cadre de la Commission de coordination e-santé, et maîtrise d'ouvrage renforcée dans le cadre du GRADES,
- › Faire évoluer le cadre d'urbanisation en intégrant la dimension médico-sociale, sociale, les usages au domicile et en mobilité et les schémas directeurs des systèmes d'information des GHT.
- › Concevoir et mettre en œuvre les solutions régionales permettant la mise à disposition des services numériques supports aux fonctions d'appui à la coordination des parcours (SNACs).
- › Poursuivre la généralisation des usages de télémedecine sur la base d'un nouveau programme concerté de télémedecine.
- › Soutenir la généralisation de l'usage du Dossier médical partagé (DMP) et de la Messagerie sécurisée de santé (MSS).
- › À partir de la cartographie des besoins du médico-social, élaborer un programme d'appui spécifique.
- › Rendre opérationnelle l'alimentation du DMP par les établissements de santé notamment par les comptes rendus (hospitalisation, imagerie, consultation).
- › Rendre opérationnelle la transmission de la lettre de liaison sortie hôpital via MSS et son dépôt dans le DMP.
- › Favoriser les pilotes et l'innovation.
- › Développer les solutions régionales collaboratives.

› Échéances intermédiaires

ANNÉE	ACTION
2017-2018	<ul style="list-style-type: none"> › Définition et organisation de la maîtrise d'ouvrage opérationnelle déléguée régionale › Révision du cadre d'urbanisation
2018	Élaboration d'une programmation régionale et pluriannuelle des systèmes d'information et de télémedecine
2018	Mettre à jour le Programme régional d'actions pour le développement des systèmes d'information de santé (PRADSIS).

› Modalités d'évaluation

L'objectif défini est évalué à 5 ans avec les indicateurs de résultats suivants :

N°	INTITULÉ INDICATEUR DE RÉSULTATS	VALEUR CIBLE INITIALE 2016	VALEUR CIBLE INTERMÉDIAIRE	VALEUR CIBLE À 5 ANS
1	Taux de services numériques de gestion du parcours et de la coordination disponibles pour une organisation de fonction d'appui		100 % en 2021	
2	Taux de structures organisées en fonctions d'appui couverte par des services numériques de gestion du parcours et de la coordination			100 %
3	Taux d'évolution du volume des actes de télémedecine sur 5 ans			100 %
4	Taux d'assurés en Affections longue durée disposant d'un DMP alimenté			100 %
5	Taux de professionnels de santé disposant d'une MSS	16 %		100 %
6	Taux d'établissements MCO utilisant ViaTrajectoire pour l'ensemble de leurs orientations en SSR			100 %
7	Taux d'admission en EHPAD réalisé avec ViaTrajectoire			100 %

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°30



DÉPLOYER DES SERVICES NUMÉRIQUES CENTRÉS SUR L'USAGER DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DÉVELOPPER LEURS USAGES NOTAMMENT AU DOMICILE

› Contexte et enjeux

Plusieurs observations amènent à repenser le lien entre l'utilisateur et les professionnels de santé. Sans être exhaustif nous pouvons identifier les éléments suivants.

- › Le développement des soins ambulatoires et des hospitalisations à domicile diminue la durée du contact avec les structures de soin. Cette diminution doit s'accompagner d'une meilleure qualité de la communication entre usager et professionnel pour maintenir le même niveau de qualité des soins.
- › La progression des consultations de suivi post hospitalisation réalisées à partir du lieu de vie. La mise en place de la télémedecine montre l'intérêt de ce type de pratique qui permet au médecin d'observer l'utilisateur dans son lieu de vie, d'interagir avec les aidants et/ou les soignants pour apporter l'expertise la plus adaptée au contexte.

- › La mise en place des CPTS et des équipes de soins primaires. Ces structures ont une responsabilité particulière auprès de la population, ce qui nécessite de redéfinir les supports d'échanges entre les professionnels et celle-ci.
- › Les technologies de l'information et de communication évoluent rapidement, mais leur intégration dans le domaine de la santé est souvent retardée en raison des contraintes de sécurité qui sont exigées, créant ainsi un décalage technologique.

Toutes ces évolutions amènent à réfléchir à des modalités de médiation de la relation entre les professionnels et les usagers, dans un contexte où le numérique prend de plus en plus de place dans la vie du citoyen. Il apparaît donc nécessaire de proposer des services numériques qui prennent en compte l'utilisateur dans son lieu de vie.

Les outils numériques au service de la santé accessibles par l'utilisateur sont essentiellement des sites Internet d'information, des objets

connectés ou des applications sur smartphone. La plupart de ces outils peuvent être utilisés pour le « bien-être ». Quelques-uns seulement remplissent les conditions permettant de les utiliser dans un contexte de soins de santé. Ils répondent ainsi plus ou moins bien à des besoins pour l'instant insuffisamment définis au regard des évolutions inéluctables dans la façon dont l'utilisateur est amené à faire le lien avec le professionnel.

Pour ce qui concerne le domicile, les besoins de l'utilisateur peuvent être nombreux si l'on considère la multitude d'intervenants. Par ailleurs, ils sont graduables car les situations individuelles peuvent aller du plus simple au plus complexe.

Il existe très peu de services numériques en santé utilisables par l'utilisateur, et ceux qui existent (DMP, ViaTrajectoire...) ne sont pas intégrés dans un environnement dédié.

› Description de la situation actuelle

La plate-forme régionale de télémedecine est disponible. La définition des besoins pour la télésurveillance est terminée. Un prototype a été élaboré pour la télésurveillance de l'insuffisance cardiaque à domicile.

Certains établissements, dont le CHU de Tours, développent une organisation via des professionnels de coordination (infirmiers ou médecins) et des outils permettant le suivi des patients à domicile via des objets connectés (cancer, cardiologie, femmes enceintes, diabétologie...).

Le cadre d'urbanisation des systèmes d'information ne contient pas d'éléments spécifiques centrés sur l'utilisateur.

La solution de mutualisation d'imagerie en région interfacée avec la plate-forme de télémedecine ne dispose pas d'un accès par l'utilisateur.

La plate-forme d'orientation ViaTrajectoire dispose d'un accès direct par l'utilisateur pour la recherche d'hébergement des personnes âgées.

Le DMP (Dossier médical partagé) est directement accessible par l'utilisateur.

› Description de l'objectif

Il s'agit de définir les besoins dans l'utilisation des outils numériques de l'utilisateur selon différents contextes d'usage dans le lieu de vie (handicap, vieillissement, suivi post hospitalisation, lien avec le premier recours et l'environnement social et médico-social, consultation...).

Cette analyse doit également permettre de définir les aspects techniques, fonctionnels et organisationnels ainsi que les services numériques nécessaires et les généraliser progressivement.

Il s'agira d'identifier et de proposer des services pouvant répondre aux besoins de l'utilisateur quel que soit le niveau de complexité de sa prise en charge en :

- › ouvrant à l'utilisateur certains outils existants et initialement destinés aux professionnels,
- › s'appuyant sur les solutions existantes (applications, jeux de réalité virtuelle, objets connectés...) pour les labéliser,
- › créant si nécessaire de nouveaux outils spécifiques pour l'utilisateur.

› Modalités de mise en œuvre

Pour atteindre cet objectif, il faudra :

- › mettre en place une ingénierie d'appui pour analyser les besoins,
- › développer des projets pilotes concertés avec les acteurs institutionnels, les professionnels et usagers concernés,
- › faire évoluer le cadre d'urbanisation en intégrant les sujets liés aux conditions d'utilisation des services numériques par l'utilisateur.

› Échéances intermédiaires

ANNÉE	INTITULÉ ACTION
Fin 2017	Définition d'une ingénierie d'appui
2018 à 2020	Définition des besoins
2020	Définition d'un modèle de service et labellisation des outils potentiels
2023	Définition et montage d'au moins quatre prototypes
2023	Généralisation des outils et des services au fur et à mesure des avancées

› Modalités d'évaluation

L'objectif défini est évalué à 5 ans avec les indicateurs de résultats suivants :

N°	INTITULÉ INDICATEUR DE RÉSULTATS	VALEUR CIBLE INITIALE 2016	VALEUR CIBLE INTERMÉDIAIRE	VALEUR CIBLE À 5 ANS
1	Taux de réalisation des prototypes			50 %
2	Taux de prototypes transformés en outils généralisés			25 %

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°31



DÉVELOPPER LES SERVICES ET LES USAGES DE LA TÉLÉMÉDECINE POUR UN ÉGAL ACCÈS AUX SOINS DES PATIENTS

› Description de la situation actuelle

Le programme régional de télémédecine 2012-2017 constituait l'un des programmes spécifiques du précédent PRS. Il définissait les orientations stratégiques de développement de la télémédecine en région et se déclinait en 7 axes prioritaires :

- › Téléconsultation de proximité
- › Service régional de télé-imagerie
- › Téléconsultation de cardiologie
- › Téléneurologie – AVC
- › Échographie robotisée
- › Télédialyse
- › Suivi des insuffisants cardiaques

Les actions de déploiement régional mises en œuvre ont permis d'accompagner les différents acteurs du sanitaire et du médico-social à travers :

- › La définition des besoins
- › La formalisation du projet médical
- › La mobilisation de l'offre

- › L'appropriation de l'outil
- › La conduite de changement
- › Les premiers usages
- › Le suivi et le support à l'utilisation

Des actions de communication tant à l'échelle régionale que départementale ont permis de promouvoir les premiers usages, d'impliquer les acteurs institutionnels et de fédérer les professionnels de santé autour de nouvelles pratiques.

Actuellement, la région bénéficie d'une large diversité d'usages (Télé-AVC, Télédialyse, Télé-expertise pour la santé des détenus, Télédermatologie, Téléconsultation en Gériopsychiatrie...), d'une maturité et d'une volonté de construction des professionnels de santé et d'un portage par les directions d'établissements.

Pour autant, les usages restent ponctuels, de point à point, et parfois encore expérimentaux. L'offre de recours n'étant pas suffisamment structurée, ni à l'échelle territoriale, ni à l'échelle régionale, les usages peinent à monter en charge.

Le choix d'une seule solution régionale de télémédecine accessible à tous les professionnels de santé permet une homogénéisation de la pratique quel que soit l'expertise requise. Cependant, des besoins fonctionnels spécifiques peuvent nécessiter une évolution de la plateforme pour répondre aux attentes des acteurs notamment en termes d'ergonomie et s'adapter aux exigences

de certaines disciplines. L'interopérabilité avec les autres outils et services numériques s'impose dans un objectif de fluidité du parcours de soins.

› Description de l'objectif

Il s'agit de faire évoluer l'approche de déploiement de la télémédecine pour passer d'usages ponctuels et expérimentaux à des usages réguliers et pérennes ; adoptés par les professionnels de santé car véritablement intégrés à leur pratique quotidienne.

- › Structurer les activités de télémédecine à l'échelle territoriale en s'appuyant sur le plan d'accès aux soins et en consolidant la dynamique et la mobilisation des acteurs.
- › Organiser et structurer l'offre en télémédecine au niveau régional pour optimiser le temps médical et répondre aux problématiques de pénurie médicale :
 - › Renforcer la gradation de l'offre : de proximité, de référence et de recours
 - › Organiser le maillage territorial et régional pour des parcours spécifiques
- › Pour des besoins critiques non satisfaits en proximité organiser la réponse sous forme d'appels d'offres ouverts au niveau régional ou extra régional

› Échéances intermédiaires

ANNÉE	ACTION
2018	Élaboration d'une feuille de route
2018	Identification des thématiques prioritaires et mise en œuvre des groupes de travail
2019	<ul style="list-style-type: none"> › Animation et accompagnement des projets territoriaux › Élaboration de l'organisation régionale de l'offre et mise en œuvre sur au moins une première thématique
2020	Mise en œuvre des organisations régionales sur les autres thématiques prioritaires

› Modalités d'évaluation

Dans la suite des instructions concernant le cadre commun des projets e-santé et les GRADES, l'ASIP Santé suit le nombre régional d'actes de télémédecine. Il est considéré que la définition des cibles d'usage en termes de nombre d'actes doit se faire par projet sur la base des concertations réalisées dans la phase de leur définition. Par ailleurs il faudra prendre en compte des priorités éventuelles définies lors de l'aboutissement des négociations conventionnelles.

› Modalités de mise en œuvre

- › Élaborer la cartographie des besoins et de l'offre au niveau régional et pour chaque territoire.
- › Au niveau régional :
 - › Définir des priorités de déploiement et mettre en place des groupes de travail par thématiques
 - › Organiser l'offre régionale (recours à des appels à projet ; visibilité sur les disponibilités des expertises...)
- › Au niveau territorial :
 - › Assurer le portage du déploiement par les comités territoriaux des plans d'accès aux soins (axe 2)
 - › Identifier les leviers :
 - › Synergie avec les différents acteurs territoriaux : CPAM, CDOM,...
 - › Lieux d'implantation des équipements pour optimiser l'accès et générer des usages : MSP, EHPAD, CPTS...
- › Faciliter l'accès à l'expertise grâce à l'usage de la télémédecine en mobilité.

Il est donc retenu que les activités de télémédecine seront évaluées par :

- › le suivi régional et départemental annuel du nombre d'actes de télémédecine réalisés
- › le suivi du tableau de bord des actes de télémédecine réalisés par territoire, et dont le modèle est déjà défini analysant les dynamiques entre professionnels requis et requérants
- › le taux d'évolution des actes de télémédecine rattachés à un projet particulier et dont les cibles d'atteinte d'usage en termes de nombre d'actes ont été préalablement définis dans le cadre de l'élaboration du projet.

CHAPITRE 16 : COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°32



DÉVELOPPER LES OUTILS DE COOPÉRATIONS ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ

› Contexte et enjeux

L'article 51 de la Loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) du 21 juillet 2009 permet la mise en place, à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels sur le terrain, de transferts d'actes ou d'activités de soins et de réorganisations des modes d'intervention auprès des patients.

La situation de la région Centre-Val de Loire en matière de démographie des professionnels de santé est particulièrement problématique.

Plusieurs constats mettent en lumière la nécessité de développer les coopérations entre professionnels de santé :

- › les besoins croissants de prise en charge sanitaire liés au développement des maladies chroniques et au vieillissement de la population,
- › l'évolution défavorable de la démographie médicale, accentuée par les disparités de répartition territoriale,
- › les progrès technologiques médicaux,
- › la nécessité d'assurer l'efficacité des prises en charge au regard des difficultés de financement des dépenses de santé,
- › et surtout, l'aspiration des professionnels à faire évoluer leurs activités et leurs compétences tout au long de leur carrière.

Les enjeux de la coopération sont les suivants :

- › **pour les patients**, de favoriser l'accessibilité et la qualité des prestations, de réduire les délais d'attente, en garantissant une sécurité des actes identiques, à coût égal ou moindre.
- › **pour les professionnels de santé**, l'enjeu est de partager la charge de travail, de favoriser l'attractivité et l'autonomisation des professions, notamment para médicales, mais également de faire évoluer les pratiques des professionnels de santé.

› Description de la situation actuelle

Seize protocoles de coopération sont autorisés en région Centre-Val de Loire ; par ailleurs, l'ARS a validé l'adhésion de plus de 80 professionnels de santé. Ce bilan quantitatif du nombre d'adhésions validées administrativement ne reflète pas la réalité des besoins et de la volonté des professionnels de santé, beaucoup plus nombreux, qui souhaitent s'engager dans des démarches de transferts d'actes ou d'activités de soins.

Les difficultés et freins au développement des protocoles de coopération sont de trois ordres : responsabilité pour le délégué, financier et administratif.

- › Inadéquation entre l'offre de protocoles et les besoins des professionnels tant au niveau hospitaliers qu'en termes de soins de ville : à ce jour, les protocoles de coopération ne permettent pas de couvrir la réalité des besoins en soins de ville.
- › Responsabilité et financement : le transfert d'un acte vers un professionnel délégué pose la question de la reconnaissance professionnelle dans la mesure où ce transfert d'actes et de responsabilité ne s'accompagne pas nécessairement d'une valorisation financière. L'un des freins majeurs au développement des coopérations en libéral est l'absence d'acte spécifique inscrit à la nomenclature.
- › Lourdeur administrative : les procédures relatives à la coopération, que ce soit en termes de demande d'autorisation ou d'adhésion, sont très lourdes et les professionnels de santé plaident pour une simplification.

› Description de l'objectif

Développer les coopérations entre professionnels de santé :

- › dans le cadre de protocoles de coopération validés par la Haute autorité de santé,
- › sous des formes expérimentales et innovantes, en fonction des possibilités offertes par l'évolution de la réglementation ou par la définition d'un cadre expérimental national.

› Modalités de mise en œuvre

- › Autoriser en région Centre-Val de Loire des protocoles déjà autorisés dans d'autres régions et favoriser leur mise en œuvre,
- › Élaborer de nouveaux protocoles répondant à des besoins spécifiques, en favorisant la collaboration entre plusieurs équipes de professionnels de santé ou dans un cadre interrégional,

- › Impulser des organisations innovantes et rendre opérationnels des projets des professionnels de santé, dans une logique de simplification,
- › Accompagner des actions facilitant les transferts d'actes dans un cadre expérimental en fonction des possibilités offertes par la réglementation sur des territoires de projet prioritaires.

› Échéances intermédiaires

ANNÉE	INTITULÉ ACTION
2018	Autoriser les protocoles de coopération répondant aux besoins de la région parmi 20 protocoles identifiés
2020	Mise en œuvre d'au moins 2 projets expérimentaux

› Modalités d'évaluation

L'objectif défini est évalué à 5 ans avec l'indicateur de résultat suivant :

N°	INTITULÉ INDICATEUR DE RÉSULTATS	VALEUR CIBLE INITIALE 2016	VALEUR CIBLE INTERMÉDIAIRE	VALEUR CIBLE À 5 ANS
1	Taux de protocoles de coopération autorisés pour lesquels au moins 15 professionnels de santé sont adhérents			50 %

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°33



DÉPLOYER LA PRATIQUE AVANCÉE AU SEIN DE LA PROFESSION INFIRMIÈRE

› Contexte et enjeu

L'article 119 de la Loi de modernisation de notre système de santé (annexe 4) introduit l'exercice avancé pour des professionnels paramédicaux hospitaliers et/ou libéraux.

« Les auxiliaires médicaux (...) peuvent exercer en pratique avancée au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par le médecin traitant ou au sein d'une équipe de soins en établissements de santé ou en établissements médico-sociaux coordonnée par un médecin ou, enfin, en assistance d'un médecin spécialiste, hors soins primaires, en pratique ambulatoire. »

En pratique, il s'agit de professionnels paramédicaux qui pourront exercer des activités, réaliser des actes et des prescriptions dans un cadre défini réglementairement ; cette pratique avancée s'assimile aux « infirmières cliniciennes » (clinical nurses) des pays anglo-saxons.

Enjeux et priorités s'agissant des professionnels de santé :

- › problématique de démographie médicale : nécessité de mieux répartir la charge de travail entre les professionnels de santé,
- › aspirations des professionnels de santé à faire évoluer leurs compétences tout au long de leur carrière.

Enjeux et priorités s'agissant des besoins de santé :

- › nécessité d'améliorer l'accès aux soins des patients sur certains territoires,
- › développement des maladies chroniques : nécessité d'optimiser le parcours de santé,
- › réponse aux demandes de soins non programmés.

› Description de la situation actuelle

Les textes réglementaires qui permettront la mise en œuvre concrète de l'évolution des pratiques de la profession infirmière et qui définiront le contenu de la formation sont en attente de publication.

Des Infirmières diplômées d'État (IDE) sont présentes sur l'ensemble du territoire et disposent de compétences accrues (diplôme universitaire soins palliatifs, douleurs, plaies et cicatrisation, éducation thérapeutique du patient).

Il existe un Collegium santé dans la région (universitarisation), qui pourra être moteur pour la formation. Par ailleurs, les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les Plate-formes territoriales d'appui (PTA) sont en cours de développement et seront de véritables leviers pour le déploiement.

› Description de l'objectif

Dans cinq ans, disposer d'un vivier d'infirmiers exerçant en pratique avancée en réponse à des besoins identifiés sur des territoires prioritaires.

› Modalités de mise en œuvre

- › Participer aux travaux nationaux pour élaborer la maquette de formation et le contenu des programmes.
- › Disposer d'une offre régionale de formation, en région Centre-Val de Loire, éventuellement organisée en inter-région.
- › Favoriser les conditions d'accès des IDE à ces formations et leurs modalités d'exercice à partir de projets portés par des professionnels de la région.

› Échéances intermédiaires

ANNÉE	INTITULÉ ACTION
2019	Définition de la maquette de formation
2020	Définition des besoins sur les territoires et identification des projets
2022	Infirmiers en pratique avancée diplômés et en exercice dans la région Centre-Val de Loire.

› Modalités d'évaluation

L'objectif défini est évalué à 5 ans avec les indicateurs de résultats suivants :

N°	INTITULÉ INDICATEUR DE RÉSULTATS	VALEUR CIBLE INITIALE 2016	VALEUR CIBLE INTERMÉDIAIRE	VALEUR CIBLE À 5 ANS
1	Taux de territoires prioritaires au sein desquels exerce au moins un infirmier en pratique avancée			80 %
2	Taux d'infirmiers de la région exerçant en pratique avancée			1% (*)

(*) La valeur cible est modeste car l'atteinte des objectifs est conditionnée par la publication de textes réglementaires nationaux à venir.

CHAPITRE 17 : L'USAGER, ACTEUR DE SA SANTÉ

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°34

AUGMENTER LE NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES D'UNE OFFRE D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE PERSONNALISÉE, GRADUÉE ET COORDONNÉE SUR LES TERRITOIRES DE PROXIMITÉ, DÉLIVRÉE PAR DES PROFESSIONNELS FORMÉS

► Contexte et enjeux

La définition de l'éducation thérapeutique du patient a été instaurée par la Loi HPST du 21 juillet 2009. En vertu de l'article L. 1161-1 du CSP il est précisé que « l'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Elle n'est pas opposable au malade et ne peut conditionner le taux de remboursement de ses actes et des médicaments afférents à sa maladie ».¹⁰

L'ETP apparait comme une « nécessité » :

- pour les patients : « mieux vivre avec leurs pathologies »,
- pour l'adaptation du système de santé aux maladies chroniques,
- pour les professionnels qui s'accordent sur les bénéfices de la posture éducative rejoignant les données probantes de l'éducation pour la santé.

Une évaluation nationale réalisée par le HCSP et publiée en octobre 2015 a émis 21 recommandations. Les constats et recommandations de ce rapport éclairent sur les travaux à mener. En effet, le développement actuel de l'Éducation thérapeutique du patient (ETP) ne permet pas de répondre aux enjeux posés par le poids croissant des maladies chroniques. On constate notamment :

- des files actives très inférieures aux besoins recensés,
- une majorité de programmes autorisés à l'hôpital alors que les malades chroniques sont prioritairement traités et accompagnés en médecine ambulatoire,
- des pathologies prioritaires peu ou mal couvertes (ex : neuro, cancer...) et peu de programmes pluri-pathologies,
- une prise en compte insuffisante des Inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS) dans les programmes.

Selon un rapport de la Caisse nationale d'assurance-maladie (CNAM), publié le 31 mai 2017, d'ici à 2020, 548 000 personnes de plus qu'en 2015 devraient être atteintes d'au moins une pathologie chronique ou être concernées par un traitement au long cours. Le classement des pathologies concernées désigne prioritairement les maladies cardio-neuro-vasculaires (plus de 5 millions de personnes-soit une hausse de 13 % par rapport à 2015), le diabète (4 millions de personnes-soit une hausse de 12 %), les maladies respiratoires (avec 4 millions de personnes et une hausse de 10 %), les maladies psychiatriques et les maladies inflammatoires (comme celles du système digestif, du système nerveux ou d'autres maladies rares) avec une hausse de l'ordre de 20 % par rapport à 2015 pour atteindre un total de 1,4 million de personnes concernées.

Pour la plupart de ces pathologies l'ETP constitue une prise en charge indispensable à un soin de qualité, dès lors qu'elle est personnalisée et adaptée à la personne qui peut en bénéficier.

¹⁰ Voir les articles L. 1161-1 à L. 1161-6 du CSP.

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

	Obésité Diabète	Cardio- vasculaire	Rénales	Respiratoires	Psychiatrie	Maladies Infectieuses	Cancers	Neurologiques	Autres	Total
Cher	5	1					2		2	10
Eure- et-Loir	11	5	2	3	2	2			5	30
Indre	6	2	1	2	1					12
Indre- et-Loire	7	4	4	4	1	2	2	3	7	34
Loir-et- Cher	13	4	2	2			1		1	23
Loiret	12	1	3	2	1	2			3	24
Total	54	17	12	13	5	6	5	3	18	133

› Description de la situation actuelle

Malgré une relative diversité de programmes autorisés en région Centre-Val de Loire, il y a peu de nouveaux programmes d'ETP qui se mettent en place. Les pathologies métaboliques représentent 41% des programmes régionaux.

Ces programmes, souvent déployés dans le secteur hospitalier, restent méconnus des patients et des professionnels libéraux et sont inégalement répartis sur le territoire et principalement concentrés en zones urbaines. Ils ne couvrent pas suffisamment les besoins des personnes les plus vulnérables, quel que soit le facteur de vulnérabilité (isolement géographique, difficultés d'accès aux soins, précarité, handicap).

› Description de l'objectif

- › Augmenter le nombre de bénéficiaires d'une offre d'ETP personnalisée, graduée et coordonnée sur les territoires de proximité, délivrée par des professionnels formés, selon leurs domaines d'intervention.
- › Augmenter le nombre de bénéficiaires, sur les territoires de proximité, ayant participé à la totalité du programme proposé à la suite du diagnostic éducatif initial.

› Modalités de mise en œuvre

1. Les leviers :

- › L'implication des professionnels de santé pour proposer systématiquement de l'éducation thérapeutique sous toutes ses formes aux personnes atteintes de maladie chronique.
- › L'implication de la personne : *Cf. avis du HCSP du 12 octobre 2015* : « le facteur pronostique majeur mentionné dans l'ensemble des contributions scientifiques concerne l'implication du patient dans son projet thérapeutique. L'objectif est en conséquence de maintenir et d'améliorer la qualité de vie du patient ou de la personne en s'appuyant sur plusieurs concepts et outils : « empowerment¹¹ », « care », accompagnement, etc. ».
- › La place majeure accordée au développement des compétences psychosociales : le même avis du HCSP porte une attention particulière au développement des compétences psychosociales : « pour la personne malade, apprendre devient une manière de savoir prendre en charge sa maladie, une façon de penser sa maladie et d'en être le technicien ».
- › La place essentielle de la littératie en santé renforçant la capacité de l'utilisateur à s'engager dans un programme d'ETP.
- › L'accord conventionnel interprofessionnel sur la coordination des soins et l'exercice regroupé du 20/04/2017 (arrêté du 24/07/2017 publié JO 05/08/2017), qui favorise la contribution des maisons de santé pluridisciplinaires au développement de l'ETP.

¹¹ Empowerment : processus par lequel un individu ou un groupe acquiert les moyens de renforcer sa capacité d'action, de s'émanciper

2. Le type d'actions :

Communiquer et Former : Développer une culture commune autour de l'ETP et faire connaître l'offre localement (professionnels et patients)

- Élaborer une campagne de communication sur l'ETP (grand public et professionnels) ;
 - Proposer des documents d'information simples et des supports imagés ;
- Sensibiliser les professionnels à l'ETP notamment dans le cadre de la formation professionnelle continue, le cas échéant dans un cadre interprofessionnel ;
- Optimiser l'accessibilité des patients et des professionnels de santé aux programmes autorisés en identifiant et en communiquant les lieux ressources en Éducation thérapeutique auprès de l'ensemble des partenaires.

Déployer l'ETP sur l'ensemble du territoire

- Assurer une couverture géographique et sociale équitablement répartie : être à même de proposer sur les territoires une offre d'ETP, graduée et personnalisée dès la découverte de la pathologie chronique ;
- S'appuyer sur les acteurs de soins du premier recours et notamment les Maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) ; et sur le dispositif Asalée ;
- Adapter les programmes existants aux personnes les plus en difficulté en vue de la réduction des inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé ;
- Réaliser la reprise de l'ETP lorsque nécessaire :
ex : aggravation de la pathologie ;
- Identifier les programmes spécifiquement dédiés aux enfants ;
- Rechercher une articulation forte avec des programmes d'accompagnement de l'Assurance maladie (Sophia Diabète, Sophia Asthme et Programmes de retour à domicile (PRADO)) ;
- Définir la place des établissements de santé et des groupements hospitaliers de territoire dans la mise œuvre de l'ETP :

- Permettre une meilleure identification des besoins départementaux en impliquant l'ensemble des acteurs de l'ETP concernés du territoire (Groupements hospitaliers de territoire, établissements privés, équipes de soin primaire, autres...) en repérant les pathologies propres au département;
 - Effectuer un recensement de l'offre de programmes et d'activités d'ETP (cartographie de l'offre en établissement et en ambulatoire) et faire connaître notamment aux PTA;
 - Mettre en œuvre des pôles référents forts et structurés en ETP, lieux ressources pour les professionnels et également lieux d'ETP pour les patients complexes ;
 - Veiller à la complémentarité entre l'offre d'ETP intégrée aux soins de premier recours et l'ETP intégrée dans les établissements de santé.
- Faciliter le partage d'informations entre les partenaires (malades, associations, médecins traitants, équipes de soins et d'accompagnements...).

Mettre en place une coordination régionale par un acteur à identifier et des coordinations départementales, portées par un acteur du département, à déterminer selon les spécificités du territoire.

- La coordination régionale aura vocation à permettre le partage et l'harmonisation des pratiques, en mettant à disposition des professionnels des référentiels ou programmes types en ETP, en proposant des outils pour améliorer les évaluations qualitatives et quantitatives des programmes, en aidant à la construction de programmes pour les pathologies rares ou complexes.
- La coordination départementale a vocation à rendre accessible et visible l'offre en ETP en associant les acteurs du secteur sanitaire et de l'ambulatoire.

Expérimenter de nouveaux formats d'ETP afin d'élargir l'offre de proximité

- Expérimenter l'ETP à distance (nouvelles technologies).
- Encourager le développement de programmes pluri-pathologies pour prendre en compte la totalité des besoins de la personne notamment en proximité, facilitant ensuite l'accès à des programmes plus spécifiques.

> Modalités d'évaluation

L'objectif défini est évalué à 5 ans avec les indicateurs de résultats suivants :

N°	INTITULÉ INDICATEUR DE RÉSULTATS	VALEUR CIBLE INITIALE 2017	VALEUR CIBLE INTERMÉDIAIRE	VALEUR CIBLE À 5 ANS
1	Indicateur HAS : Pourcentage de patients ayant bénéficié d'un programme personnalisé lors d'une offre initiale d'ETP pour un programme autorisé.	70%(*)	78%	85%

Selon la Haute autorité de santé, l'indicateur conjugue le suivi du nombre de patients qui ont bénéficié d'un programme personnalisé d'ETP et l'exigence de qualité quant au déroulement d'un programme personnalisé.

(*) Les données sont recueillies dans les grilles d'activité des porteurs de programme d'ETP.

« L'AIDE AUX AIDANTS »

Les aidants sont ceux qui viennent en aide, non professionnellement, à titre principal, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de leur entourage, pour les activités de la vie quotidienne. Cette aide régulière peut être prodiguée de façon permanente ou non et peut prendre plusieurs formes, notamment nursing, soins, accompagnement à l'éducation et à la vie sociale, démarches administratives, prises de rendez-vous, accompagnement de la personne aidée lors des consultations, des examens, des traitements, coordination, vigilance permanente et signalement des problèmes à l'équipe médicale, soutien psychologique, activités domestiques...

Cette définition permet d'envisager les aidants dans la diversité de leur situation : ils peuvent par exemple être des membres de la famille restreinte et élargie (parent, conjoint, frère, sœur...), du cercle amical et/ou de l'entourage (voisin...).

En France, selon différentes études menées par la DRESS en 2008, 8,3 millions de personnes de 16 ans ou plus aident de façon régulière et à domicile une ou plusieurs personnes de leur entourage pour des raisons de santé, en perte d'autonomie ou en situation de handicap. Ce chiffre ne cesse d'augmenter en raison du vieillissement de la population, de l'allongement de l'espérance de vie des personnes malades et du fait des progrès de la médecine. 4 millions de personnes accompagnent des personnes de moins de 60 ans et 4.3 millions aident au moins une personne âgée de plus de 60 ans. Il s'agit le plus souvent de femmes (57%), de personnes membres de la famille (79 % dont 44 % de conjoints), de personnes exerçant une activité professionnelle (47%) ou étant retraitées (33 %).

Le profil des aidants varie notamment selon le type de handicap (moteur, sensoriel, mental,...), la pathologie et/ou maladie chronique (Alzheimer, Parkinson, VIH, cancer...) et l'âge de la personne aidée. De même, le profil des aidants est différent selon que le handicap de la personne aidée est de naissance ou acquis (du fait d'un accident, de la survenue d'une maladie...). Dans tous les cas,

il est susceptible d'évoluer au cours de la trajectoire de vie de la personne aidée. L'aide aux aidants est donc un sujet sociétal qu'il convient de prendre en compte en tant que tel et qui constitue un enjeu majeur de l'offre de santé proposée aux habitants de la région Centre-Val de Loire.

La réponse apportée aujourd'hui aux besoins des aidants n'est pas suffisante, comme en témoignent les résultats de l'enquête citoyenne réalisée 2017, et cela malgré :

- ▶ des acteurs nombreux, au premier rang desquels les conseils départementaux, les conférences des financeurs, et de manière très importante les associations, portées par de nombreux bénévoles,
- ▶ des dispositifs de plus en plus nombreux qui ont été mis en œuvre par exemple dans le cadre de plans nationaux (maladies neuro-dégénératives, maladies chroniques, etc).

Un consensus clair est apparu lors des travaux préparatoires au Projet régional de santé pour travailler de manière coordonnée et concrète au niveau de chaque territoire départemental pour :

- ▶ Améliorer la connaissance réciproque entre aidants et porteurs de dispositifs d'appui,
- ▶ Améliorer la formation des aidants,
- ▶ Développer et mieux adapter aux besoins des aidants les structures et dispositifs de répit, ce qui peut conduire à décroiser et ouvrir des dispositifs aujourd'hui spécialisés par pathologies ou handicap en s'interrogeant également sur les transports.

Pour cela, on procédera à une meilleure coordination des structures existantes tout en développant les services adaptés aux besoins des aidants.

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°35



AMÉLIORER LA COORDINATION DES POLITIQUES EN FAVEUR DES AIDANTS SUR CHAQUE TERRITOIRE DE SANTÉ

▶ Contexte et enjeux

L'article L.113-2 du CASF confie au conseil départemental un rôle de chef de file en termes de gouvernance et de coordination de l'aide aux aidants. L'échelon départemental paraît le plus pertinent pour positionner le déploiement des actions d'aide aux aidants dans une stratégie de coordination et de complémentarité.

Cette démarche doit articuler les interventions soutenant l'aide aux aidants de la part de l'ensemble des acteurs, aussi bien institutionnels, professionnels de santé et du secteur social, associatifs... Pour cela, il apparaît nécessaire que les acteurs précisent leur périmètre d'intervention de manière complémentaire.

› Description de la situation actuelle

Les dispositifs existants sont peu connus des différents acteurs entre eux et des bénéficiaires. Ils ont généralement été mis en place dans le cadre de la gouvernance de programmes nationaux particuliers dédiés à un groupe de pathologie.

Cette dimension doit donc être prise en compte et traitée de manière spécifique afin de déployer des actions qui visent à identifier les offres, les structurer et les rendre lisibles et accessibles dans chaque territoire de proximité.

› Description de l'objectif

Il s'agit :

- › D'identifier pour faire connaître aux professionnels de santé, aux professionnels du social, aux associations et à la population ; les différents dispositifs existants déployés dans chaque territoire de santé de proximité.
- › De mettre en place une coordination des interventions en faveur des aidants.

› Modalités de mise en œuvre

Les types d'actions :

- › Recenser et cartographier les dispositifs existants proposant des actions d'aides aux aidants.

› Échéances intermédiaires

ANNÉE	INTITULÉ ACTION
2019	Dans chaque territoire de santé, recenser et cartographier : <ul style="list-style-type: none"> › les dispositifs existants › les expérimentations afin de rendre lisible et accessible l'offre existante à tous les publics de la région.
2020	Engager un travail de collaboration inter-institutionnelle pour construire un programme d'actions coordonné en faveur de l'aide aux aidants.

› Modalités d'évaluation

L'objectif défini est évalué à 5 ans avec les indicateurs de résultats suivants :

N°	INTITULÉ INDICATEUR DE RÉSULTATS	VALEUR CIBLE INITIALE 2016	VALEUR CIBLE INTERMÉDIAIRE	VALEUR CIBLE À 5 ANS
1	Cartographie disponible avec un programme de communication pour toutes les politiques publiques	0		1
2	Nombre de programmes d'action coordonnés qui ont été réalisés	0		100 %

- › Capitaliser en promouvant les expérimentations innovantes et qui ont fait la preuve de leur efficacité et les diffuser.

- › Co-construire avec les acteurs concernés un programme d'actions lisible mettant en commun les différents dispositifs d'aide aux aidants proposés par chacun, ceci en lien avec les schémas départementaux, la conférence des financeurs, les maisons de l'autonomie (MDA) et les Conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA).

Les Leviers :

1- Les leviers de coordination régionale :

- › les Commissions de coordination des politiques publiques (CCPP)
- › la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et l'instance de co-construction pour le suivi régional de la mise en œuvre des objectifs du schéma régional de santé.

2- Les Leviers de coordination territoriale de proximité :

- › le conseil départemental,
- › la Maison départementale de l'autonomie (MDA) et la conférence des financeurs, le conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie,
- › les associations de bénévoles,
- › les conseils territoriaux de santé,
- › les plate-formes territoriales d'appui (PTA).



DÉVELOPPER UNE OFFRE TERRITORIALISÉE POUR LE SOUTIEN ET L'ACCOMPAGNEMENT DES AIDANTS

► Contexte et enjeux

Les personnes en charge de l'accompagnement au long court de malade, s'exposent eux-mêmes potentiellement à l'atteinte de leur santé :

- physique : fatigue, épuisement, renonciation aux soins, stress,
- psychologique : dépression, sentiment de solitude face aux décisions à prendre,
- sociale : retentissement sur la vie familiale et sentimentale, impacts sur la vie professionnelle et par là même sur les ressources financières.

Tous ces effets cumulés dégradent les conditions de vie de l'aidant, ce qui objective la nécessité d'apporter un soutien, un accompagnement psychologique et des possibilités aux aidants et cela dans chaque territoire.

► Description de la situation actuelle

De nombreux dispositifs d'aides aux aidants ont été mis en place par les différentes institutions : État, collectivités territoriales, caisses de retraite, organismes de sécurité sociale, mutuelles, assurances, associations de bénévoles. Ainsi plusieurs dispositifs existent dans chaque territoire de santé. On peut notamment citer les initiatives suivantes :

- création de plate-formes de répit et d'accompagnement, de MAIA ;
- mise en place de formations spécifiques pour les aidants (Autisme, Alzheimer ...) ;
- financement de cafés des aidants par la CARSAT ;
- déploiement d'actions d'information et de communication par les conseils départementaux ;
- financement dans le cadre de l'APA et de l'AHH et de ces compléments... Les réponses proposées, notamment les plateformes de répit et d'accompagnement sont mises en œuvre essentiellement par des associations et financées par les conseils départementaux, l'ARS, via un conventionnement direct d'associations nationales, les organismes de sécurité sociale... Il existe donc d'ores et déjà une diversité de réponses.

Pour autant, la répartition de la réponse à l'accompagnement des aidants sur les territoires apparaît hétérogène et inégale. De plus, les réponses mises en œuvre sur chaque territoire de santé ne

sont pas toujours lisibles (cf. notamment les études DREES) et sont souvent spécialisées par type de public.

► Description de l'objectif

Agir d'une manière préventive en proposant une offre territorialisée d'accompagnement, de soutien et d'aide aux aidants sur chaque territoire de santé afin de :

- Rendre lisible l'offre pour tous les aidants.
- Renforcer le repérage des aidants en difficultés afin d'éviter les situations d'essoufflement et de rupture.

► Modalités de mise en œuvre

1- Mieux informer les aidants : assurer l'accessibilité à une information adaptée, centralisée et fiable

- Mettre en œuvre sur chaque territoire de santé une fonction de plate-forme/centre de ressources et de soutien aux aidants pour mieux informer à la fois les professionnels aux contacts des aidés et les aidants eux-mêmes : numéro de téléphone dédié, site internet dédié, fonctions d'écoute/information et d'orientation...
- Faire connaître l'existence de la plate-forme/centre de ressources et de soutien aux aidants.
- Sur les territoires où les dispositifs existent déjà, renforcer les plate-formes d'accompagnement et de répit.
- Prévoir d'organiser des journées départementales des aidants en parallèle de la journée nationale des aidants qui se déroule en octobre de chaque année en utilisant les supports, les contenus et les vecteurs d'information existants.

Pour mettre en œuvre cette action, chaque territoire de santé pourra s'appuyer sur ses ressources existantes ou éventuellement créer une structure spécifique, le modèle du Maine-et-Loire peut être un exemple parmi d'autres.

Il conviendra également pour les professionnels de santé d'articuler cette action avec les fonctions territoriales d'appui.

2- Mieux repérer les aidants : assurer le repérage des aidants en difficultés et évaluer leurs besoins, pour leur proposer les accompagnements adaptés.

► Mettre à disposition des outils de repérage et d'évaluation des besoins, auprès des acteurs concernés et les former. Les acteurs concernés par le repérage peuvent être :

- les professionnels de santé, les travailleurs sociaux, les aides à domicile, les équipes des dispositifs spécifiques du type MAIA, les plate-formes de répit et d'accompagnement, les fonctions d'appui et d'éducation thérapeutique...
- les associations d'usagers, et de prévention.

3- Proposer une palette de réponses aux besoins des aidants sur chaque territoire de santé :

Cinq types de réponses seront à développer au sein de chaque territoire :

- **prévention** : bilans de santé, visites médicales, actions de prévention, actions de sensibilisation, parcours santé des aidants (action spécifique MSA)...
- **soutien social et/ou moral** : soutien psychosocial individuel et collectif, groupes de parole, groupes de pairs, dispositif café des aidants, médiation familiale, soutien à la parentalité, éducation thérapeutique du patient, plate-forme d'accompagnement et de répit, bistrot mémoires...
- **formation** : sessions de formation en présentiel ou en distanciel destinées aux proches aidants, formations de formateurs (bénévoles et/ou professionnels)...

► **accès aux loisirs et à la vie sociale** : séjours vacances dans des structures dédiées ou en établissements, activités de loisirs, sportives et culturelles...

► **services de relais et de répit** : heures d'aide ou de surveillance à domicile, accueil de jour, hébergement temporaire, accueil de jour itinérant, famille d'accueil, habitat inclusif...

La palette d'offre devra permettre d'innover et d'expérimenter de nouvelles modalités d'aide aux aidants. La mise en œuvre de cette offre pourra s'appuyer sur les contrats locaux de santé.

Les leviers

- Mieux utiliser les dispositifs existants.
- Développer les coopérations entre acteur.
- Utiliser le dispositif d'innovation régional.
- Recourir aux dispositifs de financement existants (CNSA, ARS, Conseils départementaux, Organismes de sécurité sociale : CARSAT, MSA, CPAM,...)

► Échéances intermédiaires

ANNÉE	INTITULÉ ACTION
2018-2019	Affiner la connaissance et la compréhension des besoins d'aide aux aidants.
2020 à 2024	<ul style="list-style-type: none"> ► définition et mise en œuvre des modalités de renforcement de l'information et de la communication, destiné aux aidants sur chaque territoire de santé et des modalités d'amélioration du repérage des aidants, ► mise en œuvre d'un programme départemental d'actions coordonnées pour développer des actions complémentaires

► Modalités d'évaluation

Cet objectif sera évalué en analysant l'évolution de la proportion d'aidant en difficulté et faisant l'objet d'accompagnement adapté à leur besoin.

PARCOURS

— PARCOURS SPÉCIFIQUES —



SOMMAIRE

Personnes âgées > p.112

Objectif opérationnel n°37 : Repérer de façon précoce les personnes âgées fragiles afin d'éviter ou retarder la perte d'autonomie > p.112

Handicap > p.115

Objectif opérationnel n°38 : Favoriser les apprentissages et le parcours des enfants et des jeunes en situation de handicap dans une logique d'inclusion tout en répondant à leurs besoins spécifiques > p.115

Objectif opérationnel n°39 : Favoriser le parcours de l'adulte en situation de handicap tout au long de la vie en tenant compte de ses besoins spécifiques > p.117

Autisme > p.119

Objectif opérationnel n°40 : Renforcer l'efficacité du diagnostic et de l'accompagnement précoce de l'autisme > p.119

Objectif opérationnel n°41 : Accompagner les parcours institutionnels, scolaires et universitaires > p.121

Objectif opérationnel n°42 : Proposer un accompagnement personnalisé et adapté aux besoins des adultes tout au long de la vie > p.122

Cancer > p.124

Objectif opérationnel n°43 : Améliorer les conditions de sortie d'hospitalisation des patients porteurs de cancer > p.124

Objectif opérationnel n°44 : Assurer un parcours de santé adapté aux types de cancer et aux réalités du territoire > p.125

Addiction > p.127

Objectif opérationnel n°45 : Développer une culture de la prévention, collective et individuelle, des conduites addictives et favoriser sa mise en œuvre > p.127

Objectif opérationnel n°46 : Développer une culture de la réduction des risques et des dommages des conduites addictives et favoriser sa mise en œuvre > p.129

Objectif opérationnel n°47 : Développer une culture du lien pour favoriser les soins et l'accompagnement des personnes présentant une conduite addictive (et ses comorbidités) et favoriser sa mise en œuvre > p.131

Santé mentale > p.133

Objectif opérationnel n°48 : Développer le repérage et la prise en charge précoce des troubles psychiques > p.133

Objectif opérationnel n°49 : Promouvoir un parcours de santé et de vie faisant du lieu de vie le centre des prises en charges et des accompagnements > p.136

Objectif opérationnel n°50 : Organiser la continuité du parcours de santé des personnes souffrant de troubles psychiques, par la coordination étroite entre les différents acteurs concernés > p.138

PERSONNES ÂGÉES

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°37

▶ REPÉRER DE FAÇON PRÉCOCE LES PERSONNES ÂGÉES FRAGILES AFIN D'ÉVITER OU RETARDER LA PERTE D'AUTONOMIE

▶ Contexte et enjeux

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé vise à structurer le système de santé dans une logique de parcours de santé.

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement a pour objectif d'anticiper les conséquences du vieillissement de la population et d'inscrire cette période de vie dans un parcours répondant le plus possible aux attentes des personnes en matière de logement, de transports, de vie sociale et citoyenne, d'accompagnement. Elle donne la priorité à l'accompagnement à domicile afin que les personnes âgées puissent vieillir chez elles dans de bonnes conditions. La loi apporte également une nouvelle organisation et des financements supplémentaires pour la prévention de la perte d'autonomie au niveau du département à travers la mise en place des conférences des financeurs.

La population de la région Centre-Val de Loire connaît un vieillissement plus marqué qu'au niveau national : la part des 65-74 ans (9 %) et des 75 ans et plus (10 %) est supérieure au niveau national (respectivement 8 % et 9 %). L'indice de vieillissement régional (79,7) est plus fort que l'indice national (70,6) et l'indice de grand vieillissement également plus fort (14,6/14). Cette tendance va se poursuivre avec une évolution du nombre de personnes âgées de 75 et plus de 68 % à l'horizon 2040, d'après la projection de l'INSEE (elles sont 272 519 en 2015 et passeraient à 458 616 en 2040).

Les principales problématiques de santé (maladies chroniques) et d'impact sur le système de santé (nécessité d'adapter l'offre de soins de proximité-à domicile et en structures de proximité-aux besoins des personnes âgées, exigence de coordination, risques spécifiques de iatrogénie et de non pertinence des soins, renforcement des filières et de la formation gériatriques...) sont prises en compte dans les axes transversaux du PRS. En complément, il apparaît prioritaire de faire du repérage précoce des fragilités un élément structurant du parcours des personnes âgées.

Cet enjeu, articulé avec les objectifs de prévention de la perte d'autonomie, nécessite la mobilisation de nombreuses politiques publiques. Il relève en effet à la fois des politiques de santé et des politiques portées par les conseils départementaux, dans le cadre des schémas autonomie, et dans celui de la conférence des financeurs. Les enjeux de la prévention de la perte d'autonomie et du repérage précoce des fragilités sont de :

- ▶ Favoriser le bien vieillir, par la prévention des maladies et le suivi des recommandations pour vieillir sans difficultés majeures de santé (*chapitre « prévention »*),
- ▶ Dépister et accompagner les patients fragiles pour éviter les décompensations qui conduisent à la survenue d'incapacités avec entrée dans la dépendance,
- ▶ Maintenir l'intégration de la personne âgée et très âgée au sein de structures de vie sociale et de la population en général,
- ▶ Maîtriser le surcoût social et économique que génère la dépendance tout en favorisant la qualité de vie des personnes âgées.

Le concept de fragilité est aujourd'hui reconnu comme levier de prévention de la perte d'autonomie. C'est un syndrome clinique qui reflète la diminution des capacités physiologiques et altère ainsi les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et les facteurs psychologiques, sociaux économiques et comportementaux.

C'est pourquoi, le repérage en amont de la population âgée « fragile » constitue une priorité régionale car il offre un moyen de :

1. Prévenir l'entrée dans la dépendance ou la retarder, en agissant en amont sur les principaux facteurs de risque de perte d'autonomie.

Prévenir les risques de complication et en particulier éviter les hospitalisations, plus fréquentes chez le sujet âgé non pris en charge dans un parcours de soins. Ces hospitalisations sont très souvent délétères pour cette population, en particulier lorsqu'elles ne sont pas programmées.

Or, la part des hospitalisations non programmées des PA en médecine chirurgie (MC) (52 %) est supérieure au niveau national (49 %) et le taux de passages aux urgences des PA non suivies d'hospitalisation également (14 % v/s 11,7 %). Le taux de ré-hospitalisation à 30 jours des PA en MC est proche du niveau national (17 %).

2. Organiser le suivi et le maintien à domicile dans les meilleures conditions possibles, tout en travaillant les entrées en institution en amont, lorsque les pathologies évolueront avec une perte d'autonomie qui s'installe (troubles psycho-comportementaux dans le cadre de maladies neuro-

dégénératives ; polyopathologies) ou lorsque les situations médico-sociales sont complexes mais ne relèvent pas d'une admission en court séjour aigu ni d'un passage par le service des urgences.

En région Centre-Val de Loire, la part des personnes âgées vivant seules (37,8 %) est inférieure au niveau national (38,7 %) ; en revanche la part des personnes âgées en institution (10 %) est supérieure au niveau national (9 %) ainsi que la part des bénéficiaires APA à domicile évalués en GIR 1 ou 2 (22 % v/s 19,7 %). D'après l'observatoire des fragilités CARSAT, 4 395 personnes de plus de 75 ans sont sans médecin traitant.

Les objectifs transversaux portés par le SRS, qu'il s'agisse de l'adaptation de l'offre de premier recours et hospitalière, de l'offre médico-sociale, de l'attractivité des territoires pour les professionnels de santé, de pertinence du recours au système de santé, de qualité des soins, de continuité des parcours doivent notamment permettre de mieux répondre aux besoins spécifiques des personnes très âgées, en leur garantissant le bon niveau de recours et le juste soin, et une prise en charge coordonnée, humaine, respectueuse de leur volonté et de leur dignité. L'ensemble des leviers de mise en oeuvre du PRS, projets médico-soignants des GHT, projets des CPTS, contrats locaux de santé, CPOM etc. intégreront de manière spécifique la prise en charge des personnes âgées fragiles.

› Description de la situation actuelle

Les disciplines médicales et gériatriques ont été orientées pendant longtemps vers la prise en charge des patients âgés dépendants qui souvent arrivent via les services d'urgence pour être accueillis dans les structures gériatriques. Or il apparaît aujourd'hui que la gérontologie est plus efficace si elle intervient à un stade plus précoce qui est celui de la « fragilité ».

Le repérage des personnes âgées fragiles à domicile fait l'objet de réflexions voire d'initiatives dans tous les départements de la région : la nécessité de structurer ce repérage est une volonté partagée tant par les acteurs institutionnels (Conseils départementaux, MAIA, MDPH ou MDA) que professionnels de ville et hospitaliers.

La structuration des filières gériatriques aujourd'hui portée par les Groupements hospitaliers de territoire (GHT) nécessite d'être poursuivie dans le cadre de leurs projets médicaux partagés, avec l'ensemble des acteurs concernés, sociaux, médico-sociaux, professionnels de ville, établissements de santé privés, en les inscrivant dans une offre de soins graduée et tenant compte du contexte de démographie médicale en tension.

La coordination entre la ville et l'hôpital dispose d'outils supports de la coordination (le Dossier médical partagé et la messagerie sécurisée en santé) en cours de déploiement au niveau régional, avec le soutien fort de la part de la Fédération URPS Centre-Val de Loire et des établissements de santé.

Les dispositifs MAIA déployés sur l'ensemble de la région constituent un atout.

L'expérimentation PAERPA est mise en place en Indre-et-Loire avec un cadrage et des financements spécifiques.

Les conférences des financeurs créées en 2017 vont adopter un programme coordonné de financement des actions de prévention pour toutes les personnes âgées de 60 ans et plus. Ces conférences ont vocation à financer à la fois des actions collectives de prévention et de lutte contre l'isolement, mais aussi des aides individuelles pour faciliter l'accès aux aides techniques pour les personnes âgées à revenus modestes.

› Description de l'objectif

Anticiper la perte d'autonomie par un repérage précoce des personnes âgées fragiles, pour éviter les hospitalisations évitables et/ou les passages aux urgences inappropriés et favoriser le maintien au domicile. Ce repérage implique la sensibilisation, la mobilisation et la coordination de l'ensemble des acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires (professionnels de santé libéraux et établissements de santé, équipes concernées des conseils départementaux, autres intervenants à domicile) aux risques de perte d'autonomie, dans une approche parcours de santé et de vie de la personne âgée.

› Modalités de mise en oeuvre

1. Développer le repérage de la fragilité par une sensibilisation des professionnels, des aidants et des personnes âgées à la notion de fragilité, sur la base d'outils validés par la Haute Autorité de santé (HAS).
2. Dans le cadre du plan territorial d'accès aux soins, dans les zones fragiles, avec l'appui des organismes d'assurance maladie, consolider les modalités d'accès des personnes âgées à un médecin traitant,
3. Le médecin traitant doit pouvoir être alerté par tout professionnel, avec un outil adapté, afin d'avoir connaissance des événements soudains pouvant fragiliser ses patients et ainsi procéder aux évaluations complémentaires.
4. Développer le recours à l'évaluation gériatrique en favorisant les modalités de prise en charge en proximité de la population (organiser la réponse aux besoins de proximité, en coordination entre établissements de santé et CPTS, en ayant recours aux équipes mobiles de gériatrie, télémédecine, identification d'EHPAD ressources, consultations avancées...) et favoriser le déploiement des protocoles de coopération.
5. Développer le recours à l'expertise géronto-psychiatrique en particulier pour le repérage et la prise en charge de la dépression du sujet âgé et des troubles psycho-comportementaux liés ou non aux maladies neurodégénératives.
6. Poursuivre et développer la culture gériatrique et la culture des soins palliatifs par la formation, et le recours à l'expertise gériatrique au sein des établissements et services.

7. Favoriser le diagnostic précoce du déclin cognitif quel que soit l'âge et éviter les ruptures de parcours en particulier pour les malades jeunes Alzheimer et apparentés, en lien avec la mesure 9 du plan national maladies neurodégénératives. (L'existence d'un Centre mémoire ressources et recherches (CMRR) au sein du CHU constitue un atout au niveau régional qui contribue à organiser le diagnostic précoce des troubles de la mémoire et de la maladie d'Alzheimer et participe au développement de la recherche sur les troubles cognitifs du sujet âgé).

8. Renforcer les stratégies de lutte contre les facteurs d'hospitalisation ou de ré-hospitalisation évitables du sujet âgé avec :

- une politique coordonnée de prévention des risques de chute et d'iatrogénie médicamenteuse,
- des démarches de coopération renforcée entre EHPAD et établissements de santé, permettant d'éviter les hospitalisations inutiles, de mieux préparer celles qui sont nécessaires et de mieux organiser les conditions de sortie en s'appuyant sur les outils de coopération existants et notamment la e-santé (DMP, télémédecine).

➤ Structurer la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, à la fois au niveau départemental (niveau de la politique gérontologique départementale, des GHT et de l'organisation des fonctions d'appui – PTA), et au niveau des territoires de proximité (coordination entre les équipes de soins primaires, CPTS, établissements de proximité, acteurs du maintien à domicile...)

9. De manière générale, inscrire l'amélioration des parcours personnes âgées dans le cadre d'une concertation et d'une recherche de complémentarité efficace entre les politiques pilotées par les conseils départementaux et les politiques de santé et favoriser la complémentarité des financements des actions de prévention de la perte d'autonomie entre les différents financeurs (ARS, CARSAT, MSA, conseils départementaux, conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie).

La mise en œuvre du plan d'action régional « plan maladies neurodégénératives » fait partie intégrante des objectifs du PRS2 et fera l'objet d'une évaluation spécifique. Dans ce cadre, les différentes structures d'expertises sur les maladies neurodégénératives ont vocation à constituer une plateforme mutualisée, permettant une mise en commun de ressources et de pratiques.

➤ Modalités d'évaluation

L'objectif défini est évalué à 5 ans avec les indicateurs de résultats suivants :

N°	INTITULÉ INDICATEUR DE RÉSULTATS	VALEUR CIBLE INITIALE 2016	VALEUR CIBLE INTERMÉDIAIRE	VALEUR CIBLE À 5 ANS
1	Taux d'hospitalisation directe des 75 ans et plus en médecine gériatrique, sans passage par les services d'urgences	27%		50%
2	Taux de ré hospitalisation à 30 jours des personnes âgées de 75 ans et plus en médecine et chirurgie pour le même motif (indicateur HAS)	17,1%		16%

Au-delà de ces indicateurs et à défaut d'indicateurs plus robustes sur la iatrogénie médicamenteuses qui restent à construire, il sera procédé au suivi de la prévalence de poly médication (3 délivrances au moins pour 10 molécules sur une année) chez les personnes de 75 ans et plus.

HANDICAP

Les objectifs d'une société plus inclusive nécessitent la mobilisation de nombreuses politiques publiques, et le PRS s'inscrit en cohérence et complémentarité avec les schémas des Conseils Départementaux et les dispositifs de l'éducation nationale.

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°38

FAVORISER LES APPRENTISSAGES ET LE PARCOURS DES ENFANTS ET DES JEUNES EN SITUATION DE HANDICAP DANS UNE LOGIQUE D'INCLUSION TOUT EN RÉPONDANT À LEURS BESOINS SPÉCIFIQUES

► Contexte et enjeux

L'enjeu est de construire des réponses individualisées plus inclusives dans lesquelles les soins, l'accompagnement social et médico-social se complètent pour soutenir le projet de vie de l'enfant/du jeune en situation de handicap.

C'est aussi changer de regard et de méthode pour accompagner l'autonomie des personnes concernées, renforcer leur citoyenneté en rendant la société plus inclusive.

L'objectif est d'apporter une réponse la plus adaptée possible aux besoins de la personne sur son lieu de vie autant que faire se peut, et de mobiliser les dispositifs pour répondre aux situations complexes, sur l'ensemble des territoires de la région Centre-Val de Loire.

En région Centre-Val de Loire, la scolarisation en milieu ordinaire des enfants en situation de handicap a progressé entre 2005 et 2015 de 105,97 % soit :

► 71.69% pour le 1^{er} degré

► 178.87% pour le 2nd degré

L'académie affiche un taux de scolarisation des élèves handicapés légèrement inférieur au niveau national : 2.11% (2.26% au national) :

► 1^{er} degré : 2,16% pour l'académie, (2,35% pour le national)

► 2nd degré : 2,05% pour l'académie (2,15% pour le national)

Les élèves porteurs de troubles des fonctions cognitives sont ceux qui sont majoritairement accueillis dans les dispositifs de scolarisation collectifs (ULIS).

Aucune unité externalisée pour des jeunes de + de 6 ans, en école élémentaire, collèges et lycées de la région Centre-Val de Loire ne répond stricto sensu à la définition (une unité d'enseignement externalisée avec le personnel de la structure médico-sociale qui intervient directement dans les établissements scolaires), hors les Unités d'Enseignement en Maternelles pour enfants présentant des troubles autistiques.

Au niveau universitaire, un seul Bureau d'aide psychologique universitaire (BAPU) dans la région Centre-Val de Loire (Tours).

Les difficultés d'accès aux loisirs ainsi qu'aux activités périscolaires sont des freins à la continuité du parcours.

► Description de la situation actuelle

La scolarisation d'un élève en situation de handicap varie en fonction de la nature et de la gravité de son handicap. La scolarisation peut faire l'objet d'aménagements. Elle peut être individuelle ou collective, en milieu ordinaire ou en établissement médico-social.

Parallèlement l'offre médico-sociale s'est étoffée : création de places de SESSAD, de jardins d'enfants spécialisés (JES), mise en place d'unités d'enseignement externalisées (à défaut d'unités délocalisées). Le 3^e plan autisme a également permis la mise en place de 6 unités d'enseignement en maternelle. Ces unités permettent une gradation de la prise en charge et une continuité du parcours : la scolarisation et l'accompagnement médico-social a lieu au sein même de l'école.

Les dispositifs d'apprentissage inclusifs dont les unités d'enseignement maternelle autisme (UEMA) seront développés. Une évaluation préalable du fonctionnement de ces unités (pertinence d'un rattachement à un Institut médico-éducatif par rapport à un Service d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD), difficultés des sorties du dispositif,...) permettra de déterminer les points d'amélioration.

Ces dispositifs ont toute leur utilité. Cependant les ruptures d'accompagnement sont constatées pour l'entrée en maternelle, lors du passage maternelle/primaire, au moment de l'adolescence lors de la formation professionnelle et la déscolarisation de jeunes à partir de 16 ans.

Les maisons départementales pour personnes handicapées (MDPH) ou maisons départementales de l'autisme (MDA) de la région mentionnent des listes d'attente pour des jeunes orientés en IME et qui poursuivent une scolarisation dans les Unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS).

› Description de l'objectif

Privilégier le plus possible l'accueil en milieu ordinaire : écoles, collèges, lycées, universités, dans l'établissement scolaire le plus proche.

Accompagner l'enfant/jeune dans ses apprentissages, sa scolarité et sa formation professionnelle en fonction de ses besoins et en s'adaptant à son parcours.

Permettre un parcours conciliant lieu de vie, dont lieu de scolarisation en milieu ordinaire, accueil dans les structures de loisirs et périscolaires, et un appui par les structures médico-sociales.

› Modalités de mise en œuvre

1. Renforcer la connaissance des besoins des personnes et s'appuyer sur leurs capacités.
2. Améliorer le dépistage par l'accompagnement de la mise en œuvre de formations et/ou d'outils pour des publics intervenant auprès des enfants (médecins généralistes, crèches, assistantes maternelles, professeurs des écoles...).
3. Renforcer les coopérations entre les acteurs institutionnels, entre le secteur médico-social et les structures accueillant les enfants en milieu ordinaire : crèches, établissements scolaires, établissements de formation professionnelle (connaissance réciproque, formations, partenariats, coopération), mais aussi entre ces acteurs et les professionnels de santé du 1er recours et les HAD afin de garantir un parcours structuré de l'enfant entre le domicile, les établissements et l'école.
4. Favoriser l'accueil par les écoles et par les centres de loisirs et services extra et périscolaires de secteur.
5. Développer les dispositifs d'apprentissage et de scolarisation inclusifs et notamment les dispositifs de formation professionnelle au plus près des besoins des jeunes, tels que UEMA, Unité d'enseignement délocalisée.
6. Accompagner ce nouveau paradigme auprès des professionnels qui accompagnent les enfants du plus jeune âge jusqu'à la formation professionnelle en s'appuyant notamment sur la pair-aidance.

7. Inclure l'objectif dans les CPOM des ESMS.

8. Remobiliser les groupes départementaux de scolarisation des élèves handicapés et le groupe régional.

9. Partager avec l'Éducation nationale et en concertation avec les ESMS les formations nécessaires à l'accompagnement des enfants handicapés en milieu scolaire ordinaire.

Les leviers

- › Dispositif de l'Éducation nationale d'intégration en milieu scolaire ordinaire,
- › Contrats locaux de santé,
- › Démarche « réponse accompagnée pour tous » avec les 4 axes d'action : dispositif d'orientation permanent, le renforcement du partenariat entre acteurs institutionnels, l'association des pairs à la dynamique du changement, l'accompagnement à l'évolution des pratiques,
- › La stratégie quinquennale sur le polyhandicap et handicap psychique,
- › La transformation de l'offre médico-sociale et l'accompagnement par dispositifs, plate-formes,
- › Les Système d'information partagés dont ViaTrajectoire,
- › Les nomenclatures Serafin PH et la future réforme de tarification.

Facteurs de réussite : cet objectif doit être relié à l'ensemble des autres axes du PRS et être porté de manière concertée entre l'ensemble des acteurs concernés (Education nationale, Conseils départementaux, MDPH ou MDA, ARS, associations gestionnaires, représentants des usagers).

L'accompagnement de l'enfant doit être personnalisé et global ce qui suppose de prendre en compte son environnement (famille, loisirs, culture, soins, prévention...).

Transversalité des actions avec les autres axes du PRS : accès aux dispositifs de droit commun avec adaptations nécessaires.

Partenariats avec les acteurs du territoire sur l'ensemble des domaines.

› Échéances intermédiaires

ANNÉE	INTITULÉ ACTION
Échéance annuelle	Réunion du groupe régional de scolarisation

› Modalités d'évaluation

L'objectif défini est évalué à 5 ans avec l'indicateur de résultat suivant :

N°	INTITULÉ INDICATEUR DE RÉSULTATS	VALEUR CIBLE INITIALE 2016	VALEUR CIBLE INTERMÉDIAIRE	VALEUR CIBLE À 5 ANS
1	Taux de scolarisation à l'école des enfants accompagnés dans les établissements spécialisés		50 % en 2020	80 %

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°39



FAVORISER LE PARCOURS DE L'ADULTE EN SITUATION DE HANDICAP TOUT AU LONG DE LA VIE EN TENANT COMPTE DE SES BESOINS SPÉCIFIQUES

› Contexte et enjeux

L'enjeu est de construire des réponses individualisées plus inclusives dans lesquelles les soins, l'accompagnement social et médico-social se complètent pour soutenir le projet de vie des adultes en situation de handicap.

C'est aussi changer de regard et de méthode pour renforcer leur citoyenneté en rendant la société plus inclusive, accompagner l'autonomie mais aussi la perte d'autonomie des personnes concernées.

L'objectif est d'apporter une réponse la plus adaptée possible aux besoins de la personne sur son lieu de vie autant que faire se peut, et de mobiliser les dispositifs pour répondre aux situations complexes, sur l'ensemble des territoires de la région Centre-Val de Loire.

Entre 2009 et 2016, la part des services dans l'offre médico-sociale s'est étoffée passant de 22.9 % à 28.3 % mais reste inférieure au niveau national (28.70 %), la part des services étant plus importante sur le secteur enfance (31.010 % en 2016) que sur le secteur adulte (22.90 % en 2016), ces services permettant d'accompagner les personnes au plus près de leur lieu de vie.

Les SESSAD pro ont été développés sur plusieurs départements permettant des passerelles entre le monde de l'enfance et le monde adulte. De même que les dispositifs récents comme les dispositifs Relais pour les jeunes en aménagement Creton créés par appel à projet sur le Loiret et l'Indre-et-Loire, le projet Andros en Eure-et-Loir pour les adultes avec des troubles autistiques sont des solutions alternatives et inclusives.

Le développement du tutorat dans une entreprise en milieu ordinaire sera développé, ainsi que les démarches d'incitation des employeurs, en lien avec Cap Emploi.

Les modes de fonctionnement des Établissement et service d'aide par le travail (ESAT), Service d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé (SAMSAH), et Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ainsi que les démarches d'incitation des employeurs, en lien avec Cap Emploi devront évoluer et se diversifier pour répondre à l'évolution des besoins des personnes.

La région doit également faire face à une autre problématique : le vieillissement des personnes en situation de handicap :

- › Étude CREA 2012 sur le vieillissement des travailleurs handicapés en ESAT : sur les 42 ESAT enquêtés, 31.30 % ont 45 ans et +
- › Étude CREA 2013 sur le vieillissement des personnes handicapées dans les Foyers d'accueil médicalisés (FAM) et les Maisons d'accueil spécialisées (MAS) : la part des personnes de 45 ans dans les FAM et foyers de vie est de 81 % sur la région.

› Description de la situation actuelle

L'offre médico-sociale s'est étoffée avec la création de places en MAS, FAM, SAMSAH, Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Cependant le nombre de jeunes en aménagement Creton reste élevé en région (384 jeunes en 2016) et les MDPH ou MDA comptabilisent des listes d'attente pour l'entrée en établissements pour adultes.

Une attention particulière doit être également portée à la situation de 500 personnes hospitalisées à temps plein sur des très longues durées en psychiatrie (cf. *parcours santé mentale*).

Les personnes rencontrent également des difficultés d'emploi, aussi bien en milieu protégé qu'en milieu ordinaire. Enfin, la prise en charge du vieillissement des personnes en situation de handicap et la perte d'autonomie doit être prise en compte par le secteur médico-social.

› Description de l'objectif

Accompagner la personne adulte en situation de handicap dans son parcours de vie, au plus près de ses besoins, à chaque étape de sa vie d'adulte : entrée dans l'âge adulte, emploi, retraite, vieillissement, en favorisant l'inclusion en milieu ordinaire.

› Modalités de mise en œuvre

- › Renforcer la connaissance des besoins des personnes et s'appuyer sur ses capacités,
- › Développer les pratiques d'accompagnement vers l'emploi, partagées et coordonnées (plateforme) et développer l'insertion des travailleurs d'ESAT en milieu ordinaire de travail,
- › Renforcer le partenariat entre les acteurs institutionnels (Conseils Départementaux, DIRRECCTE, ARS), le secteur médico-social et les entreprises,
- › Faire évoluer les modalités de fonctionnement des CRP/CPO pour répondre à un objectif de société inclusive,
- › Diversifier et adapter les prises en charge en fonction de l'âge,
- › Favoriser la formation des différents professionnels en s'appuyant notamment sur la « pairaidance »,
- › Favoriser le recours aux dispositifs de droit commun : vie sociale, culturelle, sport, transport, préparation à la retraite...,
- › Inclure l'objectif dans les CPOM des ESMS (cohérence et coordination des interventions des différents acteurs...),
- › Poursuivre et développer la culture des soins palliatifs au sein des établissements et services par le recours à l'expertise en soins palliatifs et par la formation,

› Modalités d'évaluation

L'objectif défini est évalué à 5 ans avec les indicateurs de résultats suivants :

N°	INTITULÉ INDICATEUR DE RÉSULTATS	VALEUR CIBLE INITIALE 2016	VALEUR CIBLE INTERMÉDIAIRE	VALEUR CIBLE À 5 ANS
1	Taux d'adéquation entre l'orientation proposée et la situation réelle de l'adulte à échéance annuelle			80 %
2	Taux de personnes orientées par la CDAPH en dispositif emploi accompagné ayant bénéficié du dit dispositif.			100 %
3	Part de l'activité des ESAT se déroulant « hors les murs »			50 %

- › Favoriser l'articulation entre les ESMS et l'HAD afin de permettre leur intervention.

Les leviers

- › Démarche « réponse accompagnée pour tous » avec les 4 axes d'action : dispositif d'orientation permanent, le renforcement du partenariat entre acteurs institutionnels, l'association des pairs à la dynamique du changement, l'accompagnement à l'évolution des pratiques,
- › Stratégie quinquennale sur le polyhandicap et handicap psychique,
- › Mise en situation professionnelle en ESAT, ESAT de transition pour personnes avec handicap psychique,
- › Transformation de l'offre médico-sociale et accompagnement par dispositifs, plate-formes, dispositif emploi accompagné, ESAT hors les murs, de concert avec les Conseil départementaux,
- › Habitat inclusif,
- › Systèmes d'information partagés dont ViaTrajectoire,
- › Nomenclatures Serafin PH et la future réforme de tarification.

Facteurs de réussite : cet objectif doit être relié à l'ensemble des autres axes du PRS et aux actions qui seront développées notamment l'axe « accès au système de santé » et le parcours spécifique « santé mentale ».

› Échéances intermédiaires

Des échéances intermédiaires seront définies en s'appuyant sur le suivi annuel :

- › Du nombre de jeunes en aménagement Creton,
- › Des dispositifs d'emploi accompagné dans le cadre des plans régionaux d'insertion des travailleurs handicapés (PRITH).

AUTISME

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°40

RENFORCER L'EFFICIENCE DU DIAGNOSTIC ET DE L'ACCOMPAGNEMENT PRÉCOCE DE L'AUTISME

> Contexte et enjeux

A compter du 1^{er} janvier 2018 la mise en œuvre d'une réponse accompagnée pour tous est obligatoire pour les situations les plus complexes de handicap. Le 3^e plan autisme 2013-2017 est en fin de mise en œuvre et a été évalué par l'Inspection Générale des Affaires Sociales. La nouvelle stratégie nationale pour l'autisme qui couvre la période 2018-2022 réaffirme le principe de la mise en œuvre d'un diagnostic et d'une intervention précoces afin de limiter le sur-handicap.

L'enjeu est de poursuivre la dynamique de mise en œuvre d'une organisation régionale coordonnée, intégrée et graduée permettant de repérer, de diagnostiquer et d'intervenir le plus précocement possible. Cette prise en charge précoce permet de saisir l'opportunité d'agir très vite au niveau du parcours de développement des enfants de moins de 6 ans et modifier l'intensité du handicap par des interventions directes sur les pratiques d'accompagnement des personnes autistes.

Cette organisation doit permettre de disposer dans chaque territoire d'une réponse sanitaire et médicosociale coordonnée permettant l'adaptation de l'offre aux besoins des enfants mais également de leurs proches. Elle doit créer les conditions de la continuité du parcours précoce d'un enfant ayant un trouble du spectre autistique (TSA).

À partir d'une évaluation de la prévalence des troubles du spectre de l'autisme de 1 enfant pour 125 à 150 naissances (sources : STATISS 2013), les besoins en diagnostic et prise en charge précoce sont estimés à environ 200 nouvelles situations par an dans la région Centre-Val de Loire avec des variations territoriales estimées, pour indication, à :

- > 21 à 25 nouvelles situations pour le Cher,
- > 37 à 44 pour l'Eure-et-Loir,
- > 15 à 17 pour l'Indre,
- > 45 à 54 pour l'Indre-et-Loire,
- > 24 à 29 pour le Loir-et-Cher,
- > 58 à 70 pour le Loiret.

> Description de la situation actuelle

L'équipe départementale de l'Indre-et-Loire a été créée en 2010 dans le cadre du 2^e plan autisme. Les cinq autres équipes départementales de diagnostic et de prise en charge précoce ont été créées en 2015. Leur activité est en cours de montée en charge. Le SEDIA (équipe mobile du Centre Ressources Autisme de Tours) les accompagne jusqu'en décembre 2017.

Une grille d'évaluation régionale des équipes départementales de diagnostic précoce a été créée en 2017.

La formation des aidants familiaux a été testée dans certains départements de la région. La satisfaction des familles ressort dans chaque département.

> Description de l'objectif

Les équipes départementales de diagnostic et de prise en charge précoce doivent poursuivre leur montée en compétence dans l'élaboration des diagnostics, l'évaluation des besoins de prise en charge précoce et l'animation d'un réseau départemental.

Les délais d'accès au diagnostic doivent être diminués.

La formation des aidants familiaux doit être pérennisée, voir renforcée avec une attention particulière pour les familles les plus fragiles.

> Modalités de mise en œuvre

1. Sensibiliser et informer les professionnels de la petite enfance et de l'école au repérage précoce des troubles neuro-développementaux, y compris l'autisme.
2. Appuyer l'intervention des médecins de 1^{ère} ligne (généralistes, pédiatres, médecins de PMI...), notamment au travers des examens obligatoires des 9^e et 24^e mois.
3. S'assurer de l'efficacité des équipes départementales de diagnostic précoce avec constitution d'un comité de suivi régional.
4. Ajuster les besoins en service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) spécifique autisme en fonction des territoires afin que la proximité des réponses soit possible.

5. Constituer un réseau départemental permettant une réponse pour tous (Agence régionale de santé, Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ou Maison départementale de l'autonomie (MDA), Conseils départementaux, Éducation nationale, associations, Pôles de compétences et de prestations externalisées).
6. Pérenniser la formation des aidants familiaux.
7. Suivre annuellement le nombre d'enfants âgés de 0 à 6 ans ayant un diagnostic « troubles du spectre de l'autisme ».
8. S'inspirer de la filière maison départementale pour l'autisme (MDPA) 28 pour constituer dans chaque département un réseau enfance.
9. Assurer une coordination régionale pour les Pôles de Compétences et de Prestations Externalisées.
10. Dans le cadre de la stratégie nationale autisme, organiser les parcours de soins coordonnés pour les 0-4 ans.

› Échéances intermédiaires

ANNÉE	INTITULÉ ACTION
Fin 2018	<ul style="list-style-type: none"> › Constitution d'un comité de mise en œuvre et de suivi des réseaux départementaux › Évaluation de la situation régionale, via le comité de suivi régional, et propositions d'évolution au regard des préconisations de la stratégie nationale autisme (engagement n°2 sur l'intervention précoce) et le parcours de soins coordonné

› Modalités d'évaluation

L'objectif sera évalué à 5 ans avec un indicateur de résultats du type « taux de diagnostic des Troubles du spectre de l'autisme réalisé avant 6 ans ». La valeur cible devra être calculée en tenant compte du taux de prévalence et du nombre de naissances.

N°	INTITULÉ INDICATEUR DE RÉSULTATS	VALEUR CIBLE INITIALE 2016	VALEUR CIBLE INTERMÉDIAIRE	VALEUR CIBLE À 5 ANS
1	Taux de diagnostic de TSA réalisé avant 6 ans			100 %

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°41



ACCOMPAGNER LES PARCOURS INSTITUTIONNELS, SCOLAIRES ET UNIVERSITAIRES

› Contexte et enjeux

La priorité est de proposer des solutions et accompagnements en cas de sortie d'Unité d'enseignement maternelle autisme (UEMA), passage primaire-collège, post-unité localisé pour l'inclusion scolaire (ULIS), parcours lycéen ou universitaire et accompagner le parcours institutionnel ou à domicile.

L'enquête du Centre régional d'études d'actions et d'informations (CREAI), le constat des Maisons Départementales des Personnes Handicapées ou Maisons Départementales de l'Autonomie, de l'Éducation Nationale, des associations et des professionnels ont permis de réaliser un diagnostic.

› Description de la situation actuelle

Le cursus scolaire des enfants autistes est varié. Il débute souvent en maternelle avec un accompagnement d'une auxiliaire de vie sociale (AVS). Il existe aujourd'hui dans chaque département une unité d'enseignement maternelle autiste scolarisant 7 enfants avec autisme. En primaire, la scolarisation peut se poursuivre en milieu ordinaire avec un accompagnement d'une auxiliaire de vie scolaire, en unité localisée pour l'inclusion scolaire ou dans une unité d'enseignement rattachée à la pédopsychiatrie (36, 37, 28).

La fin de la maternelle et/ou du primaire peut être un moment de questionnement sur l'orientation. L'absence de places disponibles dans les établissements médico-éducatifs entraîne différentes réponses selon les départements, certains enfants restent à domicile, d'autres ont des scolarisations à temps partiel en ULIS-école puis ULIS-collège, lycée.

L'accompagnement individualisé se raréfie au cours du temps au bénéfice d'une auxiliaire de vie scolaire collective de ces classes ; et ce, au détriment des jeunes avec troubles du spectre de l'autisme dont les besoins augmentent au cours de l'adolescence. Cet appauvrissement de l'accompagnement est vecteur de rupture et de changements d'orientations subis, mal préparés, ou mal vécus vers le médicosocial ou une déscolarisation totale.

Pour ceux qui ont pu poursuivre à l'université, le tutorat se met en place tardivement et sans sensibilisation/formation des étudiants volontaires.

L'ensemble des acteurs est aujourd'hui en difficulté face à la coordination de parcours avec des intervenants variés.

La mise en œuvre systématique du dispositif « une réponse accompagnée pour tous » piloté par les Maisons Départementales des Personnes Handicapées ou Maisons Départementales de l'Autonomie dans tous les départements de la région à compter du 1er janvier 2018 va permettre de proposer des solutions de prise en charge pour les situations les plus complexes, notamment pour certains enfants et jeunes adultes ayant des troubles du spectre de l'autisme.

› Description de l'objectif

Il s'agit d'éviter les ruptures dans le parcours de la prise en charge des enfants, adolescents et jeunes adultes âgés de 3 à 25 ans, tant sur le plan scolaire, éducatif que thérapeutique.

Cet objectif du parcours spécifique autisme est à relier à l'objectif n°1 du parcours spécifique handicap qui reprend la même problématique pour tous les types de handicap.

› Modalités de mise en œuvre

1. Mettre en œuvre un dispositif de référent de parcours chargé de la coordination des actions.
2. Ajuster les besoins en service d'éducation spécialisée et de soins à domicile spécifique autisme en fonction des besoins avec extension des âges de prise en charge de certains services d'éducation spécialisée et de soins à domicile au 14-25 ans.
3. Constituer un réseau départemental permettant une réponse pour tous (Agence régionale de santé, Maison départementale des personnes handicapées (MDPH), Maison départementale de l'autonomie (MDA), Équipes conseil départemental éducation nationale, associations, Pôles de compétences et de prestations externalisées, Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés, Services d'accompagnement à la vie sociale).

Les Pôles de Compétences et de Prestations Externalisées sont installés depuis la rentrée scolaire 2017.

> Échéances intermédiaires

ANNÉE	INTITULÉ ACTION
2017	Mise en œuvre du dispositif « une réponse accompagnée pour tous » par les Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)/Maison départementale de l'autonomie (MDA), dans 5 départements
2018	Mise en œuvre du dispositif « une réponse accompagnée pour tous » par les Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)/Maison départementale de l'autonomie (MDA), dans 1 département

Des échéances intermédiaires complémentaires seront définies en s'appuyant sur le :

- > Suivi annuel du nombre de situation d'enfants et de jeunes adultes ayant un trouble du spectre de l'autisme âgés de 3 à 25 ans traité dans le cadre du dispositif « une réponse accompagnée pour tous ».

> Modalités d'évaluation

L'objectif défini sera évalué à 5 ans avec l'indicateur de résultats qui analyse le nombre d'enfants et de jeunes ayant des troubles du spectre de l'autisme ayant les prises en charge les plus complexes.

Par ailleurs, les indicateurs d'évaluation de la stratégie nationale autisme alimenteront également l'évaluation de l'objectif.

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°42



PROPOSER UN ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISÉ ET ADAPTÉ AUX BESOINS DES ADULTES TOUT AU LONG DE LA VIE

> Contexte et enjeux

Il convient de proposer des solutions d'accompagnements alternatives au tout institutionnel pour les adultes ayant des troubles du spectre autistique, un accompagnement vers l'accès à l'emploi et maintenir une qualité de vie des personnes vieillissantes.

Les éléments du diagnostic sont les suivants : enquête Centre régional d'études d'actions et d'informations, constat des Maisons départementales des personnes handicapées ou Maisons départementales de l'autonomie et associations, rapport Josef Schovanec, appel à projet pour des solutions innovantes amendement CRETON, avis n°102 de la commission national d'éthique.

> Description de la situation actuelle

Le nombre limité de places spécifiques, notamment en accueil de jour ou hébergement en établissements médico-sociaux pour adultes et la difficulté à donner des réponses aux besoins spécifiques incitent à mettre en œuvre des solutions innovantes et/ou expérimentales alternatives de prise en charge en établissements ou à domicile.

Par ailleurs, les difficultés d'accès à l'emploi incitent à réfléchir à des accompagnements spécifiques tant pour les personnes que pour les entreprises du milieu ordinaire, les entreprises adaptées et les Établissements et services d'aide par le travail.

Enfin, les altérations du fait du vieillissement de la population accueillie dans les établissements et services médico-sociaux entraînent une perte d'autonomie et par la même une inadéquation de leur environnement (architectural, soignant, accompagnant) à leurs nouveaux besoins.

› Description de l'objectif

L'objectif est de construire des réponses individualisées plus inclusives dans lesquelles les soins, l'accompagnement social et médico-social, l'accès à l'emploi et l'adaptation au vieillissement se complètent pour soutenir le projet de vie des adultes ayant des troubles du spectre autistique.

Cet objectif du parcours spécifique autisme est à relier à l'objectif n°2 du parcours spécifique handicap qui reprend la problématique de l'insertion professionnelle pour tous les types de handicap.

Il est également repris pour tous les types de handicap dans l'objectif n°2 de l'axe « accès au système de santé ».

› Modalités de mise en œuvre

1. Mettre en œuvre un dispositif de référent de parcours chargé de la coordination des actions.
2. Favoriser les parcours innovants et/ou expérimentaux et/ou alternatifs comme l'habitat partagé ou des dispositifs d'accès à l'emploi.
3. Diversifier et/ou adapter les prises en charges en établissements ou services médico-sociaux aux besoins des personnes vieillissantes.
4. Constituer un réseau départemental permettant une réponse pour tous (Agence régionale de Santé, Conseil Départemental, Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)/ Maison départementale de l'autonomie (MDA), associations, Pôles de Compétences et de Prestations Externalisées.

› Échéances intermédiaires

ANNÉE	INTITULÉ ACTION
Fin 2018	Constitution d'un comité de mise en œuvre et de suivi des réseaux départementaux

Des échéances intermédiaires complémentaires seront définies en s'appuyant sur le :

- › Le suivi annuel du nombre d'adultes ayant un trouble du spectre de l'autisme bénéficiant d'un accompagnement à l'accès à l'emploi.
- › Le suivi annuel du nombre d'adultes ayant un trouble du spectre de l'autisme pris en charge par un dispositif innovant et/ou un habitat partagé.

› Modalités d'évaluation

L'évaluation va nécessiter des travaux complémentaires avec les partenaires de l'ARS et notamment la DIRECCTE. Les indicateurs d'évaluation de la stratégie nationale autisme alimenteront l'évaluation de l'objectif.

CANCER

L'analyse de la mortalité par cancer en région centre fait apparaître des territoires où il persiste une surmortalité prématurée (Cher, Indre, Loir-et-Cher), alors que dans le même temps l'accès au dépistage organisé des cancers s'est nettement amélioré. Ce paradoxe pourrait s'expliquer par des retards de diagnostics et prises en charge, qui restent à analyser. Cette analyse devra porter sur les cancers concernés, leurs moyens de prévention, les modalités d'accès aux filières de prise en charge : accès au diagnostic (imagerie, oncologie, chimiothérapie, radiothérapie...), le devenir des personnes, de manière à proposer des objectifs et leviers d'action en complément de ceux proposés ci-dessous et s'inscrivant dans le cadre du plan CANCER. Dans le cadre de la concertation régionale, les professionnels de santé ont fait le choix de travailler en priorité sur les conditions de sortie d'hospitalisation et l'organisation des filières de prise en charge des cancers ce qui conduit à la formulation des deux objectifs.

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°43



AMÉLIORER LES CONDITIONS DE SORTIE D'HOSPITALISATION DES PATIENTS PORTEURS DE CANCER

› Contexte et enjeux

Il s'agira de répondre aux attentes des professionnels, des patients, de leur famille de bénéficier d'une prise en charge en cancérologie répondant aux critères qualitatifs et quantitatifs diffusés par l'Institut national du cancer (INCa), et du plan cancer.

La durée moyenne de séjour (DMS) en MCO a été jugée élevée par les professionnels de santé faute de prise en charge en aval. Ces derniers alertent spécifiquement concernant les patients présentant une tumeur neurologique et les patients âgés présentant un cancer. Une analyse des données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) montre une DMS des patients de plus de 70 ans, quel que soit le type de cancer, plus élevée dans la région que dans les autres régions. Pour les tumeurs neurologiques, il est à noter une DMS plus élevée, quel que soit l'âge ; alors même que la durée de séjour des patients sortant vers un SSR est semblable à celle des autres régions.

› Description de la situation actuelle

Dans le cadre d'un appel à projet de l'ANAP « projet filière de soins », le réseau territorial Onco 28 et le Centre de coordination en cancérologie en Eure-et-Loir (3c28) ont été retenus avec un projet sur une démarche de coopération pour la prise en charge des patients atteints de cancer en Eure-et-Loir.

Le projet « filière cancéro 28 » avait pour objectif d'établir un état des lieux complet de l'offre par établissement, de mettre en place un projet médical de territoire, de mettre en œuvre une complémentarité sur le département et d'organiser de façon homogène les filières de recours.

Cette expérimentation a montré une méconnaissance par les structures d'aval des typologies de patient à prendre en charge au sortir du MCO et le potentiel envisageable sur ces structures après la levée des réticences.

› Description de l'objectif

L'objectif est de fluidifier le parcours du patient en post-hospitalisation afin de prévenir toute rupture dans la prise en charge et de lever les obstacles à la prise en charge en SSR et en HAD. Il doit notamment permettre d'éviter les ré-hospitalisations.

› Modalités de mise en œuvre

La mise en œuvre va s'appuyer sur :

- › L'évaluation des besoins, des types de patients, des types de prise en charge, de l'offre sur le territoire,
- › La capitalisation de l'expérimentation ANAP 28 en identifiant les avantages et inconvénients, les écueils et les perspectives,
- › La communication entre les établissements, les professionnels des différentes structures,
- › L'élaboration de procédures et de protocoles au niveau régional pour une déclinaison dans les territoires,
- › L'accompagnement des professionnels, notamment la formation et le soutien dans le suivi de la prise en charge...
- › La télémédecine et les avis de spécialistes en hotline,
- › Les mises en adéquation du profil du patient aux capacités techniques de la structure d'accueil,
- › Le développement de l'usage de ViaTrajectoire pour faciliter la communication et l'orientation.

› Échéances intermédiaires

ANNÉE	INTITULÉ ACTION
2020	Protocoles régionaux validés

› Modalités d'évaluation

Les modalités d'évaluation de cet objectif restent à construire. Elles prendront en compte plusieurs dimensions :

- › l'évolution des modalités de coordination des prises en charge en sortie d'hospitalisation,
- › le point de vue des professionnels impliqués dans la prise en charge,
- › la satisfaction des patients.

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°44



ASSURER UN PARCOURS DE SANTÉ ADAPTÉ AUX TYPES DE CANCER ET AUX RÉALITÉS DU TERRITOIRE

› Contexte et enjeux

Il s'agit de mettre en œuvre la déclinaison le plan cancer 3 en région par la déclinaison de la feuille de route régionale en relation avec tous les intervenants régionaux quels que soient leurs statuts, fonctions, formations, disciplines, etc., et d'appliquer les recommandations INCa.

Plusieurs constats ont été faits dans notre région :

- › Il y a un taux de fuite élevé (intra et extra régional) allant de 20 à 30 % selon les modalités de prise en charge carcinologique. Ces fuites touchent particulièrement les départements du Cher, d'Eure-et-Loir et de l'Indre, et certaines modalités de prise en charge telles que la chirurgie thoracique.
- › Il existe une problématique de démographie médicale et de spécialisation des professionnels dans certaines prises en charge (ex : écho-endoscopie du pancréas, biopsie hépatique...),
- › L'offre est mal connue des professionnels du premier recours.

› Description de la situation actuelle

L'expérimentation ANAP dans le territoire d'Eure-et-Loir a des effets prometteurs.

Il conviendra d'être vigilant puisque la fragilité du lien ville hôpital peut provoquer des ruptures dans le parcours du patient.

Par ailleurs, il existe des coopérations sur les territoires, et des filières porteuses de bonnes pratiques. Ces dernières sont à capitaliser et à généraliser sur l'ensemble de la région, et notamment les filières de recours.

› Description de l'objectif

L'objectif est de construire sur chaque territoire des modalités de prise en charge adaptées aux différents types de cancers.

› Modalités de mise en œuvre

Les leviers sont les suivants :

- › Prioriser les filières à décrire en commençant par les pathologies les plus communes et les plus fréquentes (sein, colon, prostate) pour capitaliser sur la méthode : description de la « filière type » et déclinaison territoriale,

- Décrire les filières y compris pédiatrique et jeunes adultes,
- Adapter les filières sur certains parcours de soins complexes et/ou déficients (cancer du pancréas, cancer de l'ovaire....) pour renforcer l'offre de soins régionale,
- Décliner au niveau de chaque territoire les parcours recommandés par l'INCa,
- Favoriser le décloisonnement et la coordination de la prise en charge,
- Fluidifier le parcours du patient,
- Améliorer la visibilité de l'offre et du maillage en cancérologie : chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, soins de support, dépistage, plateaux médicotéchniques diagnostiques et interventionnels, et soins palliatifs.
- Accompagner la prise en charge adapté au profil du patient (y compris programme personnalisé de soins (PPS)).

La démarche est la suivante :

1. Etape d'analyse de la situation régionale, par type de cancer et par territoire : taux de recours, taux de fuite et tout élément pouvant expliquer les disparités territoriales afin de prioriser les actions à mener.
2. Au niveau régional avec l'ensemble des ressources mobilisables (Onco Centre/URPS/fédérations hospitalières, structures de dépistage, associations de patients. Il est envisagé :
 - Le recensement territorial et régional des organisations en filières de soins, des coopérations (ville-hôpital, inter-établissements...)

- Le développement de la communication sur l'offre de soins : carte interactive
 - Auprès du grand public : site internet du réseau régional de cancérologie.
 - Auprès des professionnels : Unions régionales des professionnels de santé (URPS), délégué d'assurance maladie (DAM).
- La promotion des ressources et outils de partage d'information en temps réel : dossier communiquant de cancérologie (DCC) ouvert à tous, messagerie sécurisée, dossier médical partagé (DMP),
- L'articulation avec le répertoire opérationnel des ressources (ROR),
- La mise à disposition des patients.

3. Au niveau de chaque territoire, il est envisagé :

- La contribution à la mise en œuvre des dispositifs de coordination autour des parcours complexes, cf. *objectif opérationnels fonction d'appui pour la coordination des parcours complexes*. Cette contribution permettra de montrer l'impact de la coordination sur le suivi et la qualité de la prise en charge du patient,
- Le développement et la valorisation des expériences de coopération entre professionnels sur les territoires,
- La mise en place de numéros uniques dans les établissements (guichet unique)
- La participation régulière des établissements aux appels à projet afin de valoriser les initiatives territoriales et régionales.

➤ Échéances intermédiaires

ANNÉE	INTITULÉ ACTION
Mi-parcours du PRS	Bilan de l'offre et des projets en cours concernant l'offre par territoire

➤ Modalités d'évaluation

Les modalités d'évaluation de cet objectif restent à construire. Plusieurs dimensions devront être prise en compte :

- l'existence des filières de soins formalisées et décrites par territoire,
- les délais d'accès au diagnostic et à la première prise en charge pour chaque type de cancer dans chaque territoire,
- les fuites extra régionales et leurs explications pour les cancers pour lesquels la région dispose de filières régionales structurées.

ADDICTION

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°45



DÉVELOPPER UNE CULTURE DE LA PRÉVENTION, COLLECTIVE ET INDIVIDUELLE, DES CONDUITES ADDICTIVES ET FAVORISER SA MISE EN ŒUVRE

› Contexte et enjeux

La priorité est d'agir sur les déterminants de la santé afin d'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 l'accompagnement, en évitant la stigmatisation (cf. chapitre prévention et promotion de la santé). L'attention est attirée sur l'importance des déterminants sociaux des inégalités de santé, au-delà des déterminants comportementaux individuels. De fait, il est démontré que les programmes visant uniquement la promotion de modes de vie et de comportements sains, d'une part accentue l'individualisation de la responsabilité et d'autre part ne contribue pas à la réduction des inégalités de santé. [Scott-Samuel et Smith, 2015]. La prévention s'inscrit également dans des plans gouvernementaux impliquant des stratégies coordonnées comme le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 et le Programme national de réduction du tabagisme (mesure 10 du Plan cancer 2014-2019).

› Description de la situation actuelle

Elle est marquée par la mise en œuvre de programmes d'actions pluriannuels par des opérateurs confirmés intervenant notamment auprès des jeunes, dans le cadre scolaire et hors cadre scolaire pour ceux en situation vulnérable, en lien avec les différents dispositifs d'accompagnement.

La concertation des acteurs de tous les champs de l'addictologie se fait dans le cadre de l'Instance régionale d'addictologie et s'inscrit dans le cadre d'une démarche participative.

› Description de l'objectif

La mise en œuvre de la politique de prévention des conduites addictives vise à améliorer les savoirs et à modifier les postures des professionnels et des usagers, afin de rendre ces derniers acteurs de leur santé.

La mise en œuvre de cette politique vise également les formations délivrées aux professionnels. Le développement d'une culture de la prévention doit porter une attention particulière au repérage et à l'intervention précoce auprès des personnes à risques ou engagées dans des conduites addictives. Il doit aussi renforcer les démarches de réduction des risques et des dommages (RdRD) et inclure la prévention des rechutes.

› Modalités de mise en œuvre

Leviers :

- › S'agissant des addictions, la coordination des politiques publiques régionales et départementales, associe plus spécifiquement la justice, les conseils locaux de sécurité et de prévention de la délinquance (CLSPD), les chefs de projet de la mission interministérielle de lutte contre la drogue et les conduites addictives (MILDECA) ;
- › L'intégration réglementaire de la prévention dans les missions obligatoires des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ;
- › les formations interdisciplinaires et intersectorielles.

Types d'actions :

- › Mettre en œuvre des programmes d'actions s'appuyant sur les méthodes génériques reconnues (cf. chapitre prévention) adaptées aux domaines spécifiques de l'addiction mises en œuvre par les acteurs professionnalisés ;
- › Proposer un continuum en prévention, adapté à toutes les étapes du parcours et tout au long de celui-ci et favoriser l'accès des jeunes aux dispositifs dédiés et notamment aux consultations jeunes consommateurs ;
- › Développer les connaissances et compétences (population, l'utilisateur et entourage, professionnels, acteurs de la société civile,...) ;
 - › Informer/sensibiliser : la population, l'utilisateur et son entourage, les professionnels et acteurs de la société civile ;
 - › Favoriser les formations initiales et continues, y compris via Internet : formations-actions, formations interdisciplinaires et intersectorielles, y compris pour les non addictologues... pour donner la capacité à chaque professionnel de proposer une réponse adaptée ;
 - › Valoriser les « savoirs expérientiels » : promotion des mouvements d'entraide, reconnaissance des savoirs de l'utilisateur... ;

➤ Faire entrer la prévention dans les préoccupations et les pratiques :

- Partager un socle commun de connaissances et des référentiels communs,
- Rendre porteurs les professionnels des champs sanitaire, médico-social, social, éducatif d'un message de prévention dans le cadre de leur exercice,
- Mobiliser les autres acteurs (administrations, société civile, établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux, éducation nationale, acteurs de la petite en-

fance, personnel pénitentiaire ...) afin qu'ils favorisent la mise en œuvre d'actions de prévention relatives aux conduites addictives,

- Promouvoir la prévention, le repérage, et l'intervention précoce ainsi que la prévention de la rechute,
- Poursuivre le déploiement des missions obligatoires des structures spécialisées (CAARUD, CSAPA, ELSA et consultations hospitalières) sur la base des moyens alloués.

➤ Modalités d'évaluation

L'objectif défini est évalué à 5 ans avec l'indicateur de résultats suivants :

N°	INTITULÉ INDICATEUR DE RÉSULTATS	VALEUR CIBLE INITIALE 2016	VALEUR CIBLE INTERMÉDIAIRE	VALEUR CIBLE À 5 ANS
1	Évolution du taux des jeunes de 17 ans ayant expérimenté des produits psychoactifs à 17 ans (tabac, alcool, cannabis)	Tabac : 69 % Alcool : 92 % Cannabis : 47 %		Tabac : 40 % Alcool : 70 % Cannabis : 20 %

▶ DÉVELOPPER UNE CULTURE DE LA RÉDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES DES CONDUITES ADDICTIVES ET FAVORISER SA MISE EN ŒUVRE

▶ Contexte et enjeux

Les priorités sont les suivantes :

- ▶ Généraliser et systématiser la pratique de la réduction des risques et des dommages (RdRD) liés aux conduites addictives :
 - ▶ Inscrire la RdRD dans l'ensemble des dispositifs addictologiques, à toutes les étapes de l'accompagnement tout au long du parcours ;
 - ▶ Inscrire la RdRD pour l'ensemble des conduites addictives avec ou sans substance : produits psychoactifs (drogues licites et illicites) et troubles du comportement alimentaire, jeu pathologique...;
- ▶ Rassembler les acteurs autour d'une stratégie partagée pour promouvoir la RdRD :
 - ▶ Inciter la population (population, usager et son entourage) à changer ses comportements et à adopter une démarche de réduction des risques le plus précocement possible ;
 - ▶ Inciter les professionnels des champs social, médico-social, sanitaire et de la prévention à modifier leurs pratiques et leurs représentations afin de mettre en œuvre la RdRD ;
 - ▶ Modifier les représentations des acteurs de la société civile pour faire reconnaître la RdRD.
- ▶ Limiter les dommages :
 - ▶ Sanitaires : pathologies cardio-vasculaires, cancers, infections, comorbidités psychiatriques et syndromes d'alcoolisme foetal, accidents, surdoses, etc. ;
 - ▶ Sociaux : déscolarisation, violences (physique sexuelle, routière...), précarisation, désocialisation, etc.

Éléments du diagnostic

Les bénéfices de la RdRD sont aujourd'hui reconnus au plan international et ce pour l'ensemble des produits et comportements liés à une conduite addictive. Ainsi, 45 à 50 millions de personnes sont, en France, consommatrices d'alcool et trois à cinq millions d'entre elles en subissent les conséquences négatives. Or, une personne dépendante de l'alcool sur deux ne souhaite pas arrêter tout usage d'alcool. Par ailleurs, des enquêtes montrent que la RdRD est efficace

pour ce qui concerne la diminution des contaminations par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH/SIDA) et les virus des hépatites B (VHB) et C (VHC) chez les usagers de drogues notamment. Enfin des études récentes montrent que la RdRD s'avère efficace dans la réduction des dommages liés au tabagisme.

▶ Description de la situation actuelle

Points forts

Des dispositifs spécifiques existent :

- ▶ Pour les usagers de drogues illicites (centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) dans chaque département, RdRD à distance, ...) ;
- ▶ Pour d'autres populations à risque (centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), réseaux de santé « addictions », filières hospitalières addictologiques, mouvements d'entraide,...) ;
- ▶ Dispositif régional de RdRD en milieu festif ;
- ▶ Veille et observation régionale via le dispositif SINTES (Système d'identification nationale des toxiques et substances) et le CEIP-A (Centre d'Évaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance - Centre d'addictovigilance) ;

Points à améliorer

- ▶ Développer la RdRD pour les produits licites (alcool et tabac) et les addictions sans substances ;
- ▶ Améliorer les connaissances et modifier les représentations de la RdRD : faire accepter les CAARUD par leur environnement, ... ;
- ▶ Rendre les outils de la RdRD accessibles à tous les professionnels ;
- ▶ Poursuivre le déploiement de la mise en œuvre des missions obligatoires des structures spécialisées (CAARUD et CSAPA) ;
- ▶ Améliorer l'accès aux soins et aux droits des populations les plus démunies afin de leur permettre d'adopter une démarche de RdRD ;
- ▶ Développer des partenariats de proximité pour les personnes cumulant des facteurs de complexité dans certains territoires (cas complexes) ;

- Renforcer la RdRD pour mieux lutter contre les contaminations par les virus hépatotropes (VHB, VHC) et de l'immunodéficience humaine (VIH) ;
- Favoriser l'expérimentation en lien avec les usagers et la recherche sur le matériel de RdRD ainsi que sa diffusion,...
- Poursuivre et renforcer la mise en œuvre de la RdRD en milieu de détention.

➤ Description de l'objectif

La RdRD, issue du champ des consommateurs de produits illicites (injecteurs de drogues) (article L. 3411-8 du Code de la santé publique) doit désormais s'appliquer à l'ensemble des conduites addictives (avec ou sans produit), sur la base de l'article L. 1411-1 du Code de la santé publique qui lui donne une place primordiale (point 2° de la définition de la politique de santé). La RdRD s'adresse à des personnes ayant des conduites à risque ou engagées dans une ou des addictions mais ne pouvant ou ne voulant pas (dans un premier temps du moins) arrêter l'usage en cause. Elle vise à en limiter les dommages.

➤ Modalités de mise en œuvre

Leviers :

- La mise en œuvre de politiques de prévention favorisant la RdRD dans le cadre de la coordination des politiques publiques associant les acteurs spécifiques ;
- Les formations initiales et continues.

Types d'actions :

- Améliorer et généraliser les connaissances sur la RdRD (usager et entourage, professionnels...) ;
 - Informer/sensibiliser : usagers et entourage, pairs, professionnels de santé et autres professionnels (auxiliaires médicaux, éducation nationale, services sociaux, forces de l'ordre, justice, administration pénitentiaire, élus,...) ;

- Proposer des formations initiales et continues, y compris via Internet : formations-actions, formations interdisciplinaires et intersectorielles, y compris pour les non addictologues... pour donner la capacité à chaque professionnel de proposer une démarche de RdRD aux usagers ne souhaitant pas s'engager dans l'abstinence ;

➤ Convaincre de l'intérêt de la RdRD :

- Faire des plaidoyers en direction des administrations, des collectivités territoriales, des établissements et structures sociaux, médico-sociaux et sanitaires au contact des personnes présentant une addiction ;
- Mettre en œuvre des organisations favorisant le partage des pratiques en RdRD : savoir expérientiel, recherche, partage d'outils et de procédures, échanges de pratiques, collectes, analyses de produits, socle commun de compétences et de connaissances sur la RdRD entre filière hospitalière addictologique, CSAPA et CAARUD... ;
- Rendre accessibles la RdRD, notamment aux publics en situation de vulnérabilité (jeunes, personnes sous « main de justice », personnes isolées, femmes enceintes, population démunie...) (par exemple : gratuité des traitements de substitution et renforcer la disponibilité des outils) ;

➤ Développer «L'aller vers» les usagers, les territoires, les professionnels ;

- Couvrir les territoires prioritaires (ruraux, péri-urbains, urbains, quartiers fragiles,...) en proposant des dispositifs variés et adaptés aux besoins : consultations avancées, équipes mobiles spécialisées en addictologie, dispositif de RdRD en milieu festif, programmes d'échange de seringues, collectes et analyses de produits, utilisation de nouvelles technologies de communication.

➤ Modalités d'évaluation

L'évaluation de cet objectif sera réalisée sur la base de l'indicateur : « *Taux d'évolution du nombre total de matériel de RdRD distribué via les automates, les équipes des CAARUD et les pharmacies partenaires* » issu de l'exploitation des rapports d'activité des CAARUD.

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°47

▶ DÉVELOPPER UNE CULTURE DU LIEN POUR FAVORISER LES SOINS ET L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES PRÉSENTANT UNE CONDUITE ADDICTIVE (ET SES COMORBIDITÉS) ET FAVORISER SA MISE EN ŒUVRE

▶ Contexte et enjeux

Les priorités sont les suivantes :

- ▶ Favoriser une approche globale décloisonnée, structurée et lisible du parcours de santé afin d'éviter les ruptures :

Des ruptures dans le parcours sont identifiées du fait du cloisonnement des structures : organisations en tuyaux d'orgue, politiques et financements distincts (sanitaire, médico-social, prévention, social...) :

- ▶ Au sein de chaque établissement les équipes pluridisciplinaires ne font pas suffisamment le lien avec l'extérieur, ce qui crée des ruptures de prise en charge et d'accompagnement lors de la sortie (lieux de détention, séjours hospitaliers,...) ;
- ▶ Par mobilisation insuffisante des ressources territoriales et régionales du fait d'une méconnaissance des dispositifs existants : CSAPA, CAARUD, consultations hospitalières, équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA), soins de suites et de réadaptation addictologique (SSR-A), mouvements d'entraide, filières de prise en charge des troubles des conduites alimentaires, réseaux de santé...;
- ▶ Par difficultés d'accès : neuropsychologues, structures d'accueil pour troubles cognitifs, insuffisances d'acteurs relais, inégalités territoriales d'accès aux soins spécialisés en addictologie,...;
- ▶ Des usagers oubliés ou invisibles de l'addictologie :

- ▶ Absence de prise en charge : personnes isolées sur un plan géographique ou social, personnes sous « main de justice »...;
- ▶ Prise en charge incomplète : absence de prise en charge globale à savoir médicopsychosociale, prise en charge spécialisée mais occultant certaines comorbidités (psychiatrie-addictologie, cancer-addictologie, périnatalité-addictologie,...).

▶ Description de la situation actuelle

Points forts :

- ▶ Dispositif addictologique couvrant les champs de la prévention, du médico-social, du soin, et de l'accompagnement (mouvements d'entraide) ;

- ▶ Capacité d'innovation des acteurs de l'addictologie sur les territoires (émergence du dispositif régional jeu pathologique par exemple...) ;

- ▶ Travaux de l'Instance régionale d'addictologie (espace de réflexion) : inscription des dispositifs addictologiques dans le Répertoire opérationnel de ressources (ROR)... ;

Points à améliorer :

- ▶ Améliorer la transversalité et la complémentarité interprofessionnelle et intersectorielle dans le respect des missions de chacun : sanitaire, social, médico-social, prévention,... ;
- ▶ Renforcer l'accès aux soins et à la prévention pour les populations les plus vulnérables ;
- ▶ Mieux identifier les « personnes oubliées » et les « personnes invisibles » de l'addictologie pour leur proposer un accompagnement adapté (prise en charge des personnes atteintes de troubles cognitifs liés aux addictions...) ;
- ▶ Améliorer la lisibilité des filières de prise en charge des troubles des conduites alimentaires ;
- ▶ Soutenir les innovations territoriales pluri partenariales en lien avec la recherche (actions réalisées en lien avec une structure régionale addictologique de niveau 3) ;
- ▶ Développer les collaborations des membres des groupements hospitaliers de territoire (GHT) avec l'ensemble des structures addictologiques privées, médico-sociales et des mouvements d'entraide, sur l'ensemble de la région (exemple de l'Eure-et-Loir).
- ▶ Concernant le renforcement du dispositif addictologique existant, il convient de souligner :
 - ▶ Pour la prévention la prise en compte des priorités affichées dans le cadre de l'Axe 2 du SRS et mise en œuvre du programme national de réduction du tabagisme.
 - ▶ Pour le champ médico-social, le renforcement des structures existantes, notamment dans le cadre du déploiement de la politique de « l'aller vers » (antennes, consultations jeunes consommateurs,...), en fonction des diagnostics territoriaux.
 - ▶ Pour le sanitaire, la reconnaissance d'une unité addictologique généraliste de court séjour pour sevrages

et soins résidentiels complexes, prenant en charge l'ensemble des conduites addictives (avec ou sans produit) et intégrant enseignement et recherche (unité addictologique de niveau 3), portée par le Centre hospitalier régional universitaire de Tours.

› Description de l'objectif

Proposer un parcours de santé global, décloisonné et structuré :

- › Faciliter les liens entre professionnels (dans le champ addictologique et hors du champ addictologique), entre professionnels et usagers, entre anciens usagers et usagers actifs, entre usagers et familles, entre les différents acteurs (social, prévention, sanitaire, médico-social, éducation nationale,...) ;
- › Partager des valeurs et des pratiques entre professionnels de l'addictologie ;
- › Impliquer l'utilisateur et son entourage pour les rendre acteurs de leur santé ;
- › Faire connaître le dispositif addictologique à toute personne susceptible d'en avoir besoin : usagers, entourage, professionnels ou acteurs en lien avec les populations concernées ;
- › Garantir notamment pour l'accompagnement et le soin des personnes ayant un double diagnostic (conduites addictives et comorbidités associées) afin de garantir le continuum en addictologie (psychiatrie-addictologie, cancer-addictologie, périnatalité-addictologie,...).

› Modalités de mise en œuvre

Leviers :

- › La coordination des acteurs des champs social, médico-social, sanitaire et de la prévention : articuler les pratiques pour obtenir un accompagnement global de l'utilisateur jusque dans son milieu de vie,... ;

Types d'actions :

- › Améliorer et généraliser les connaissances en addictologie, notamment pour lutter contre la stigmatisation des personnes ayant des pratiques addictives ;
 - › Informer/sensibiliser : usagers et entourage, pairs, professionnels de santé et autres professionnels (auxiliaires médicaux, éducation nationale, services sociaux, forces de l'ordre, justice, administration pénitentiaire, élus,...) ;

- › Proposer des formations initiales et continues, y compris via internet : formations-actions, formations interdisciplinaires et intersectorielles, y compris pour les non addictologues... ;
- › Renforcer la lisibilité des dispositifs addictologiques et sociaux ;
- › Proposer des lieux de stages dans l'ensemble des structures sanitaires et médico-sociales d'addictologie à l'ensemble des professionnels de santé et auxiliaires médicaux et psychologues ;
- › Lutter contre les refus de soin (posture du professionnel) ;
- › Développer « l'Aller-vers » les usagers, les territoires et les professionnels, par tous moyens, notamment l'utilisation de nouvelles technologies de communication
 - › Lutter contre le renoncement aux soins (refus éclairé et/ou impossibilité d'accès au soin) ;
- › Développer les collaborations entre acteurs :
 - › Garantir le fonctionnement en réseau des acteurs en s'appuyant notamment sur le médecin traitant et partager les pratiques autour de la prise en charge et de l'accompagnement de la personne co-actrice de sa santé ;
 - › Renforcer l'action des mouvements d'entraide et leurs partenariats avec les structures médico-sociales et sanitaires d'addictologie avant, pendant et après le soin ;
- › Formaliser les liens entre les différents partenaires des dispositifs addictologiques : prévention, sanitaire hospitalier et ambulatoire, médico-social et associatif.

› Modalités d'évaluation

L'évaluation de cet objectif sera réalisée sur la base de l'indicateur : « Taux d'évolution du nombre total de conventions liant les acteurs du dispositif addictologique et l'ensemble des acteurs de santé et du social » issu de l'exploitation des rapports d'activité des CSAPA, CAARUD et ELSA.

SANTÉ MENTALE

Les problématiques de l'autisme et handicaps mentaux sont traitées dans des parcours spécifiques adhoc.

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°48



DÉVELOPPER LE REPÉRAGE ET LA PRISE EN CHARGE PRÉCOCE DES TROUBLES PSYCHIQUES

► Contexte et enjeux

L'article 69 de la Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 modifie la législation relative à la santé mentale. Les orientations du Conseil national de la santé mentale ainsi que la stratégie nationale de santé mentale en font un enjeu de santé majeur.

En effet, la santé mentale figure parmi les cinq priorités nationales de santé : on estime qu'une personne sur cinq sera un jour atteinte d'une maladie psychique.

Classés au troisième rang des maladies 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.

1% de la population française souffre de troubles schizophréniques et 2% de troubles de l'humeur.

Chaque année, environ 200 000 personnes font une tentative de suicide et 11 000 en décèdent, le suicide s'avérant la première cause de mortalité chez les personnes âgées entre 25 et 34 ans.

Quand ils sont sévères, dans le cas notamment des schizophrénies et des troubles bipolaires, les troubles peuvent induire des problématiques sociales importantes et engendrer des situations de handicap.

La notion de « handicap psychique » est reconnue en France depuis la Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

De nombreux travaux ont largement démontré que la plus grande attention devait être portée à la réduction du délai entre les premiers signes de la maladie, la formulation du diagnostic et la mise en place d'une stratégie thérapeutique spécifique. En effet, les cinq premières années de la maladie sont considérées comme une phase critique au cours de laquelle les chances de rémission sont les plus grandes et la réponse aux traitements la meilleure.

La précocité du diagnostic et de la prise en charge, pour autant que les troubles soient repérés de manière précoce, sont donc primordiales pour traiter les troubles, réduire les symptômes, limiter l'impact psycho-social, éviter les passages à l'acte suicidaire et l'apparition du handicap.

La prise en charge précoce des troubles psychiques et psychiatriques nécessite un renforcement des capacités de repérage de signes de souffrance ou de troubles psychiques par les acteurs de première ligne et les professionnels de soins primaires ainsi qu'une articulation effective et rapide avec les professionnels établissant le diagnostic et mettant en œuvre la prise en charge.

Une attention particulière sera accordée aux plus jeunes.

En effet, la petite enfance, l'enfance et l'adolescence constituent des phases de développement cognitif, affectif et social qui détermineront à court, moyen et long terme la santé physique et mentale des individus.

Des signes de mal-être et de souffrance peuvent apparaître à cette période.

Par ailleurs, près de la moitié des troubles psychiques qui perdurent se manifestent avant l'âge de 14 ans et près des trois quarts avant l'âge de 25 ans.

Un repérage et une prise en charge précoce peuvent aider à prévenir l'apparition de troubles psychologiques et comportementaux chez les enfants et les jeunes (troubles anxio-dépressifs, troubles du comportement, de l'attention, violences, décrochage scolaire, consommation de substances psychoactives...).

Le continuum des troubles peut être interrompu, et ceux-ci disparaître.

Les acteurs susceptibles de repérer les troubles psychiques sont diversifiés et nécessitent d'être sensibilisés et formés à ce repérage.

En cas de détection de problématiques de cet ordre, se pose la question cruciale de l'articulation effective avec un diagnostic et une prise en charge rapide par les professionnels spécialisés.

Une prise en charge précoce repose sur :

► **La lisibilité de l'offre existante sur les différents territoires et l'accès à ces informations**

Des travaux doivent être initiés en ce sens pour mieux cartographier l'offre, identifier les centres spécialisés et les prises en charge spécifiques, ainsi que mettre en œuvre un accès facile à ces informations, tant pour les professionnels que pour la population.

► **Des délais de rendez-vous limités**

Les rapports relatifs à la psychiatrie et la santé mentale en France font état de délais d'accès importants à une première consultation spécialisée, pouvant aller jusqu'à 6 mois dans certains cas.

Le délai de diagnostic, quant à lui, se compte en année pour certaines pathologies : 7 ans en moyenne pour les troubles schizophrènes et 10 ans pour les troubles bipolaires.

La région Centre-Val de Loire, région souffrant, qui plus est, de raréfaction des ressources médicales, n'échappe pas à ces problématiques.

Une enquête sera menée auprès notamment des centres-médoco-psychologiques (CMP), structures de premier recours spécialisées, afin d'objectiver les difficultés et prendre des mesures adéquates.

L'accessibilité géographique et la question du maillage de la région en CMP sera abordée.

► **Des outils de coordination entre les professionnels**

Les modalités de coordination devront être définies sur chaque territoire dans le cadre des projets territoriaux de santé mentale.

Des dispositifs prévus par la réglementation, notamment : conseils locaux de santé mentale (CLSM), communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes, devraient pouvoir faciliter la coordination et améliorer l'accessibilité à la prise en charge.

► Description de la situation actuelle

D'après l'enquête citoyenne menée par l'ARS en avril 2017, « le repérage et la prise en charge des souffrances psychiques » fait partie des 6 premières préoccupations de la population régionale (29,8 % des répondants)

De nombreux acteurs sont susceptibles de repérer les troubles et d'orienter vers une prise en charge spécialisée:

► **Population générale** : médecins généralistes, forces de l'ordre, bailleurs sociaux, conseils départementaux, Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)/Maison départementale de l'autonomie (MDA), monde de l'entreprise (médecins du travail/infirmiers service de santé au travail), CPTS, CLSM

► **Enfants** : pédiatres, PMI, Éducation nationale, PJJ, ASE, Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)/Maison départementale de l'autonomie (MDA),

► **Adolescents/jeunes adultes** : enseignement supérieur, PAEJ, missions locales, MDPH/MDA, etc.

► **Personnes âgées** : EHPAD, SSIAD, service social départemental et services à domicile, CD

► **Secteur médico-social** : SAMSAH, IME, MECS, ITEP...

► **Familles** : UNAFAM

► **Personnes en situation de précarité** : centres d'exams de santé, acteurs du champ social et associatif, PASS, hébergement social, CD, MDPH...

► **Réseaux** (Prévention suicide, troubles de la conduite alimentaire...)

Les acteurs de la prise en charge spécialisée sont diversifiés selon les catégories de population :

► **Adultes** : CMP adultes, psychiatres et psychologues libéraux

► **Enfants** : CMP infanto-juvénile, CMPP, CAMSP, médecins, infirmières, psychologues scolaires, psychiatres et psychologues libéraux

► **Adolescents** : CMP infanto-juvénile ou adultes, médecins, infirmières, psychologues scolaires, psychiatres et psychologues libéraux

► **Personnes en situation de précarité** : équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP)

Des centres médoco-psychologiques (CMP) sont présents dans chaque territoire, avec des conditions d'accès variables (jours, horaires) et des délais pouvant être longs du fait de l'augmentation de la population à suivre et de la raréfaction des ressources médicales. La prévalence des troubles du comportement chez l'adolescent est constatée comme un problème majeur dans les services de pédopsychiatrie. Les services, y compris les maisons des adolescents, doivent s'adapter à une demande croissante de cette population et à son expression (refus scolaire anxieux).

► Description de l'objectif

L'objectif se décline en 2 sous-objectifs :

► Améliorer le repérage des troubles psychiques,

► Organiser un accès rapide au diagnostic et à une prise en charge adéquate.

› Modalités de mise en œuvre

Les pistes identifiées sont les suivantes :

Concernant le repérage des troubles psychiques

- › Sensibiliser/former les acteurs susceptibles de repérer les troubles psychiques (notamment : professionnels de la petite enfance, éducation nationale, enseignement supérieur, aide sociale à l'enfance, protection judiciaire de la jeunesse),
- › Organiser les conditions du repérage précoce sur chaque territoire de santé (PTSM).

Concernant l'organisation d'un accès rapide au diagnostic et à une prise en charge adéquate

- › Faciliter l'orientation des personnes en rendant lisible la cartographie des acteurs du soin,
- › Faciliter l'accès à une première consultation et réduire les délais de rdv notamment en CMP,

- › Organiser un accès rapide à un avis spécialisé pour les professionnels du 1^{er} recours (PTSM) et institutionnels.

Une solution pour réduire les délais de rendez-vous pourrait être de développer les pratiques avancées, c'est-à-dire mettre en place un premier entretien par un infirmier compétent en psychiatrie (voire psychologue) permettant de réaliser un premier accueil, de dépister les situations urgentes et d'organiser la prise en charge ultérieure.

Cet aspect se dégage également de l'enquête citoyenne puisque 23,6% des répondants souhaitent « permettre la délégation de certains professionnels paramédicaux formés en toute confiance et sécurité ».

Concernant la coordination des acteurs (sanitaire, médico-social, libéral, institutionnels, associations, usagers)

- › Élaborer une cartographie des acteurs (qui, où, comment et quoi ?),
- › Diffuser cette cartographie (ROR),
- › Soutenir la coordination des professionnels dès le repérage (fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes, CPTS).

› Échéances intermédiaires

ANNÉE	INTITULÉ ACTION
2018	Finalisation du plan d'actions régional santé mentale
2 ^{ème} semestre 2018	Enquête régionale sur les délais d'attente en CMP
2019	Réalisation de la cartographie des acteurs sur chaque territoire

› Modalités d'évaluation

L'objectif défini est évalué à 5 ans avec l'indicateur de résultat suivant :

N°	INTITULÉ INDICATEUR DE RÉSULTATS	VALEUR CIBLE INITIALE 2016	VALEUR CIBLE INTERMÉDIAIRE	VALEUR CIBLE À 5 ANS
1	Taux de médecins généralistes sensibilisés au repérage des troubles psychiques			50 % à 75 %

Cet objectif sera également évalué au regard de la diminution des délais d'accès en Centre médico-psychologique (CMP)



PROMOUVOIR UN PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE FAISANT DU LIEU DE VIE LE CENTRE DES PRISES EN CHARGE ET DES ACCOMPAGNEMENTS

► Contexte et enjeux

Pour les personnes souffrant de troubles psychiques, les conséquences sociales de leur maladie peuvent être importantes (restrictions à la citoyenneté, perte de qualité de vie...).

L'enjeu est de permettre aux personnes souffrant de troubles psychiques même les plus sévères, à risque ou en situation de handicap psychique d'être des individus à part entière avant de n'être que des malades et d'organiser les prises en charge et les accompagnements leur permettant de vivre leur vie à l'intérieur de la cité, sans être stigmatisés.

Dans cette perspective, le centre de gravité du dispositif de soins et d'accompagnement doit être le domicile (ou le lieu de vie) et l'hôpital l'exception : l'hospitalisation, notamment en temps complet, doit pouvoir être limitée aux personnes dont l'état de santé nécessite une prise en charge intensive dans la phase aiguë de la maladie.

Or, il peut être difficile d'accéder à des lits d'hospitalisation, qui pour certains sont occupés par des patients dont l'état de santé ne justifie plus le maintien en hospitalisation psychiatrique aiguë mais y sont accueillis à défaut de pouvoir être accueillis au sein de structures adaptées.

L'hôpital n'est pas un lieu de vie et ne doit pas le devenir.

Plusieurs études montrent qu'il existe en France, un retard à la « désinstitutionnalisation » des patients hospitalisés dans les services de psychiatrie.

Une enquête a déterminé que 30 % des hospitalisations en psychiatrie relevaient du « long cours » (durée d'hospitalisation d'une année ou plus), dont 60 % à 70 % étaient considérées comme inadéquates.

En région Centre-Val de Loire, ce sont plus de 500 personnes qui sont hospitalisées à temps plein depuis plus d'un an (donnée 2015) et une quarantaine d'enfants.

Il peut s'agir d'hospitalisations par défaut, c'est-à-dire des personnes maintenues à l'hôpital faute de places en aval, ce qu'il conviendra de vérifier sur la période du PRS et de faire évoluer vers des prises en charges adaptées.

Par ailleurs, la durée moyenne d'hospitalisation est supérieure dans notre région au niveau national et le taux de recours à l'hospitalisation en temps plein varie de manière significative d'un territoire à l'autre, ce qui peut interroger sur la pertinence de toutes les hospitalisations et soulève la question des hospitalisations évitables.

En outre, alors que le taux de recours régional à l'hospitalisation en temps partiel est conforme à la moyenne nationale, le recours à l'ambulatoire (CMP, CATTP, ateliers thérapeutiques) dans notre région semble en revanche moins développé.

De même, le suivi des patients en libéral par des psychiatres et psychologues est rendu plus difficile compte tenu d'une démographie défavorable des professionnels dans notre région.

Enfin, la prise en charge de la santé mentale ne tient pas assez compte des différentes dimensions de la vie quotidienne (hébergement, accès à l'emploi, à la formation, notamment) alors qu'elles participent fortement à la qualité de vie et au maintien ou à l'intégration sociale des personnes confrontées à un trouble psychique.

Les personnes porteuses de troubles psychiques souffrent souvent d'isolement, de rupture des liens sociaux et de difficultés à assumer les actes et relations de la vie quotidienne. Ces situations de handicap conjuguées à des hospitalisations répétées ou prolongées amènent fréquemment les personnes à perdre leur logement, à l'errance, voire à l'exclusion sociale.

Le maintien du patient dans la cité nécessite une organisation de la réponse aux situations de crise et situations d'urgence, à la fois en termes de prise en charge mais aussi de prévention.

Compte tenu de sa prévalence en France, la problématique du suicide figure parmi les priorités nationales en santé mentale. Un trouble psychique est associé à 90 % des suicides (INSERM). Le risque suicidaire est beaucoup plus élevé chez les personnes ayant des troubles dépressifs, anxieux, schizophréniques et addictifs qu'en population générale. Les antécédents de comportements suicidaires sont également des indicateurs d'un risque accru.

Des enjeux se posent, notamment en termes de prévention, de post-prévention, d'analyse des facteurs de risque ou encore l'amélioration de la mesure des suicides.

► Description de la situation actuelle

Il existe les alternatives suivantes à l'hospitalisation temps plein : 43 hôpitaux de jour, 51 CMP, 35 CATTP, 6 placements familiaux thérapeutiques, 5 appartements thérapeutiques, 10 ateliers thérapeutiques.

Concernant la prise en charge à domicile, les CMP ont vocation à réaliser des visites à domicile et développent, pour certains d'entre eux, des équipes mobiles.

Par ailleurs, créés sous l'impulsion d'associations de familles et d'usagers de la psychiatrie, les groupes d'entraide mutuelle (GEM) permettent aux personnes souffrant de troubles psychiques de rompre leur isolement, de s'entraider et de reprendre une place dans la cité (18 GEM en région).

Pour les adultes handicapés, des structures (SAMSAH, SAVS) permettent un accompagnement à la vie sociale.

L'insuffisance de capacité d'hébergement dans les structures médico-sociales pour les patients le nécessitant sera à évaluer sur chaque territoire. En région, le taux moyen d'équipement en établissements et services médico-sociaux pour adultes souffrant de handicap psychique est comparable à la moyenne nationale mais des disparités territoriales existent.

› Description de l'objectif

L'objectif se décline en 3 sous-objectifs

- › Développer les alternatives à l'hospitalisation complète, notamment l'ambulatoire, et réduire les prises en charge inadéquates,
- › Favoriser l'insertion et l'inclusion sociale, notamment pour les personnes souffrant de troubles sévères et persistants, à risque ou en situation de handicap psychique,
- › Organiser la prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence.

› Modalités de mise en œuvre

Les pistes identifiées à ce stade sont les suivantes :

Concernant le développement des alternatives à l'hospitalisation complète et la réduction des prises en charge inadéquates

- › Redéploiement des moyens sur l'ambulatoire et le temps partiel (maillage et renforcement des CMP, CATTP et hospitalisation à temps partiel),
- › Développer l'aller-vers des équipes de psychiatrie (à domicile et dans les structures médicosociales) afin d'éviter les hospitalisations et prévenir les situations d'urgence ; en complément des équipes de secteur, développement de dispositifs intersectoriels d'équipes mobiles dédiées (infanto-juvénile/adultes/personnes âgées),
- › Analyse de la justification des hospitalisations au long cours et réorientation le cas échéant.

Concernant l'insertion et l'inclusion sociale

- › Soutenir et impliquer les patients et les familles,
- › Lutter contre la stigmatisation relative aux troubles psychiques,
- › Favoriser l'accès et le maintien au logement, à l'emploi et l'insertion dans la cité (renforcer l'accompagnement à domicile via des SAVS, SAMSAH, auxiliaires de vie..., développer les appartements thérapeutiques, développer la coordination des acteurs via les conseils locaux de santé mentale...),
- › Développer la réhabilitation psychosociale et l'éducation thérapeutique.

Concernant la prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence

- › Le développement du suivi en ambulatoire, renforcé en cas de besoin, ainsi que le développement de l'aller-vers est de nature à prévenir les crises et les situations d'urgences,
- › Organiser et rendre lisible le circuit de prise en charge des urgences et des crises dans chaque territoire de santé et organiser la post-crise.

› Échéances intermédiaires

ANNÉE	INTITULÉ ACTION
2018	Finalisation du plan d'actions régional
2019	Identification des hospitalisations inadéquates dans chaque établissement de psychiatrie

› Modalités d'évaluation

L'objectif défini est évalué à 5 ans avec l'indicateur de résultats suivants :

N°	INTITULÉ INDICATEUR DE RÉSULTATS	VALEUR CIBLE INITIALE 2016	VALEUR CIBLE INTERMÉDIAIRE	VALEUR CIBLE À 5 ANS
1	Augmenter la part des prises en charge en ambulatoire (file active ambulatoire exclusive/file active totale hors patients ambulatoires exclusifs)	78,1%		85%
2	Réduire de moitié les hospitalisations inadéquates dans les 5 ans	la valeur initiale sera déterminée par l'enquête programmée en 2019		Réduction de moitié

ORGANISER LA CONTINUITÉ DU PARCOURS DE SANTÉ DES PERSONNES SOUFFRANT DE TROUBLES PSYCHIQUES, PAR LA COORDINATION ÉTROITE ENTRE LES DIFFÉRENTS ACTEURS CONCERNÉS

► Contexte et enjeux

« Pour une bonne part de nos concitoyens ayant besoin de soins psychiatriques, ces parcours sont longs et complexes. Ils associent des temps de soins (dépistage de la maladie, interventions d'urgence ou de crise, soins hospitaliers et ambulatoires du patient, aide aux familles et aux proches) destinés à obtenir au minimum le rétablissement du patient, au mieux sa guérison, et des temps d'accompagnement médico-social, de réhabilitation psycho-sociale.

Dans ces parcours longs et complexes, il est indispensable que tous les acteurs puissent réfléchir et agir dans la complémentarité la plus parfaite, sauf à développer des pratiques maltraitantes ».

(M. Laforcade-rapport octobre 2016)

La diversité des acteurs susceptibles d'intervenir dans le parcours en santé mentale (relevant de champs ordinairement séparés : sanitaire, ville, hôpital, médico-social, social, éducatif, judiciaire, institutions) pose la problématique de la coopération et de la coordination de ces acteurs.

Ces acteurs doivent au préalable se connaître, connaître et reconnaître leur rôle respectif.

La coordination des acteurs est particulièrement importante au regard des points de rupture « classiquement » cités dans le parcours santé mentale et liés à un cloisonnement entre la psychiatrie et :

► **les soins somatiques et la médecine générale en ville :** l'espérance de vie des personnes souffrant de troubles psychiatriques/psychiques est diminuée du fait des risques suicidaires d'une part, mais aussi de l'insuffisance de prise en charge de la dimension somatique des patients psychiatriques. C'est une problématique dont on doit pouvoir tenir compte dans les établissements médicosociaux et dans les hôpitaux.

► **le médico-social :** la collaboration entre services de psychiatrie et structures médico-sociales est nécessaire au bon parcours de vie des usagers les plus handicapés ou celui des personnes âgées (personnes atteintes de troubles psychiatriques vieillissantes ou les personnes âgées présentant des troubles apparentés aux troubles psychiatriques).

► **le social :** la coordination socio-sanitaire est primordiale dans le parcours des personnes se trouvant souvent en situation d'isolement ou de précarité du fait de leurs troubles (prévalence importante des troubles psychiatriques et mentaux au sein des populations précaires) : accès au logement, à la scolarisation et à la formation professionnelle, au travail et accès aux droits sociaux.

► **la justice/administration pénitentiaire :** dans le cadre des soins psychiatriques aux détenus (en détention et à la levée d'écrou), de la mise en œuvre des soins sans consentement, de la prise en charge des mineurs suivis par la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ).

Les cas les plus complexes (notamment les personnes souffrant de handicap psychique) doivent pouvoir faire l'objet d'une attention particulière et nécessiter d'un dispositif de coordination ad hoc (fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes, CPTS, gestionnaires de cas complexes, CLSM...).

Enfin, la coordination des acteurs est particulièrement importante lors du passage aux différents âges de la vie, transitions qui peuvent être source de ruptures de prise en charge (périnatalité/enfance-enfance/adolescence-adolescence / âge adulte-âge adulte / vieillesse, institutions médico-sociales accessibles pour certaines tranches d'âge).

► Description de la situation actuelle

Il existe une certaine complémentarité entre les secteurs sanitaire et médico-social qui ont passé des conventions portant sur les sorties d'hospitalisation, l'évaluation sur le traitement de la personne, et pour organiser les séjours de ruptures. Ces conventions restent à développer.

Par ailleurs, des coordinations locales de santé mentale existent sur plusieurs territoires et une dizaine de projets de conseils locaux de santé mentale (CLSM) arrivent à maturité dans la région, non encore pourvue de tels dispositifs de concertation et de coordination.

La prise en charge globale du patient doit pouvoir devenir une priorité pour tous les acteurs. Cependant, de manière générale, l'articulation entre les différents champs d'intervention est reconnue comme insuffisante, ce qui favorise la rupture du parcours du patient dans sa prise en charge.

Il existe un manque d'interconnaissance des acteurs, de leurs contraintes, de leurs possibilités respectives, ce qui ne facilite pas les échanges d'informations et rend l'acquisition d'une culture commune difficile.

Par ailleurs, la faible disponibilité des acteurs doit être prise en compte, de même qu'un manque de dispositifs permettant ces échanges.

La gestion des cas complexes reste notamment à organiser selon un dispositif spécifique à identifier sur chaque territoire.

Enfin, le positionnement de chaque acteur suscite des questionnements.

Il en est ainsi de la question de la répartition des rôles entre psychiatres et psychologues, de la place des professionnels libéraux, eu égard aux prises en charge effectuées en établissement.

Le rôle et la place des familles dans les parcours doit aussi pouvoir être mieux pris en compte.

› Description de l'objectif

L'objectif se décline en 3 sous-objectifs :

- › Développer la prise en charge somatique des patients de psychiatrie,
- › Garantir la continuité des soins et des prises en charge,
- › Renforcer la coopération et l'articulation entre les acteurs des différents champs.

› Modalités de mise en œuvre

Les pistes identifiées à ce stade sont :

Concernant le développement de la prise en charge somatique des patients de psychiatrie :

- › Développer l'intervention de somaticiens en psychiatrie,
- › Développer la collaboration avec les médecins généralistes (suivis coordonnés, transmission des informations),

- › Promouvoir les actions de prévention et de promotion de la santé (tabac, toxique, surveillance syndrome métabolique, nutrition, exercice physique...) des patients pris en charge dans le dispositif de soins psychiatriques.

Concernant la continuité des soins et des prises en charge :

- › Prévenir les ruptures liées à l'âge,
- › Mieux anticiper les sorties d'hospitalisation avec les dispositifs d'aval (médico-social, social),
- › Développer le suivi régulier des patients et organiser la gestion des cas complexes.

Concernant les actions visant à renforcer la coordination des acteurs :

- › Mettre en place des formations croisées communes aux professionnels des secteurs sanitaire, médico-social et social,
- › Développer les échanges de pratiques innovantes et les bonnes pratiques, retours d'expérience autour d'une thématique donnée,
- › Instaurer des stages des personnels médicaux et paramédicaux dans le secteur médico-social,
- › Mobiliser et déployer les dispositifs de coordination (conseils locaux de santé mentale, CPTS, fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes : organisation à définir en fonction des réalités territoriales).

› Échéances intermédiaires

ANNÉE	INTITULÉ ACTION
2018	Finalisation du plan d'actions régional

› Modalités d'évaluation

L'objectif défini est évalué à 5 ans avec l'indicateur de résultats suivants :

N°	INTITULÉ INDICATEUR DE RÉSULTATS	VALEUR CIBLE INITIALE 2016	VALEUR CIBLE INTERMÉDIAIRE	VALEUR CIBLE À 5 ANS
1	Pourcentage de courriers de sortie d'hospitalisation en psychiatrie transmis dans les 8 jours			80 % (indicateur IPAQSS)
2	Taux de population couverte par un CLSM			50 à 75 %

ÉVALUATION

**MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE
ET D'ÉVALUATION DU SCHÉMA
RÉGIONAL DE SANTÉ**



MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE ET D'ÉVALUATION DU SCHÉMA RÉGIONAL DE SANTÉ

Le Décret du 26 juillet 2016 relatif au Projet régional de santé prévoit les dispositions suivantes à l'article R1434-8 : « *L'agence régionale de santé précise les modalités de suivi et d'évaluation des dispositions prévues par le schéma, notamment en ce qui concerne l'efficacité de ses dispositions. Le schéma régional de santé est révisé, après évaluation de l'atteinte de ses objectifs au moins tous les 5 ans.* »

Le SRS est un document dynamique composé de 4 axes transversaux et de 6 parcours spécifiques. Chaque axe se décline en chapitres. Au total, 17 chapitres et 6 parcours spécifiques composent le SRS de notre PRS. Ils permettent de définir des objectifs opérationnels prioritaires pour notre région et pour les 5 ans à venir. 50 objectifs ont ainsi été définis.

Chaque objectif opérationnel sera mis en œuvre sur les 5 années à venir. Une déclinaison territoriale des objectifs opérationnels sera organisée et réalisée dès la publication officielle du PRS2, fin juin 2018. La mise œuvre du SRS sera participative et impliquera l'ensemble des acteurs de la région et des territoires de démocratie en santé.

L'évaluation du SRS pourra s'envisager en deux temps :

- Un suivi annuel concernant la mise en œuvre des objectifs opérationnels prioritaires pour la région Centre-Val de Loire. L'ARS sera chargée de suivre annuellement l'état d'avancement des objectifs opérationnels.
- Une évaluation à 5 ans, permettant de mesurer l'impact sur l'état de santé de la population.

Pour réaliser cette évaluation à 5 ans, des indicateurs de résultats sont déterminés pour chacun des objectifs opérationnels du SRS. Des valeurs cibles à atteindre au terme des 5 ans ont été fixées pour chaque indicateur de résultat. La valeur cible fixée reste une donnée indicative qui permet de formuler l'ambition associée à l'objectif opérationnel défini.

Si la valeur cible fixée est atteinte au terme des 5 ans, l'ARS sera amenée à définir un nouvel objectif opérationnel et un nouvel indicateur de résultat pour 5 ans pour continuer à améliorer l'état de santé de la population.

Si la valeur cible fixée n'est pas atteinte au terme des 5 ans, l'ARS sera en mesure d'explicitier l'état d'avancement de l'objectif opérationnel. Elle pourra être amenée à réajuster l'objectif opérationnel et redéfinir un indicateur de résultat.

L'évaluation finale du PRS complétera le suivi des indicateurs de résultats par une démarche évaluative plus globale, dont les modalités seront définies avec la CRSA et l'instance de co-construction (ICC).

L'évaluation du SRS permettra d'apprécier l'amélioration de la santé, de la réponse aux besoins de la population de manière efficiente dans notre région. Une communication sera réalisée auprès des instances de démocratie en santé et des acteurs de la santé ainsi qu'auprès des citoyens de notre région.

QUANTIFIÉS

LES OBJECTIFS QUANTIFIÉS

DE L'OFFRE DE SOIN



SOMMAIRE

Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie	> p.147
Traitement du cancer	> p.149
Médecine dont hospitalisation a domicile	> p.151
Chirurgie	> p.154
Imagerie	> p.155
Médecine d'urgence	> p.160
Gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale	> p.162
Prise en charge de l'insuffisance rénale chronique	> p.166
Réanimation	> p.168
Unité de soins longue durée	> p.169
Psychiatrie	> p.170
Soins de suite et de réadaptation	> p.176
Diagnostic prénatal	> p.180
Assistance médicale à la procréation	> p.182
Examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification par empreintes génétiques à des fins médicales	> p.185

LES CRITÈRES D'EFFICIENCE TENANT À L'EXAMEN DU SERVICE RENDU ET À L'OPTIMISATION DE LA RESSOURCE PUBLIQUE DÉGAGÉS SUITE AU DIAGNOSTIC RÉALISÉ CONFORMÉMENT À L'ARTICLE R1434-4 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE :

Nous assistons depuis quelques années à une profonde mutation du système de santé que ce soit en termes de besoin (transition épidémiologique) ou en termes d'offres (innovations scientifiques et technologiques, virage ambulatoire dans tous les secteurs, évolution des métiers...). Les exigences d'efficience du système de santé impliquent d'organiser cette offre (ville-hôpital-médico-social) en rendant plus impératif le développement de la prévention et de la promotion de la santé, la lutte contre les inégalités, la recherche systématique de la qualité et de la pertinence, et l'organisation des prises en charge dans une logique de parcours. Pour répondre à ces défis, la région Centre-Val de Loire doit penser le système de santé dans son ensemble pour mieux répartir, dimensionner et organiser l'offre de santé afin qu'elle réponde aux besoins de santé et aux spécificités territoriales.

Concernant l'offre hospitalière, cette ambition implique une évolution stratégique des établissements de santé afin d'assurer l'utilisation optimale des structures et des moyens humains comme techniques, dans un souci d'efficience. Le schéma régional de santé a pour objectif d'assurer une couverture territoriale et une gradation des soins équilibrées, qui sera effective grâce à des adaptations de la part des établissements de santé, dont un développement significatif des coopérations, et le déploiement des innovations scientifique, technologique et organisationnelle.

A ce titre, l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire pourra réexaminer, le cas échéant, la répartition des implantations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds soumis à

autorisation, au regard de l'analyse des besoins de la population comme de leurs projections, de l'état de l'offre en matière de démographie médicale, de qualité et sécurité des soins comme de pertinence des prises en charge. Ces éléments, comme le respect des conditions d'implantation et des conditions techniques de fonctionnement demeurent le socle de base de la gestion d'autorisation. L'ARS s'attachera à enrichir son analyse au regard d'une approche globale en matière d'efficience intégrant par exemple :

- ▶ les capacités optimales,
- ▶ les taux d'occupation constatés en lits et places,
- ▶ le taux de couverture de la population au regard de ses besoins,
- ▶ la démographie médicale et paramédicale du territoire,
- ▶ la composition des équipes (taux de recours à l'intérim notamment),
- ▶ l'activité déployée : nombre de séjours et nombre de journées (pour l'ambulatoire),
- ▶ les taux de recours standardisés,
- ▶ la pertinence des hospitalisations : basée sur les grilles HAS,
- ▶ les recommandations existantes ou à venir des sociétés savantes, de la haute autorité en santé.

ACTIVITÉS INTERVENTIONNELLES SOUS IMAGERIE MÉDICALE, PAR VOIE ENDOVASCULAIRE, EN CARDIOLOGIE

› Zones de référence :

Conformément à l'arrêté N°2018-DSTRAT-0001 relatif à la définition des zones du schéma régional de santé de la région Centre-Val de Loire, la zone de référence est le département.

› Implantations :

SRS-OQOS-IMPLANTATIONS GÉOGRAPHIQUES PAR MODALITÉS-RÉGION			
Modalités de prise en charge	Existant autorisé au 30/6/17	Prévu SRS (2018-2022)	
		Min	Max
Actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme identifiés ci-dessous sous le libellé « <i>actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle</i> »	8	8	8
<i>Actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte</i>	6	6	6
Actes portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence identifiés ci-dessous sous le libellé « <i>actes portant sur les cardiopathies de l'enfant</i> »	1	1	1

SRS-OQOS-IMPLANTATIONS GÉOGRAPHIQUES PAR MODALITÉS-RÉGION				
TERRITOIRES DE DÉMOCRATIE SANITAIRE	Modalités de prise en charge	Existant autorisé au 30/6/17	Prévu SRS (2018-2022)	
			Min	Max
CHER (18)	Actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle	1	1	1
	Actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte	1	1	1
	Actes portant sur les cardiopathies de l'enfant	0	0	0
EURE-ET-LOIR (28)	Actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle	1	1	1
	Actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte	1	1	1
	Actes portant sur les cardiopathies de l'enfant	0	0	0
INDRE (36)	Actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle	1	1	1
	Actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte	0	0	0
	Actes portant sur les cardiopathies de l'enfant	0	0	0
INDRE-ET- LOIRE (37)	Actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle	2	2	2
	Actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte	2	2	2
	Actes portant sur les cardiopathies de l'enfant	1	1	1
LOIR-ET-CHER (41)	Actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle	1	1	1
	Actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte	0	0	0
	Actes portant sur les cardiopathies de l'enfant	0	0	0
LOIRET (45)	Actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle	2	2	2
	Actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte	2	2	2
	Actes portant sur les cardiopathies de l'enfant	0	0	0

Concernant la rythmologie soumise à autorisation :

Le recours à cette activité dans le cadre de l'urgence est exceptionnel et la proximité n'est pas impérative.

La région Centre-Val de Loire a un taux d'équipement au 1^{er} avril 2017, supérieur au taux national (2,72 implantations par million d'habitants (pmh) versus 2,35 pmh au plan national).

Cette activité est en très forte croissance (voisine de 10 % par an ces dernières années) mais la progression profite principalement aux actes les plus complexes (ablation de fibrillation auriculaire) qui requièrent des équipements de plus en plus coûteux et une technicité importante des équipes médicales qui impliquent de ne pas multiplier les implantations.

En conséquence, il est proposé de maintenir l'existant en prenant toutefois en compte les difficultés constatées dans l'Indre et le Loir-et-Cher en matière de seuil d'activité ou de recrutements médicaux.

Concernant l'activité d'angioplastie coronaire :

Il s'agit souvent d'une activité d'urgence, avec un résultat lié au délai de mise en œuvre.

La région Centre-Val de Loire a un taux d'équipement au 1^{er} avril 2017, inférieur au taux national (2,33 implantations pmh versus 2,91 pmh au plan national).

Cette activité a connu entre 2013 et 2015 une progression d'activité notable (proche de 10 % par an, supérieure à la progression nationale) après une période de stabilité de 2008 à 2012.

Des distances d'accès à un centre d'angioplasties supérieures ont été constatées dans la totalité de l'Indre, sur un axe médian Nord-Sud dans le Loir-et-Cher, et à l'est du Loiret, avec des délais médians premier contact médical-angioplastie primaire supérieurs dans l'Indre et le Loir-et-Cher.

Pour autant, l'analyse des parcours à partir du registre régional de cardiologie interventionnelle démontre que les facteurs principaux sur les délais de prise en charge sont l'appel au 15 et l'orientation directe vers un centre d'angioplastie.

D'ores et déjà, une réponse aux besoins est organisée pour les patients de l'Indre (principalement par le Cher) et du Loir-et-Cher (par le Loiret ou l'Indre-et-Loire).

Par ailleurs il existe des difficultés à recruter une équipe d'angioplasticiens formés dont le nombre doit être d'au moins trois pour assurer une permanence 24h/24, et il est souhaitable d'éviter la dispersion de l'offre afin de garder des centres à forte activité, permettant une dynamique de recherche et de recrutements médicaux satisfaisante.

C'est dans ce contexte qu'il a été décidé de maintenir l'existant, tout en programmant au plus tard en 2019, une analyse régionale approfondie qui pourra donner lieu, si nécessaire, à une révision du PRS.

Objectifs qualitatifs :

Objectif numéro 1 : Diminuer de 10 % le taux de ré hospitalisation des insuffisants cardiaques :

- ▶ par une action de prévention universelle associée à des actions de prévention sélective et ciblée (notamment sur l'hypertension artérielle, et l'activité physique adaptée)
- ▶ par une meilleure coordination des acteurs :
 - ▶ transversale : échanges de protocoles entre cardiologues, analyses de pratiques entre cardiologues
 - ▶ le long du parcours du patient en associant le médecin traitant, les pharmaciens, les infirmiers, mais aussi les structures de soins de suite spécialisés, l'éducation thérapeutique, le suivi à domicile par télésurveillance

Objectif numéro 2 : Diminuer de 10 % les délais de prise en charge des syndromes coronariens aigus :

- ▶ par la poursuite du suivi des modalités de prise en charge par France-PCI
- ▶ par l'intensification des échanges cardiologues-urgentistes, notamment dans les zones où des difficultés ont été identifiées par les cardiologues
- ▶ par une meilleure coordination transversale des cardiologues : échanges de protocoles entre cardiologues, analyses de pratiques entre cardiologues

Objectif numéro 3 : faciliter l'accès à un avis cardiologique

- ▶ en veillant à une répartition optimale des postes d'internes et d'assistants.
- ▶ en favorisant la qualité de l'avis de premier recours (médecin traitant, urgentiste) par des formations ou analyses de cas
- ▶ en utilisant des outils de télémédecine (téléconsultation ou téléexpertise) pour faciliter l'accès au spécialiste dans des territoires défavorisés.

TRAITEMENT DU CANCER

> Zones de référence :

Conformément à l'arrêté N°2018-DSTRAT-0001 relatif à la définition des zones du schéma régional de santé de la région Centre-Val de Loire, la zone de référence est le département.

> Implantations :

SRS-OQOS-IMPLANTATIONS PAR TERRITOIRE ET PAR MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE RÉGION									
Nombre d'implantations géographiques	Chirurgie digestive	Chirurgie mammaire	Chirurgie gynécologique	Chirurgie urologique	Chirurgie ORL	Chirurgie du Thorax	Chimiothérapie	Radiothérapie	Curiethérapie
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

SRS-OQOS-IMPLANTATIONS GÉOGRAPHIQUES PAR MODALITÉS-RÉGION				
TERRITOIRES DE DÉMOCRATIE SANITAIRE	Spécialités de prise en charge	Nombre d'implantations géographiques		
		Existant autorisé au 30/06/17	Prévu SRS (2018-2022)	
			Min	Max
CHER (18)	Chirurgie digestive	3	3	3
	Chirurgie mammaire	3	3	3
	Chirurgie gynécologique	2	2	2
	Chirurgie urologique	3	3	3
	Chirurgie ORL et maxillo-faciale	2	2	2
	Chirurgie du thorax	1	1	1
	Chimiothérapie	2	2	2
	Radiothérapie	1	1	1
	Curiethérapie	0	0	1
EURE-ET-LOIR (28)	Chirurgie digestive	3	3	3
	Chirurgie mammaire	3	3	3
	Chirurgie gynécologique	3	3	3
	Chirurgie urologique	3	3	3
	Chirurgie ORL et maxillo-faciale	1	1	1
	Chimiothérapie	3	3	3
	Radiothérapie	1	1	1
	Curiethérapie	0	0	1
INDRE (36)	Chirurgie digestive	2	2	2
	Chirurgie mammaire	2	2	2
	Chirurgie gynécologique	1	1	1
	Chirurgie urologique	1	1	2
	Chirurgie ORL et maxillo-faciale	1	1	1
	Chimiothérapie	1	1	2

SRS-OQOS-IMPLANTATIONS GÉOGRAPHIQUES PAR MODALITÉS-RÉGION

TERRITOIRES DE DÉMOCRATIE SANITAIRE	Spécialités de prise en charge	Nombre d'implantations géographiques		
		Existant autorisé au 30/06/17	Prévu SRS (2018-2022)	
			Min	Max
INDRE-ET-LOIRE (37)	Chirurgie digestive	6	5	5
	Chirurgie mammaire	5	5	5
	Chirurgie gynécologique	4	4	4
	Chirurgie urologique	4	4	4
	Chirurgie ORL et maxillo-faciale	5	5	5
	Chirurgie du thorax	3	3	3
	Chimiothérapie	5	5	5
	Radiothérapie	2	2	2
	Curiethérapie	2	2	2
LOIR-ET-CHER (41)	Chirurgie digestive	4	4	4
	Chirurgie mammaire	3	3	3
	Chirurgie gynécologique	3	3	3
	Chirurgie urologique	3	3	3
	Chirurgie ORL et maxillo-faciale	3	3	3
	Chirurgie du thorax	1	1	1
	Chimiothérapie	2	2	2
	Radiothérapie	1	1	1
	Curiethérapie	0	0	1
LOIRET (45)	Chirurgie digestive	5	5	5
	Chirurgie mammaire	4	4	4
	Chirurgie gynécologique	4	4	4
	Chirurgie urologique	4	4	4
	Chirurgie ORL et maxillo-faciale	3	3	3
	Chirurgie du thorax	2	2	2
	Chimiothérapie	3	3	3
	Radiothérapie	3	3	3
	Curiethérapie	1	1	1

› Objectifs qualitatifs :

- › Maintenir l'offre de proximité en chimiothérapie par le biais des autorisations, des sites associés dont l'HAD,
- › Respecter les seuils et les recommandations INCa en matière d'autorisation,
- › Garantir l'accès aux consultations d'oncogénétique à tous les patients de la région Centre-Val de Loire,

- › Conforter les dépistages organisés en cancérologie dans le cadre de la mise en place des centres régionaux de coordination des dépistages des cancers,
- › Améliorer les conditions de sortie d'hospitalisation des patients porteurs de cancer,
- › Assurer un parcours de santé adapté aux types de cancer et aux réalités du territoire.

MÉDECINE DONT HOSPITALISATION À DOMICILE

› Zone de référence :

Conformément à l'arrêté N°2018-DSTRAT-0001 relatif à la définition des zones du schéma régional de santé de la région Centre-Val de Loire, la zone de référence est le département.

› Objectifs qualitatifs :

› chaque territoire devra à minima disposer en proximité :

- › d'une offre organisée autour de lits et places de médecine polyvalente. Cette offre est complétée par des consultations de spécialistes présents dans l'établissement, ou en télémedecine, ou en consultations avancées,
- › d'un accès à une expertise gériatrique et en soins palliatifs, soit sur site, soit en télémedecine, soit via des équipes mobiles,
- › d'un accès à une structure d'HAD.

› Les objectifs spécifiques de l'HAD :

Diversifier les modes de prises en charge

Développer la communication et améliorer la lisibilité de l'offre : cet objectif est intégré dans la fiche objectif opérationnel : « optimiser le parcours de l'utilisateur et sa bonne orientation grâce à une bonne connaissance de l'offre en santé ». Plus spécifiquement sur l'HAD, il conviendra de

- › Travailler sur un support de communication régional sur l'offre régionale et améliorer la connaissance du grand public et des prescripteurs, notamment auprès des libéraux,
- › Travailler sur la communication vers les EHPAD (présentation des modalités d'intervention des HAD),
- › Renforcer la communication vers le médecin traitant et l'entourage du patient pour que le projet de soins soit partagé entre tous les acteurs,
- › Mieux communiquer sur l'astreinte médicale (pour éviter l'appel au 15),
- › Travailler avec les délégués Assurance maladie sur la promotion de l'HAD auprès des médecins libéraux.

Améliorer l'accessibilité à l'HAD

- › Garantir une présence effective sur l'ensemble du territoire,
- › Inciter au développement des prescriptions en HAD,
- › Homogénéiser et étendre les modes de prise en charge en HAD : diversifier les prises en charge en HAD conformément aux référentiels de la HAS (Développer les chimiothérapies à domicile, les inter-cures en SSR, les retours précoces des patients résidant en EHPAD),

- › Améliorer la prise en charge patient âgé poly-pathologique à domicile
- › Garantir les prises en charge en urgences et dans le cadre de la continuité des prises en charge à tous les patients et prescripteurs.

Les outils

- › Développer des postes d'IDE d'admission ou de liaison salariés de l'HAD, au sein des établissements hospitaliers, qui permettent d'aiguiller les prescripteurs MCO dans leur démarche,
- › Rédiger et appliquer systématiquement des protocoles d'admission simplifiés à partir des urgences et des filières de pré-admission en hospitalisation à domicile pour des résidents en EHPAD en soins palliatifs,
- › Travailler sur les coopérations HAD-SSIAD,
- › Travailler sur une convention cadre HAD-infirmiers libéraux (notamment sur le volet rémunération),
- › Impliquer davantage l'HAD dans les GHT.

Renforcer les compétences des professionnels intervenant en HAD

- › Pour favoriser leur adhésion renforcer la formation des infirmiers libéraux sur les spécificités de prise en charge en HAD, ainsi que les intervenants à domicile.

Assurer une meilleure articulation entre les acteurs

- › Favoriser l'utilisation de la messagerie sécurisée santé,
- › Généraliser l'utilisation de ViaTrajectoire,
- › Développer l'usage de la télémedecine (téléconsultation et téléexpertise).
- › **Faire évoluer les modes de prises en charge avec le développement des hôpitaux de jour doit devenir une étape dans le parcours de soins avec une organisation, multidisciplinaire et non une succession de consultations.**

› Objectifs quantitatifs – Implantations

Compte-tenu des critères mentionnés ci-dessus, les objectifs quantitatifs en implantation sont susceptibles d'évoluer pendant la durée du PRS.

Cette possibilité doit permettre, notamment aux structures qui ont du mal à respecter les critères susmentionnés, d'anticiper toute dégradation éventuelle de leur situation et de réfléchir à la meilleure façon possible de garantir aux patients une offre de qualité, pérenne, notamment au moyen de mutualisations. La disparition d'implantation géographique n'emporte pas, de fait, la disparition de l'offre en lits qui peut être supportée dans ces conditions par un autre offreur de soins.

SRS-OQOS-IMPLANTATIONS PAR ZONE ET MODE DE PRISE EN CHARGE

RÉGION CENTRE-VAL DE LOIRE	Bilan de l'existant				Implantations attendues à l'issue du SRS					
	HC ¹	Dont partielle	Hospitalisation à temps partiel autonome ²	HAD	HC ¹		Hospitalisation à temps partiel autonome ²		HAD	
					Min	Max	Min	Max	Min	Max
CHER (18)	4	4	1	2	4	4	1	1	2	2
Niveau régional	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Niveau de référence	1	1			1	1				
Niveau de proximité	3	3	1		3	3	1	1		
EURE-ET-LOIR (28)	7	5	1	1	6	7	1	2	1	1
Niveau régional	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Niveau de référence	2	2	1		2	2	1	1		
Niveau de proximité	5	3	0		4	5	0	1		
INDRE (36)	6	4	0	1	6	6	0	0	1	1
Niveau régional	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Niveau de référence	1	1			1	1				
Niveau de proximité	5	3			5	5	0	0		
INDRE-ET-LOIRE (37)	12	10	0	2	10	12	0	1	1	2
Niveau régional	3	3			3	3				
Niveau de référence	-	-			-	-				
Niveau de proximité	9	7			7	9		1		
LOIR-ET-CHER (41)	5	4	0	1	5	5	0	0	1	1
Niveau régional	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Niveau de référence	1	1			1	1				
Niveau de proximité	4	3			4	4				

SRS-OQOS-IMPLANTATIONS PAR ZONE ET MODE DE PRISE EN CHARGE

RÉGION CENTRE-VAL DE LOIRE	Bilan de l'existant				Implantations attendues à l'issue du SRS					
	HC ¹	Dont partielle	Hospitalisation à temps partiel autonome ²	HAD	HC ¹		Hospitalisation à temps partiel autonome ²		HAD	
					Min	Max	Min	Max	Min	Max
LOIRET (45)	10	5	0	2	6	10	0	3	1	2
Niveau régional	1	1			1	1				
Niveau de référence	1	1			1	1				
Niveau de proximité	8	3			4	8		3		

SRS-OQOS-IMPLANTATIONS PAR ZONE ET MODE DE PRISE EN CHARGE

RÉGION CENTRE-VAL DE LOIRE	Existant autorisé au 30/06/17			Prévu SRS (2018-2022)					
	HC ¹	Hospitalisation à temps partiel autonome ²	HAD	HC ¹		Hospitalisation à temps partiel autonome ²		HAD	
				Min	Max	Min	Max	Min	Max
Total région	44	2	9	37	44	2	7	7	9

¹Ces implantations correspondent aux autorisations d'activité de MÉDECINE, sans distinction des modalités « hospitalisation complète » et/ou hospitalisation temps partiel, conformément à la priorité nationale de développer la prise en charge en hospitalisation partielle : des autorisations selon cette modalité pourront être accordées sur les sites actuellement autorisés uniquement en hospitalisation complète. Cela n'entraînera pas de modification en nombre d'implantations.

²activité de médecine en hospitalisation à temps partiel non adossée à une activité de médecine en hospitalisation à temps complet, non comptabilisée dans la partie « Hospitalisation complète et partielle »

CHIRURGIE

► Zone de référence :

Conformément à l'arrêté N°2018-DSTRAT-0001 relatif à la définition des zones du schéma régional de santé de la région Centre-Val de Loire, la zone de référence est le département.

► Objectifs qualitatifs :

- Le développement de la chirurgie ambulatoire doit être poursuivi et amplifié. A partir des données PMSI de 2016, le potentiel de transférabilité, au niveau régional, des séjours d'hospitalisation complète vers l'hospitalisation de jour est estimé à un gain de 16,6 points pour atteindre un taux de 69 %.
- pérenniser une offre de soins chirurgicale. Pour des raisons de sécurité et de qualité des soins, la circulaire 101 DHOS/O/2004 du 5 mars 2004 recommande l'arrêt de l'activité opératoire dans les établissements réalisant moins de 2 000 interventions chirurgicales avec anesthésie par an. Deux établissements de santé de la région Centre-Val de Loire (CH de Châteauroux-le Blanc, pour le site du Blanc, et Loches), implantés dans des zones d'emploi de moins de 100 000 habitants, sont confrontés à cette situation. Par ailleurs, ces établissements disposent, le plus souvent, d'un effectif réduit d'anesthésistes et de chirurgiens ce qui fragilise la permanence des soins.

En conséquence, il conviendra dans ces établissements, soit de sécuriser l'activité opératoire de façon pérenne avec des personnels médicaux qualifiés dans les spécialités exercées et, pour ce faire, d'accompagner le renouvellement éventuel de l'autorisation, de l'engagement contractuel d'assurer toutes les permanences nécessaires, soit de compenser l'interruption de l'activité opératoire, si les conditions précédentes ne peuvent plus être réalisées, en organisant sur site des consultations avancées notamment d'orthopédie et de chirurgie viscérale. Il sera alors nécessaire de prévoir l'accès des patients chirurgicaux à un plateau technique géographiquement proche.

► Chaque territoire de proximité comprend :

- une activité de chirurgie programmée et ambulatoire, en fonction des compétences disponibles et pour des spécialités présentant peu de risques post opératoires.
- Cette offre est complétée par des consultations de spécialistes présents dans l'établissement, en télémédecine ou en consultations avancées.

► Objectifs quantitatifs – Implantations :

SRS-OQOS-IMPLANTATIONS PAR ZONE ET MODE DE PRISE EN CHARGE RÉGION							
RÉGION CENTRE-VAL DE LOIRE	Existant autorisé au 30/06/17			Prévu SRS (2018-2022)			
	HC	Dont partielle	Hospitalisation à temps partiel autonome*	HC		Hospitalisation à temps partiel autonome*	
				Min	Max	Min	Max
Total	29	29	2	25	29	2	6

SRS-OQOS-IMPLANTATIONS PAR ZONE ET MODE DE PRISE EN CHARGE							
DÉCLINAISON TERRITORIALE	Existant autorisé au 30/06/17			Prévu SRS (2018-2022)			
	HC	Dont partielle	Hospitalisation à temps partiel autonome*	HC		Hospitalisation à temps partiel autonome*	
				Min	Max	Min	Max
CHER (18)	4	4	-	3	4	0	1
EURE-ET-LOIR (28)	3	3	2	3	3	2	2
INDRE (36)	3	3	-	2	3	0	1
INDRE-ET-LOIRE (37)	9	9	-	7	9	0	2
LOIR-ET-CHER (41)	4	4	-	4	4	0	0
LOIRET (45)	6	6	-	6	6	0	0
TOTAL	29	29	2	25	29	2	6

* activité de chirurgie en hospitalisation à temps partiel non adossée à une activité de médecine en hospitalisation à temps complet, non comptabilisée dans la partie « Hospitalisation complète et partielle »

IMAGERIE

➤ Zone de référence :

Conformément à l'arrêté N°2018-DSTRAT-0001 relatif à la définition des zones du schéma régional de santé de la région Centre-Val de Loire, la zone de référence est le département.

➤ Objectifs qualitatifs :

1 : Regrouper les plateaux techniques d'imagerie dans le cadre des Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT) et des Plateaux d'Imagerie Médicalisés Mutualisés (PIMM) afin de :

➤ Mutualiser les effectifs médicaux pour optimiser la mise en place d'une permanence des soins,

➤ Promouvoir la concentration des EML compte tenu de la démographie des radiologues,

➤ Concernant les PIMM, les projets devront répondre à un cahier des charges régional.

2 : Favoriser les coopérations et partenariats entre établissements de santé publics, privés, universitaires, ESPIC ainsi qu'avec les médecins radiologues libéraux.

3 : Faciliter l'accès à l'imagerie dans les parcours de soins quelle que soit la discipline.

L'imagerie fait partie intégrante des parcours de soins. Le recours à l'imagerie structure fortement l'offre de soins, aussi bien pour le dépistage, le diagnostic initial, l'évolution per et post thérapeutique. L'imagerie en coupes (scanners, IRM) requiert des équipements coûteux et focalise de ce fait l'attention sur les dépenses de santé, en oubliant trop souvent les économies qu'elle générerait par le seul accès à des techniques modernes qui permettent de lutter contre les errances thérapeutiques et diagnostiques.

En région Centre-Val de Loire on note une augmentation entre 2015 et 2016 des actes de scanners et d'IRM. Le tableau ci-dessous permet de situer le niveau d'EML en région Centre-Val de Loire par rapport au niveau national.

	IRM			SCANNER		
	Nb d'appareils installés	Population	Ratio/M d'hab	Nb d'appareils installés	Population	Ratio/M d'hab
18	4	308 891	12.9	6	308 891	19.4
28	5	435 457	11.5	8	435 457	18.4
36	1	223 010	4.5	5	223 010	22.4
37	9	610 247	14.7	11	610 247	18
41	4	334 415	12	5	334 415	14.5
45	8	674 984	11.8	11	674 984	16.3
Région CVdL	31	2 587 004	12	46	2 587 004	17.8
France	911	66 990 000	13.6	1142	66 990 000	17

	GAMMA CAMÉRA			TEP		
	Nb d'appareils installés	Population	Ratio/M d'hab	Nb d'appareils installés	Population	Ratio/M d'hab
18	2	308 891	6.5	1	308 891	3.2
28	2	435 457	4.6	1	435 457	2.3
36	1	223 010	4.5	-	223 010	-
37	5	610 247	8.2	2	610 247	3.2
41	2	334 415	6	-	334 415	-
45	6	674 984	8.9	4	674 984	6
Région CVdL	18	2 587 004	7	8	2 587 004	3
France	462	66 990 000	6.9	138	66 990 000	2.1

Sources : ARHGOS et INSEE

► S'il faut se réjouir de la démocratisation du recours à l'IRM, technique performante, de grande sensibilité et de grande spécificité, qui évite une exposition aux rayons ionisants, la densité des IRM en France reste 2 fois plus faible en moyenne que chez nos voisins européens. Et comparé au scanner, l'accès à l'IRM reste moins satisfaisant en termes de délais d'obtention. Ce constat est national. Au cours du PRS II, l'ARS Centre-Val de Loire a permis d'augmenter le ratio par million d'habitants d'IRM. En 2016 ce ratio régional est de 12 pour un ratio national de 13,6. La marge de progression est donc encore possible.

Le recours à l'IRM est en augmentation constante, notamment pour ce qui concerne certaines pathologies cancéreuses et le système neuro-vasculaire.

Pour exemple, la prise en charge de l'accident vasculaire cérébral (AVC), problème majeur de santé publique est chez la femme, la 1^{ère} cause de décès, la 2^e cause de démence et la 1^{ère} cause de handicap acquis. L'AVC est la 3^e cause de décès chez l'homme.

L'augmentation attendue du délai de prise en charge pour la thrombectomie garantit une augmentation de patients qui devront bénéficier en urgence au moins d'une IRM.

La pratique de la radiologie tend à évoluer vers une spécialisation d'organes ce qui pourrait induire dans les 5 ans à venir des équipements dédiés.

► Le scanner est l'équipement dont doit disposer tout établissement autorisé pour l'accueil d'urgences ou pour une activité de réanimation :

- + de 40% des admissions en service d'urgence donnent lieu à un examen d'imagerie dont principalement le scanner. Le scanner est le 1^{er} examen de l'urgence (en dehors du cerveau). Cette situation invite certains établissements à réfléchir sur un scanner dédié à l'ur-

gence afin de diminuer les temps d'attente en box des malades et les délais de prise en charge des examens programmés. Le scanner est le 1^{er} examen d'imagerie des patients de réanimation.

En région Centre-Val de Loire, en 2016 le ratio de scanner est de 17,8 par million d'habitants, 17 en France. Malgré cette cohérence avec le niveau national, le déploiement des scanners, notamment au bloc opératoire, pour la pratique de geste radio-guidés (ponctions, infiltrations...) nécessite d'être poursuivi. Le scanner reste un des examens incontournable de la détection et du bilan d'extension comme de la surveillance sous traitement et après traitement des cancers.

Les coro-scanners sont des examens pertinents sous-prescrits par manque de place sur les scanners existants.

Le scanner sera systématiquement préféré à l'IRM dans certaines indications (urgences « en dehors du cerveau », réanimation, patients porteurs de Pace-Makers...).

Plutôt que d'opposer ces deux types d'équipements, la Médecine les considère comme complémentaires. Il n'y a pas de technique universelle et toutes les techniques ont des indications ciblées. Ce constat justifie à lui seul l'actualisation des OQOS sur ces deux types d'EML. Les scanners et IRM dédiés intégralement à la recherche ne sont pas soumis à autorisation.

Les scanners

Les scanners dédiés intégralement aux centrages pour la radiothérapie et le scanner pour l'Institut Médico-Légal du CHRU de Tours ne sont pas soumis à autorisations.

Dans un souci de sécurité et de traçabilité les dossiers d'autorisation devront faire mention de l'inscription des doses d'exposition aux rayons X des patients dans le Dossier médical partagé.

Les IRM

Les appareils faisant l'objet d'une première autorisation (hors IRM spécialisées et dédiées) sont installés sur le site d'un établissement sanitaire public ou privé. Les coopérations « public/privé » sont à privilégier notamment dans le cadre des plateaux mutualisés (PIMM).

L'autorisation d'une IRM spécialisée ou dédiée pourrait être octroyée :

- ▶ uniquement si le promoteur détient déjà une autorisation d'IRM polyvalente
- ▶ uniquement si le besoin de ce nouvel équipement permet une redistribution des actes afin de fluidifier les parcours de soins dans le territoire concerné.

Toute IRM spécialisée ou dédiée pourrait faire l'objet, lors de son renouvellement, à la demande du promoteur et compte tenu de l'argumentation, d'un changement de type d'appareil en IRM polyvalente.

Les salles dite hybride et/ou de radiologie interventionnelle

Le développement de la radiologie interventionnelle sera organisé conformément aux dispositions réglementaires et recommandations des sociétés savantes pour les domaines médicaux spécifiques. Tout EML qui équipe une salle dite hybride et/ou de radiologie interventionnelle, quelle que soit la discipline concernée, reste soumis à autorisation et sera comptabilisé de ce fait avec les autres EML de sa catégorie.

Les sites de Médecine Nucléaire

Compte tenu des contraintes qui s'imposent en termes de radioprotection, le regroupement des activités utilisant des radionucléides sur un même lieu est hautement souhaitable selon les recommandations de l'Institut de Radioprotection et de Sécurité Nucléaire.

Un site de médecine nucléaire comprendra au terme du schéma au moins deux équipements de médecine nucléaire. L'objectif poursuivi est un regroupement des équipements de TEP et de gamma caméras hybrides.

Les demandes de TEP et de gamma caméras inscrites dans les présents OQOS devront répondre à cet objectif de regroupement.

Les TEP-IRM ne seront autorisés que dans les ES disposant d'un site de Médecine Nucléaire et comptabilisés dans le quota des TEP.

A terme le schéma prévoit 1 autorisation de gamma-caméra dédiée « cœur » sur chaque territoire de santé. Ces gamma-caméras seront implantés au sein d'un site de médecine nucléaire et comptabilisés de ce fait avec les autres EML de sa catégorie.

1- Les référentiels de bonnes pratiques en imagerie médicale sont accessibles aux médecins généralistes, radiologues et médecins urgentistes sur les sites professionnels suivants :

- <http://www.sfr-radiologie.asso.fr>
- <http://www.irsn.org>
- <http://www.asn.fr>

Des conventions entre les sociétés de Médecine Nucléaire et les établissements organisent les modalités d'accès à ces équipements et précisent notamment les conditions liées au transport des patients dans l'urgence et dans le parcours de soins programmé.

Le Cyclotron

Un cyclotron pourra être autorisé au sein d'un établissement du territoire de santé d'Indre-et-Loire afin de permettre l'utilisation de produits radioactifs à demi-vie réduite.

4 : Renforcer la PDS « Imagerie en coupes » par la création de PIMM et le développement de la Télémedecine

La zone géographique préférentielle de l'organisation de la PDS reste le **territoire de santé, mais pourra selon la volonté des acteurs et faisabilité en terme de volume d'activité être également envisagée à l'échelle régionale.** La mutualisation inter-territoriale pourra permettre d'assurer la PDS pour les filières spécialisées ou par manque de ressources.

Le dispositif de PDS intègre le déploiement de la téléradiologie qui sera mise en œuvre conformément aux principes de la charte du Conseil professionnel de la radiologie (G4) et du CNOM.

A l'issue du schéma, tout équipement autorisé devra avoir intégré le dispositif MIRC.

Toute activité de téléradiologie devra faire l'objet d'un contrat de télémedecine à vocation d'imagerie et d'une convention entre les acteurs en application des bonnes pratiques d'exams d'imagerie. (cf. HAS et SFR) Les conventions passées, s'il y a lieu, entre les établissements de santé et les sociétés de téléimagerie ne devront pas permettre une quelconque concurrence sur le plan de la tarification des actes. La filière régionale de téléimagerie est à prioriser.

La téléimagerie est une modalité qui complète l'activité d'une structure de radiologie disposant d'un temps de radiologue référent médical sur place.

L'exercice de la téléimagerie s'appuie sur une organisation médicale détaillée formalisée par des protocoles rédigés par les professionnels de santé concernés. Ces protocoles font l'objet de contrats transmis à l'ARS. Ils comportent notamment la description des stratégies diagnostiques, les modalités d'accompagnement et de surveillance du patient ainsi que les conditions techniques de réalisation de l'examen.

- <http://www.has-sante.fr>
- <http://www.sfr-radiopediatrie.org>
- <https://www.sfmn.org>
- <https://www.eanm.org>

2- L'imagerie médicale en France, un atout pour la santé, un atout pour l'économie, Octobre 2016.

► Objectifs quantitatifs – Implantations :

SRS-OQOS-IMPLANTATIONS PAR TERRITOIRE EN IMPLANTATION ET EN ÉQUIPEMENT							
TERRITOIRES DE DÉMOCRATIE SANITAIRE	Modalités de prise en charge	Nombre d'implantations géographiques			Nombre d'appareils		
		Existant autorisé au 30/06/17	Prévu SRS (2018-2022)		Existant autorisé au 30/06/17	Prévu SRS (2018-2022)	
			Minimum	Maximum		Minimum	Maximum
Cher (18)	Scanner	4	4	4	6	6	8
	IRM	3	3	4	4	4	6
	Gamma-caméra	1	1	1	2	2	3
	Tomographe à émission de positons	1	1	1	1	1	2
Eure-et-Loir (28)	Scanner	6	6	6	8	8	10
	IRM	3	3	3	6	6	8
	Gamma-caméra	1	1	1	2	2	3
	Tomographe à émission de positons	1	1	1	1	1	2
Indre (36)	Scanner	4	4	4	5	5	7
	IRM	2	2	2	3	3	5
	Gamma-caméra	1	1	1	2	2	3
	Tomographe à émission de positons	0	1	1	0	1	1
Indre-et-Loire (37)	Scanner	9	9	9	11	11	15
	IRM	6	6	6	12	12	17
	Gamma-caméra	3	3	4	5	5	6
	Tomographe à émission de positons	3	3	4	4	4	5
	Cyclotron	0	0	1	0	0	1
Loir-et-Cher (41)	Scanner	5	5	5	6	6	8
	IRM	4	4	4	5	5	7
	Gamma-caméra	1	1	1	2	2	3
	Tomographe à émission de positons	0	0	1	0	0	1
Loiret (45)	Scanner	9	9	9	11	11	15
	IRM	7	7	8	9	9	13
	Gamma-caméra	3	3	3	6	6	7
	Tomographe à émission de positons	3	3	3	4	4	5

SRS- OQOS-IMPLANTATIONS PAR TERRITOIRE EN IMPLANTATION ET EN ÉQUIPEMENT RÉGION

Modalités de prise en charge	Nombre d'implantations géographiques			Nombre d'appareils		
	Existant autorisé au 30/06/17	Prévu SRS (2018-2022)		Existant autorisé au 30/06/17	Prévu SRS (2018-2022)	
		Minimum	Maximum		Minimum	Maximum
Scanner	37	37	37	47	47	63
IRM	25	25	26	39	39	56
Gamma caméra	10	10	11	19	19	25
Tomographe à émission de positons	8	8	11	10	10	16
Cyclotron	0	0	1	0	0	1

MÉDECINE D'URGENCE

➤ Zones de références :

Conformément à l'arrêté N°2018-DSTRAT-0001 relatif à la définition des zones du schéma régional de santé de la région Centre-Val de Loire, la zone de référence est le département.

➤ Objectifs qualitatifs :

Les objectifs qualitatifs de la médecine d'urgences sont détaillés sur la fiche objectif opérationnel « Organiser la réponse ambulatoire et hospitalière aux besoins de soins non programmés ».

➤ Accessibilité :

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

➤ Objectifs quantitatifs – Implantations :

SRS-OQOS-IMPLANTATIONS PAR ZONE ET MODE DE PRISE EN CHARGE

	Modalités	Bilan de l'existant	Nombre d'implantations	
			Mini	Maxi
RÉGION CENTRE-VAL DE LOIRE	SAMU	6	6*	6
	SMUR	18	18	18
	SMUR pédiatrique	2	2	2
	Antenne SMUR (temporaire ou permanente)	4	4	4
	Structures d'urgences	25	25	25
	Structures d'urgences pédiatriques	2	2	2

SRS-OQOS-IMPLANTATIONS PAR ZONE ET MODE DE PRISE EN CHARGE

DÉCLINAISON TERRITORIALE	Modalités	Bilan de l'existant	Nombre d'implantations	
			Mini	Maxi
CHER (18)	SAMU	1	1*	1
	SMUR	3	3	3
	SMUR pédiatrique	0	0	0
	Antenne SMUR (temporaire ou permanente)	0	0	0
	Structures d'urgences	3	3	3
	Structures d'urgences pédiatriques	0	0	0
EURE-ET-LOIR (28)	SAMU	1	1*	1
	SMUR	4	4	4
	SMUR pédiatrique	0	0	0
	Antenne SMUR (temporaire ou permanente)	0	0	0
	Structures d'urgences	5	5	5
	Structures d'urgences pédiatriques	0	0	0
INDRE (36)	SAMU	1	1*	1
	SMUR	1	1	1
	SMUR pédiatrique	0	0	0
	Antenne SMUR (temporaire ou permanente)	2	2	2
	Structures d'urgences	3	3	3
	Structures d'urgences pédiatriques	0	0	0

SRS-OQOS-IMPLANTATIONS PAR ZONE ET MODE DE PRISE EN CHARGE

DÉCLINAISON TERRITORIALE	Modalités	Bilan de l'existant	Nombre d'implantations	
			Mini	Maxi
INDRE-ET-LOIRE (37)	SAMU	1	1*	1
	SMUR	3	3	3
	SMUR pédiatrique	1	1	1
	Antenne SMUR (temporaire ou permanente)	2	2	2
	Structures d'urgences	6	6	6
	Structures d'urgences pédiatriques	1	1	1
LOIR-ET-CHER (41)	SAMU	1	1*	1
	SMUR	3	3	3
	SMUR pédiatrique	0	0	0
	Antenne SMUR (temporaire ou permanente)	0	0	0
	Structures d'urgences	3	3	3
	Structures d'urgences pédiatriques	0	0	0
LOIRET (45)	SAMU	1	1*	1
	SMUR	4	4	4
	SMUR pédiatrique	1	1	1
	Antenne SMUR (temporaire ou permanente)	0	0	0
	Structures d'urgences	5	5	5
	Structures d'urgences pédiatriques	1	1	1

NB : offre complétée par 5 SMUR hélicoptés

* Possibilité de mutualiser les régulations des SAMU en nuit profonde, sous réserve d'un logiciel métier SAMU identique et interconnecté type SI-SAMU

GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, NÉONATOLOGIE, RÉANIMATION NÉONATALE

› Zones de référence :

Conformément à l'arrêté N°2018-DSTRAT-0001 relatif à la définition des zones du schéma régional de santé de la région Centre-Val de Loire, la zone de référence est le département.

› Objectifs qualitatifs :

Priorité 1 : Améliorer les conditions de la grossesse et de la naissance :

Objectif 1 : Suivi de la femme dans le niveau de maternité en fonction de ses risques

- › Définir et mettre en place le parcours de soins vers le niveau adéquat en pré-partum voire en pré-conceptionnel.
- › Développer la télémédecine pour les transferts in utéro, les transferts néonataux. Favoriser la mise en place de la télé-expertise en obstétrique, échographie, médecine foetale...
- › Favoriser les actions innovantes pour le retour à domicile des femmes enceintes avec une pathologie.

Objectif 2 : Soutien à la parentalité, couple parent-enfant : prévention et prise en charge des vulnérabilités parentales (santé mentale, précarité, addictions...)

- › Promouvoir l'entretien prénatal précoce et une offre diversifiée en préparation à la naissance et à la parentalité.
- › Actualiser l'identification des structures existantes et des collaborations structurées.
- › Mettre en place une filière avec gradation de l'offre de soins (consultations, hôpital de jour...) en tenant compte des recommandations émises par les sociétés savantes et du cahier des charges régional pour la prise en charge des vulnérabilités médico-psycho-sociales entravant le processus de parentalité.

Objectif 3 : Promotion des bonnes pratiques professionnelles autour de la naissance

- › Promouvoir l'allaitement maternel.
- › Sécuriser les pratiques professionnelles.
- › Création d'un Centre régional de dépistage néonatal (CRDN).

Objectif 4 : Développement des filières de soins post natales

- › Promouvoir les filières de soins post natales en lien avec les professionnels de santé de ville (sage-femme, pédiatre, gynécologue-obstétricien, généraliste...), les centres périnataux de proximité, la protection maternelle et infantile (médecin, sage-femme, puéricultrice...) et le PRADO.

Priorité 2 : Améliorer la santé de l'enfant : Suivi de la prise en charge des enfants vulnérables

- › Continuer la prise en charge des enfants vulnérables (suivi, coordination, formation...)
- › Etendre les critères de vulnérabilité (asphyxies néonatales, accidents vasculaires cérébraux, cardiopathies congénitales...)
- › Repérer les vulnérabilités médico-socio-économiques et émotionnelles.
- › Promouvoir le développement de structures alternatives à l'hospitalisation classique, dont l'HAD, des nouveau-nés nécessitant des soins pour favoriser les sorties précoces de néonatalogie et le rapprochement parents-enfants.

Priorité 3 : Mieux prévenir et prendre en charge les grossesses non désirées :

- › Diminuer le nombre de grossesses non désirées et en particulier chez les mineures.
- › Améliorer la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse sur le territoire et faciliter l'accès à toutes les méthodes.
- › Maintenir et développer la répartition de l'offre régionale existante tout en s'assurant de la sécurité, la qualité des soins et la prise en charge des femmes souhaitant avoir recours à l'interruption volontaire de grossesse.
- › Organiser au sein du ROR la lisibilité des professionnels et des lieux.
- › Améliorer les actions de prévention et l'offre sanitaire sur la contraception, les maladies sexuellement transmissibles, la planification des grossesses.

Priorité 4 : Évolution de la démographie médicale en maternité, réflexions à conduire sur :

- › Le devenir de l'offre de soins régionale et sa répartition géographique : depuis le PRS 1, publié en 2012, l'activité des maternités de la région a perdu 10 %, lié à la baisse de la natalité. Cette baisse d'activité est différente selon les niveaux de prises en charge :
 - › -27 % dans les maternités de type 1
 - › -8 % dans les maternités de type 2
 - › +3 % dans les maternités de niveau 3

La répartition des parts dans l'activité régionale a également évolué au détriment des maternités de niveau 1, et au profit des maternités de niveau 3 : en 2012, les maternités de type 1 représentaient 26 % de l'activité totale, versus 21 % en 2016, 28 % pour les maternités de type 3 en 2012, versus 31 % en 2016. Stabilité par ailleurs pour les maternités de type 2.

Cette baisse d'activité est à relativiser selon les maternités de type 1 qui présentent des données variant de 255 à 683 accouchements.

Corrélées à la nécessité de garantir des soins de qualité, la continuité et la permanence des soins, à la démographie médicale déficitaire dans les 3 spécialités (gynécologie-obstétrique, pédiatrie, anesthésie-réanimation) ces données d'activité impliquent de poursuivre le suivi attentif des maternités les plus fragiles,

afin de repérer le plus en amont possible les signaux pour aider et accompagner les structures en difficulté.

Toute transformation de l'offre s'accompagnera, a minima, de la mise en place de centres périnataux de proximité afin de maintenir un offre de proximité permettant notamment de réaliser les consultations de suivi de la grossesse, du post-partum, le suivi des grossesses à risque dans le cadre de consultations avancées et de la télémédecine, le retour en post accouchement précoce.

► Objectifs quantitatifs – Implantations :

SRS-OQOS-IMPLANTATIONS PAR ZONE ET MODE DE PRISE EN CHARGE				
	Graduations	Existant autorisé au 30/06/17	Nombre d'implantations	
			Mini	Maxi
RÉGION CENTRE-VAL DE LOIRE	Unité obstétrique	10	5	10
	Unité obstétrique et unité néonatalogie sans soins intensifs	4	4	4
	Unité obstétrique et unité néonatalogie avec soins intensifs	4	4	4
	Unité obstétrique et unité néonatalogie avec soins intensifs et unité de réanimation	2	2	2
	TOTAL	20	15	20

SRS-OQOS-IMPLANTATIONS PAR ZONE ET MODE DE PRISE EN CHARGE

DÉCLINAISON TERRITORIALE	Graduations	Existant autorisé au 30/06/17	Nombre d'implantations	
			Mini	Maxi
CHER (18)	Unité obstétrique	3	2	3
	Unité obstétrique et unité néonatalogie sans soins intensifs			
	Unité obstétrique et unité néonatalogie avec soins intensifs	1	1	1
	Unité obstétrique et unité néonatalogie avec soins intensifs et unité de réanimation			
	TOTAL	4	3	4
EURE-ET-LOIR (28)	Unité obstétrique	1	0	1
	Unité obstétrique et unité néonatalogie sans soins intensifs	1	1	1
	Unité obstétrique et unité néonatalogie avec soins intensifs	1	1	1
	Unité obstétrique et unité néonatalogie avec soins intensifs et unité de réanimation			
	TOTAL	3	2	3
INDRE (36)	Unité obstétrique	1	0	1
	Unité obstétrique et unité néonatalogie sans soins intensifs	1	1	1
	Unité obstétrique et unité néonatalogie avec soins intensifs			
	Unité obstétrique et unité néonatalogie avec soins intensifs et unité de réanimation			
	TOTAL	2	1	2
INDRE-ET-LOIRE (37)	Unité obstétrique	1	0	1
	Unité obstétrique et unité néonatalogie sans soins intensifs	1	1	1
	Unité obstétrique et unité néonatalogie avec soins intensifs			
	Unité obstétrique et unité néonatalogie avec soins intensifs et unité de réanimation	1	1	1
	TOTAL	3	2	3
LOIR-ET-CHER (41)	Unité obstétrique	3	2	3
	Unité obstétrique et unité néonatalogie sans soins intensifs			
	Unité obstétrique et unité néonatalogie avec soins intensifs	1	1	1
	Unité obstétrique et unité néonatalogie avec soins intensifs et unité de réanimation			
	TOTAL	4	3	4
LOIRET (45)	Unité obstétrique	1	1	1
	Unité obstétrique et unité néonatalogie sans soins intensifs	1	1	1
	Unité obstétrique et unité néonatalogie avec soins intensifs	1	1	1
	Unité obstétrique et unité néonatalogie avec soins intensifs et unité de réanimation	1	1	1
	TOTAL	4	4	4
TOTAL		20	15	20

SRS-OQOS-IMPLANTATIONS Centres périnataux de proximité (CPP)

DÉCLINAISON TERRITORIALE	Existant au 30/06/17	Nombre d'implantations	
		Mini	Maxi
CHER (18)	0	0	1
EURE-ET-LOIR (28)	1	1	2
INDRE (36)	1	1	2
INDRE-ET-LOIRE (37)	1	1	3
LOIR-ET-CHER (41)	0	0	0
LOIRET (45)	1	1	1
TOTAL	4	4	9

PRISE EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE

› Zones de référence :

Conformément à l'arrêté N°2018-DSTRAT-0001 relatif à la définition des zones du schéma régional de santé de la région Centre-Val de Loire, la zone de référence est le département.

› Objectifs quantitatifs – Implantations :

	Graduations	Nombre d'implantations géographiques		
		Existant autorisé au 30/06/17	Prévu SRS (2018-2022)	
			Mini	Maxi
RÉGION CENTRE-VAL DE LOIRE	Hémodialyse en centre adulte	11	8	11
	Hémodialyse en centre enfant	1	1	1
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	17	21	24
	Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée	25	25	27
	Dialyse à domicile par hémodialyse ou dialyse péritonéale	12	17	17

SRS-OQOS-IMPLANTATIONS PAR TERRITOIRE ET MODES DE PRISE EN CHARGE				
TERRITOIRES DE DÉMOCRATIE SANITAIRE	Graduations	Nombre d'implantations géographiques		
		Existant autorisé au 30/06/17	Prévu SRS (2018-2022)	
			Mini	Maxi
CHER (18)	Hémodialyse en centre adulte	1	1	1
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	1	2	3
	Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée	5	4	5
	Dialyse à domicile par hémodialyse ou dialyse péritonéale	1	3	3
EURE-ET-LOIR (28)	Hémodialyse en centre adulte	2	1	2
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	4	4	4
	Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée	4	4	4
	Dialyse à domicile par hémodialyse ou dialyse péritonéale	2	3	3
INDRE (36)	Hémodialyse en centre adulte	1	1	1
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	2	2	2
	Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée	2	2	2
	Dialyse à domicile par hémodialyse ou dialyse péritonéale	1	1	1
INDRE-ET-LOIRE (37)	Hémodialyse en centre adulte	2	2	2
	Hémodialyse en centre enfant	1	1	1
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	3	5	6
	Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée	7	7	7
	Dialyse à domicile par hémodialyse ou dialyse péritonéale	2	3	3
LOIR-ET-CHER (41)	Hémodialyse en centre adulte	1	1	1
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	3	3	3
	Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée	3	3	4
	Dialyse à domicile par hémodialyse ou dialyse péritonéale	1	2	2
LOIRET (45)	Hémodialyse en centre adulte	4	2	4
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	4	5	6
	Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée	4	5	5
	Dialyse à domicile par hémodialyse ou dialyse péritonéale	5	5	5

La répartition par modalité de dialyse en région Centre-Val de Loire est proche de celle rencontrée au niveau national, mais il existe un faible développement de la dialyse à domicile et d'importantes disparités selon les départements. Il a donc été prévu :

- ▶ de favoriser le développement de la dialyse à domicile (hémodialyse ou dialyse péritonéale). Toute structure juridique autorisée pour une activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale (dialyse) pourra solliciter une demande d'autorisation de dialyse à domicile.
- ▶ de favoriser la dialyse hors centre et d'harmoniser le taux d'implantations des unités de dialyse médicalisées (UDM) entre les différents territoires. Pour la dialyse en centre les objectifs maximums sont le reflet de l'offre actuelle. Des objectifs minimums ont été définis dans les départements ayant un taux d'équipement élevé, afin de permettre d'éventuelles concentrations de l'offre pour favoriser la dialyse hors centre, ou prendre en compte la nécessité d'optimiser les ressources médicales.
- ▶ de rééquilibrer l'offre d'autodialyse au profit du Loiret et du Loir-et-Cher, qui ont les plus faibles recours à cette modalité au sein de la région.

▶ Accessibilité :

A l'exception du Blanc (Indre), les délais d'accès à une unité de dialyse sont satisfaisants, et les modifications d'implantation devront maintenir cet accès aisé aux structures d'hémodialyse.

▶ Objectifs qualitatifs :

- ▶ Baisser de moitié les dialyses évitables en urgence (54 % en 2014 versus 35 % au plan national) par
 - ▶ une meilleure organisation du parcours du patient porteur d'une maladie rénale chronique ou de facteurs de risques, impliquant un travail pluri professionnel (néphrologues, médecins traitants, cardiologues, diabétologues, biologistes, pharmaciens, infirmiers libéraux...),

- ▶ une co-construction de la décision de suppléance avec le patient, après évaluation multi professionnelle de sa situation,
 - ▶ la mobilisation des leviers permettant de limiter ou de compenser la baisse de l'offre néphrologique dans les territoires (formation, postes partagés, téléconsultations...).
- ▶ Développer la greffe pour atteindre un nombre de patients porteurs d'un greffon fonctionnel supérieur au nombre de patients dialysés
 - ▶ en favorisant l'inscription sur liste d'attente de greffe,
 - ▶ en poursuivant l'effort déployé en région Centre-Val de Loire sur le prélèvement d'organe, par le développement des prélèvements chez les sujets décédés après arrêt circulatoire et des actions visant à favoriser les recensements et à diminuer les refus de prélèvements,
 - ▶ en levant les obstacles au développement des greffes par prélèvement sur donneur vivant,
 - ▶ en facilitant le suivi partagé par les équipes de greffe et de dialyse des patients greffés, en mobilisant au besoin des outils de télémédecine.
 - ▶ Développer la dialyse hors centre avec pour objectif un taux majoritaire de nouveaux patients admis en hors centre à J90 du démarrage de la suppléance
 - ▶ Par la révision des possibilités d'implantation,
 - ▶ Par la co-construction avec le patient de la décision éclairée de la modalité de dialyse.

RÉANIMATION

› Zones de référence :

Conformément à l'arrêté N°2018-DSTRAT-0001 relatif à la définition des zones du schéma régional de santé de la région Centre-Val de Loire, la zone de référence est le département.

› Objectifs quantitatifs – Implantations :

SRS-OQOS-IMPLANTATIONS PAR ZONE ET MODE DE PRISE EN CHARGE			
TERRITOIRES DE DÉMOCRATIE SANITAIRE	Modalités	Nombre d'implantations géographiques	
		Bilan de l'existant	À l'issue du SRS 2022
CHER (18)	Réanimation adultes	1	1
	Réanimation pédiatrique	0	0
EURE-ET-LOIR (28)	Réanimation adultes	2	2
	Réanimation pédiatrique	0	0
INDRE (36)	Réanimation adultes	1	1
	Réanimation pédiatrique	0	0
INDRE-ET-LOIRE (37)	Réanimation adultes	3	3
	Réanimation pédiatrique	1	1
LOIR-ET-CHER (41)	Réanimation adultes	1	1
	Réanimation pédiatrique	0	0
LOIRET (45)	Réanimation adultes	2	2
	Réanimation pédiatrique	1	1
TOTAL	Réanimation adultes	10	10
	Réanimation pédiatrique	2	2

Maintien des autorisations d'activité actuelles jugées suffisantes pour la région Centre-Val de Loire tout en poursuivant les travaux de regroupement des unités de réanimation au sein d'une même entité juridique.

› Objectifs qualitatifs :

› Améliorer la prise en charge des patients dans les services de réanimation, les unités de soins intensifs et les unités de surveillance continue en période normale ou de crise

- › Connaître la disponibilité des lits en temps réel
- › Harmoniser les critères d'admission dans les différentes unités pour permettre une meilleure gestion et occupation des lits
- › Veiller à ce que la réanimation ne se substitue pas à l'absence de certains services spécialisés au sein de l'établissement (ex : service de Soins de Rééducation Post Réanimation ou SSR neurologique notamment pour les patients en état végétatif chronique)
- › Réaliser une enquête régionale sur les services de réanimation/Actualiser l'enquête sur les USC et USI

› Faire évoluer les pratiques professionnelles en poursuivant la sensibilisation des réanimateurs à la politique de prélèvements d'organes :

- › Favoriser l'accès à la réanimation des donneurs âgés jusqu'alors non proposés ou recusés faute de place
- › Développer des actions de sensibilisation et veiller à la formation des personnels afin de faire reculer le taux d'opposition

› Améliorer le fonctionnement des USC :

- › Évaluer les conventions associant les USC isolées aux services de réanimation
- › Poursuivre le regroupement géographique des lits d'USC et d'USI à proximité des services de réanimation
- › Actualiser le cahier des charges (élaboré en 2010) concernant les reconnaissances des USC/USI
- › Rappeler le caractère primordial de la permanence médicale sur place lors des situations transitoires de suppléance respiratoire.

UNITÉ DE SOINS LONGUE DURÉE

› Zones de référence :

Conformément à l'arrêté N°2018-DSTRAT-0001 relatif à la définition des zones du schéma régional de santé de la région Centre-Val de Loire, la zone de référence est le département.

› Objectifs quantitatifs – Implantations :

SRS-OQOS-IMPLANTATIONS PAR ZONE ET MODE DE PRISE EN CHARGE		
TERRITOIRES DE DÉMOCRATIE SANITAIRE	Nombre d'implantations géographiques	
	Existant autorisé au 30/06/17	Prévu SRS (2018/2022)
CHER (18)	6	6
EURE-ET-LOIR (28)	4	4
INDRE (36)	4	4
INDRE-ET-LOIRE (37)	2	3
LOIR-ET-CHER (41)	2	2
LOIRET (45)	5	5

› Objectifs qualitatifs :

Assoir la place des USLD dans l'offre de soins : clarifier et faire connaître les missions des USLD au sein des territoires, identifier les publics accueillis et leur besoin de soins requis, adapter les modalités de prise en charge au type de malades accueillis.

PSYCHIATRIE

› Zones de référence :

Conformément à l'arrêté N°2018-DSTRAT-0001 relatif à la définition des zones du schéma régional de santé de la région Centre-Val de Loire, la zone de référence est le département.

› Objectifs quantitatifs – Implantations :

› Les établissements de santé assurant la mission de psychiatrie de secteur pour adultes d'une part et en infanto-juvénile d'autre part, seront désignés par le directeur général de l'Agence régionale de santé qui leur attribuera une zone d'intervention sur chaque territoire de santé, comme le prévoit l'article L3221-4 du code de la santé publique.

› Tout établissement de santé disposant d'une autorisation en hospitalisation à temps plein est fondé à disposer d'une autorisation en hospitalisation de jour et en hospitalisation de nuit, et à en demander l'autorisation le cas échéant. La création de ces nouvelles implantations sera subordonnée à la transformation de lits d'hospitalisation complète en places afin de garantir la substitution effective des prises en charge.

› Les implantations décrites ci-après correspondent aux sites géographiques des services (une adresse équivalant à une implantation, quel que soit le nombre de services ou de places situés à cette adresse).

› Psychiatrie Adulte

SRS-OQOS-IMPLANTATIONS PAR ZONE ET MODE DE PRISE EN CHARGE

DÉCLINAISON TERRITORIALE	Modalités de prise en charge	Nombres d'implantations		
		Bilan de l'existant	Objectifs	
			Mini	Maxi
RÉGION CENTRE-VAL DE LOIRE	Structures d'hospitalisation à temps plein	32	31	31
	Structures d'hospitalisation de jour	43	42	46
	Structures d'hospitalisation de nuit	11	11	30
	Services de placement familial thérapeutique	272	272	272
	Appartements thérapeutiques	60	60	60
	Centres de crise	4	6	7
	Centres de postcure psychiatrique	0	6	6
CHER (18)	Structures d'hospitalisation à temps plein	4	4	4
	Structures d'hospitalisation de jour	9	8	9
	Structures d'hospitalisation de nuit	0	0	4
	Services de placement familial thérapeutique	245	245 (1)	245 (1)
	Appartements thérapeutiques	0	0 (1)	0 (1)
	Centres de crise	1	1	1
	Centres de postcure psychiatrique	0	1	1
EURE-ET-LOIR (28)	Structures d'hospitalisation à temps plein	5	5	5
	Structures d'hospitalisation de jour	5	5	5
	Structures d'hospitalisation de nuit	4	4	5
	Services de placement familial thérapeutique	6	6 (1)	6 (1)
	Appartements thérapeutiques	0	0 (1)	0 (1)
	Centres de crise	2	1	2
	Centres de postcure psychiatrique	0	1	1
INDRE (36)	Structures d'hospitalisation à temps plein	3	3	3
	Structures d'hospitalisation de jour	4	4	4
	Structures d'hospitalisation de nuit	1	1	3
	Services de placement familial thérapeutique	0	0 (1)	0 (1)
	Appartements thérapeutiques	31	31 (1)	31 (1)
	Centres de crise	0	1	1
	Centres de postcure psychiatrique	0	1	1

SRS-OQOS-IMPLANTATIONS PAR ZONE ET MODE DE PRISE EN CHARGE

DÉCLINAISON TERRITORIALE	Modalités de prise en charge	Nombres d'implantations		
		Bilan de l'existant	Objectifs	
			Mini	Maxi
INDRE-ET-LOIRE (37)	Structures d'hospitalisation à temps plein	9	8	8
	Structures d'hospitalisation de jour	9	9	10
	Structures d'hospitalisation de nuit	3	3	8
	Services de placement familial thérapeutique	1	1 (1)	1 (1)
	Appartements thérapeutiques	3	3 (1)	3 (1)
	Centres de crise	1	1	1
	Centres de postcure psychiatrique	0	1	1
LOIR-ET-CHER (41)	Structures d'hospitalisation à temps plein	6	6	6
	Structures d'hospitalisation de jour	6	6	7
	Structures d'hospitalisation de nuit	3	3	6
	Services de placement familial thérapeutique	14	14 (1)	14 (1)
	Appartements thérapeutiques	0	0 (1)	0 (1)
	Centres de crise	0	1	1
	Centres de postcure psychiatrique	0	1	1
LOIRET (45)	Structures d'hospitalisation à temps plein	5*	5	5
	Structures d'hospitalisation de jour	10	10	11
	Structures d'hospitalisation de nuit	0	0	4
	Services de placement familial thérapeutique	6	6 (1)	6 (1)
	Appartements thérapeutiques	26	26 (1)	26 (1)
	Centres de crise	0	1	1
	Centres de postcure psychiatrique	0	1	1

*Dont une UHSA (unité hospitalière spécialement aménagée pour les détenus)

(1) Les objectifs en matière de placement familial thérapeutique et d'appartements thérapeutiques feront l'objet d'une révision au cours de la période du Projet régional de santé après évaluation des besoins sur chaque territoire de santé.

ÉVOLUTIONS DE L'OFFRE PAR TERRITOIRE DE SANTÉ :

CHER (18)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Regroupement de 2 hôpitaux de jour ➤ Possibilité de créer 4 implantations d'hospitalisation de nuit ➤ Activité de placement familial thérapeutique à réorienter sur la satisfaction des besoins régionaux ➤ Possibilité de créer un centre de postcure psychiatrique
EURE-ET-LOIR (28)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Possibilité de créer 1 implantation supplémentaire d'hospitalisation de nuit ➤ Possibilité de créer un centre de postcure psychiatrique
INDRE (36)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Possibilité de créer 2 implantations supplémentaires d'hospitalisation de nuit ➤ Possibilité de créer un centre de crise ➤ Possibilité de créer un centre de postcure psychiatrique
INDRE-ET-LOIRE (37)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ En hospitalisation temps plein : regroupement de 2 implantations ➤ Possibilité de créer 1 implantation supplémentaire d'hospitalisation de jour ➤ Possibilité de créer 5 implantations supplémentaires d'hospitalisation de nuit ➤ Possibilité de créer un centre de postcure psychiatrique
LOIR-ET-CHER (41)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Possibilité de créer une implantation supplémentaire d'hospitalisation de jour ➤ Possibilité de créer 3 implantations supplémentaires d'hospitalisation de nuit ➤ Possibilité de créer un centre de crise ➤ Possibilité de créer un centre de postcure psychiatrique
LOIRET (45)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Possibilité de créer une implantation supplémentaire d'hospitalisation de jour ➤ Possibilité de créer 4 implantations d'hospitalisation de nuit ➤ Possibilité de créer un centre de crise ➤ Possibilité de créer un centre de postcure psychiatrique

› Psychiatrie Infanto-juvénile (0 à 18 ans)

SRS-OQOS-IMPLANTATIONS PAR ZONE ET MODE DE PRISE EN CHARGE				
DÉCLINAISON TERRITORIALE	Modalités de prise en charge	Nombres d'implantations		
		Bilan de l'existant	Objectifs	
			Mini	Maxi
RÉGION CENTRE-VAL DE LOIRE	Structures d'hospitalisation à temps plein**	8	8	11
	Structures d'hospitalisation de jour	23	22	27
	Structures d'hospitalisation de nuit	1	1	10
	Services de placement familial thérapeutique	27	27 (1)	27 (1)
	Centres de crise	0	0	2
	Centres de postcure psychiatrique	0	0	0
CHER (18)	Structures d'hospitalisation à temps plein	1	1	1
	Structures d'hospitalisation de jour	5	4	5
	Structures d'hospitalisation de nuit	0	0	1
	Services de placement familial thérapeutique	0	0 (1)	0 (1)
	Centres de crise	0	0	0
	Centres de postcure psychiatrique	0	0	0
EURE-ET-LOIR (28)	Structures d'hospitalisation à temps plein	1	1	1
	Structures d'hospitalisation de jour	5**	5	5
	Structures d'hospitalisation de nuit	0	0	1
	Services de placement familial thérapeutique	5	5 (1)	5 (1)
	Centres de crise	0	0	0
	Centres de postcure psychiatrique	0	0	0
INDRE (36)	Structures d'hospitalisation à temps plein	1	1	1
	Structures d'hospitalisation de jour	1	1	1
	Structures d'hospitalisation de nuit	0	0	1
	Services de placement familial thérapeutique	6	6 (1)	6 (1)
	Centres de crise	0	0	0
	Centres de postcure psychiatrique	0	0	0
INDRE-ET-LOIRE (37)	Structures d'hospitalisation à temps plein	2*	2	5
	Structures d'hospitalisation de jour	3	3	6
	Structures d'hospitalisation de nuit	1	1	4
	Services de placement familial thérapeutique	0	0 (1)	0 (1)
	Centres de crise	0	0	1
	Centres de postcure psychiatrique	0	0	0
LOIR-ET-CHER (41)	Structures d'hospitalisation à temps plein	2**	2	2
	Structures d'hospitalisation de jour	4	4	4
	Structures d'hospitalisation de nuit	0	0	2
	Services de placement familial thérapeutique	3	3 (1)	3 (1)
	Centres de crise	0	0	0
	Centres de postcure psychiatrique	0	0	0
LOIRET (45)	Structures d'hospitalisation à temps plein	1	1	1
	Structures d'hospitalisation de jour	5	5	6
	Structures d'hospitalisation de nuit	0	0	1
	Services de placement familial thérapeutique	13	13 (1)	13 (1)
	Centres de crise	0	0	1
	Centres de postcure psychiatrique	0	0	0

ÉVOLUTIONS DE L'OFFRE PAR TERRITOIRE DE SANTÉ :

CHER (18)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Possibilité de créer 1 implantation en hôpital de nuit
EURE-ET-LOIR (28)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Possibilité de créer 1 implantation en hôpital de nuit
INDRE (36)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Possibilité de créer 1 implantation en hôpital de nuit
INDRE-ET-LOIRE (37)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Possibilité de créer 3 implantations supplémentaires en temps plein permettant la mise en place d'une unité de pédopsychiatrie mère-enfants, d'une unité d'hospitalisation à temps complet pour enfants et d'un foyer thérapeutique soins-études pour adolescents ▶ Possibilité de créer 3 implantations supplémentaires en hôpital de jour ▶ Possibilité de créer 3 implantations supplémentaires en hôpital de nuit
LOIR-ET-CHER (41)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Possibilité de créer 2 implantations en hôpital de nuit
LOIRET (45)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Possibilité de créer 1 implantation supplémentaire en hôpital de jour ▶ Possibilité de créer 1 implantation en hôpital de nuit

(1) Les objectifs en matière de placement familial thérapeutique feront l'objet d'une révision au cours de la période du Projet régional de santé après évaluation des besoins sur chaque territoire de santé.

* dont une unité dédiée aux enfants souffrants de pathologies neuro-développementales

** dont une unité de soins intégration scolaire

¹² Les troubles addictifs et l'autisme sont traités dans le cadre des parcours spécifiques du Projet régional de santé

▶ Gradation des soins :

La gradation des soins est organisée sur chacun des territoires de santé en tenant compte des grands principes ci-dessous, elle peut être adaptée selon les réalités territoriales dans le cadre d'un accord formalisé entre les acteurs.

Trois niveaux de gradation sont définis :

▶ **niveau I (soins primaires)** : offre de premier recours, porte d'entrée dans le système de soins, il se structure autour d'une offre ville-hôpital englobant les acteurs de soins primaires (médecins généralistes, psychiatres libéraux, psychologues) et les prises en charge de première intention réalisées par les acteurs hospitaliers (centres médico-psychologiques) ou certaines structures pluridisciplinaires (ex : maisons des adolescents). Une attention particulière sera portée à l'accessibilité de la population à ce niveau I en termes de délais de rendez-vous.

▶ **niveau II ou secondaire** : regroupe des services spécialisés portés par la psychiatrie hospitalière privée ou publique dont une partie des structures de soins est déconcentrée dans la cité (hôpitaux de jour, appartements thérapeutiques...). Ce niveau assure la prévention, le diagnostic, les soins et la réadaptation et réhabilitation psychosociale pour l'ensemble des patholo-

gies mentales¹² : troubles anxio-dépressifs, risques suicidaires, troubles bipolaires, schizophrénies, troubles du développement et du comportement, troubles du comportement alimentaire...

▶ **niveau III ou tertiaire** : constitué de centres de référence et d'expertise, il comprend les services de soins les plus spécialisés dont la complexité et/ou la rareté des actes et des ressources justifient une vocation régionale ou interdépartementale. Ces centres ont également une vocation d'enseignement et de recherche.

Sont d'ores et déjà identifiées les structures à vocation régionale suivantes :

- ▶ le Centre de Ressources pour les Intervenants auprès d'Auteurs de Violences Sexuelles (CRIA VS) à Tours (37) ;
- ▶ le Centre régional autisme (CRA) à Tours (37) ;
- ▶ le Centre Mémoire de Ressources et de Recherche (CM2R) à Tours (37) ;
- ▶ le Centre Expert Dépression Résistante (CEDR) à Tours, labellisé par la Fondation FondaMental ;
- ▶ l'Unité d'hospitalisation spécialement aménagée pour les détenus (UHSA) à Fleury les Aubrais (45) ;

- la cellule d'urgence médico-psychologique régionale (Orléans, 45) pour la prise en charge des urgences médico-psychologiques, en lien avec les cellules d'urgence médico-psychologique départementales, ces cellules relevant du dispositif de l'aide médicale urgente ;

Le besoin de mise en place de dispositifs de niveau III à vocation régionale est défini pour les activités suivantes :

- un centre de référence régional en matière de troubles de la conduite alimentaire comportant notamment des lits permettant une hospitalisation en temps complet en cas d'urgence (risque suicidaire ou d'auto-agression important), d'épuisement ou de crise familiale, avant que le risque vital ne soit engagé ou en cas d'échec des soins ambulatoires (aggravation ou chronicisation) ; la prise en charge initiale de ces troubles relevant du niveau I en ambulatoire et/ou du niveau II en hôpital de jour, en lien avec les services de soins somatiques et soins de suite et de réadaptation ;
- un centre de référence en matière de troubles du déficit de l'attention et hyperactivité (TDAH) dont le périmètre comprendra également les problématiques existant à l'âge adulte ;
- une unité mère-enfant/parents-enfants comportant des lits d'hospitalisation complète et centrée sur le soin de la relation précoce mère-enfant qu'il s'agisse d'une dimension préventive ou de soins d'une pathologie du lien déjà établie, par une prise en charge de la mère, de l'enfant et de leur interaction ; la prise en charge de ce type de problématiques nécessitant par ailleurs d'être organisée sur chaque territoire selon des modalités de jour et/ou en ambulatoire.

► Objectifs qualitatifs :

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

Pour les établissements publics autorisés en psychiatrie, il s'agira de développer l'accessibilité de la population aux centres médico-psychologiques (CMP), par un maillage géographique permettant de couvrir chaque territoire de santé et par un développement des amplitudes d'accueil (jours et horaires d'ouverture).

Les délais moyens de rendez-vous seront recueillis mensuellement dans chaque structure CMP (pivots et antennes) qui s'attachera à les suivre, les analyser et à mettre en place des actions afin de les réduire.

Le développement des pratiques avancées sera encouragé, la mise en place d'un premier entretien par un infirmier compétent en psychiatrie (ou un psychologue) permettant de réaliser un premier accueil et d'organiser la prise en charge, le cas échéant en orientant sans délai les situations urgentes.

La prise en charge précoce des troubles nécessite un lien étroit des acteurs susceptibles de repérer des troubles (médecins généralistes, psychologues, psychiatres, établissements médico-sociaux, professionnels de l'éducation nationale...) et les établissements de psychiatrie. Une permanence téléphonique pourrait être mise en

place afin de répondre aux besoins d'avis spécialisés et de faciliter l'orientation des personnes vers un diagnostic et des soins.

Par ailleurs, une cartographie de l'offre disponible sera élaborée sur les différents territoires avec la collaboration des établissements de psychiatrie de manière à identifier et localiser les différents services existants, les centres spécialisés et les prises en charge spécifiques.

Un accès facile à ces informations, tant pour les professionnels que pour la population, sera organisé pour faciliter l'orientation des patients.

2-Promouvoir un parcours de santé et de vie faisant du lieu de vie le centre des prises en charge et des accompagnements

Les modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation temps plein seront privilégiés. Les hospitalisations en psychiatrie, notamment au long cours, feront l'objet d'une analyse afin de déterminer leur pertinence et les raisons ne permettant pas de réorientation vers un logement adapté ou en institution médico-sociale. L'objectif est de réduire les hospitalisations inadéquates de moitié à échéance du PRS.

Les hôpitaux de jour et les prises en charge ambulatoire (CMP, CATTP) seront développés et renforcés, le cas échéant par un redéploiement des moyens dédiés à l'hospitalisation en temps plein.

L'objectif est d'augmenter la part des prises en charge hospitalières en ambulatoire à 85 % à échéance du PRS.

L'hébergement en appartements thérapeutiques et le placement familial thérapeutique feront l'objet d'une évaluation des besoins sur chaque territoire de santé.

Afin d'optimiser les ressources et permettre une présence médicale effective, le regroupement des dispositifs d'hôpitaux de jour, hôpitaux de nuit, CMP et CATTP en un même lieu est à poursuivre.

Par ailleurs, il conviendra de développer « l'aller-vers » des équipes de psychiatrie au domicile et sur les lieux de vie en institution : EHPAD, structures pour personnes handicapées, permettant de prévenir les situations de crise et ainsi éviter les hospitalisations (visites des équipes de secteur, mise en place d'équipes mobiles pouvant être spécialisées, consultations avancées, développement de la télémédecine).

L'insertion et l'inclusion sociale, notamment pour les personnes souffrant de troubles sévères et persistants à risque ou en situation de handicap psychique, devront être recherchées en partenariat avec les acteurs sociaux et médico-sociaux sous différents aspects : accès/maintien dans un logement (de droit commun de manière préférentielle ou logement inclusif, services d'aide à domicile), accès/maintien dans un milieu professionnel ordinaire et/ou accompagné, formation professionnelle et accès aux droits sociaux. La coordination socio-sanitaire devra être renforcée et améliorée car elle est primordiale dans le parcours de ces personnes se trouvant souvent en situation d'isolement ou de précarité du fait de leurs troubles.

Par ailleurs, les équipes de psychiatrie s'attacheront à améliorer l'implication des patients et des familles dans le projet de soin et de vie. L'objectif de rétablissement de la personne sera pris en compte en développant en particulier la réhabilitation psychosociale et l'éducation thérapeutique.

Enfin, le maintien sur le lieu de vie nécessite une organisation permettant de prendre en charge les crises et situations d'urgence, y compris à domicile dans le cadre d'une admission en soins sans consentement. L'organisation devra être formalisée entre les acteurs concernés (établissements de psychiatrie, centres d'accueil et de crise, service des urgences, SAMU, SDIS, transporteurs, forces de l'ordre) et rendue lisible sur les modalités d'intervention et le périmètre d'action de chaque acteur (logigramme), ceci en distinguant la prise en charge enfants, adolescents et adultes.

3-Organiser la continuité du parcours de santé des personnes souffrant de troubles psychiques, par la coordination étroite entre les différents acteurs concernés

Il s'agira, pour les établissements de santé autorisés en psychiatrie, de prévenir les points potentiels de ruptures de parcours, et tout particulièrement :

- ▶ En améliorant la prise en charge somatique des patients de psychiatrie, notamment en renforçant leur collaboration avec les médecins généralistes : suivi coordonné, transmission des informations ; L'objectif est d'atteindre 80 % de courriers de sortie d'hospitalisation en psychiatrie transmis dans les 8 jours (indicateur IPAQSS),

- ▶ En prévenant suffisamment en amont les ruptures liées à l'âge : adolescence-adulte-personnes âgées, ce qui nécessitera une plus grande collaboration entre les différents services hospitaliers concernés et les établissements médico-sociaux,
- ▶ En anticipant sur la prise en charge en aval des hospitalisations, en articulation avec tous les dispositifs permettant de réinsérer la personne dans son lieu de vie de manière la plus adaptée,
- ▶ Pour les personnes suivies en institution (personnes handicapées, personnes âgées), en renforçant la collaboration avec les structures de manière à prévenir des crises et à faciliter, autant que de besoin, un accès aux soins psychiatriques (séjours séquentiels) ainsi que leur retour en institution,
- ▶ En développant l'articulation avec la justice dans le cadre des soins sous contrainte et des sorties de détention.

Par ailleurs, chaque établissement de psychiatrie devra s'impliquer dans les coordinations en santé mentale et conseils locaux de santé mentale existant et contribuer à la gestion des cas complexes avec les autres acteurs, celle-ci étant organisée selon un dispositif spécifique à identifier sur chaque territoire.

Des formations croisées, échanges de pratique, retours d'expérience seront déployés afin de développer l'interconnaissance des différents acteurs impliqués et de faciliter ainsi leur coordination effective.

SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION

› Zone de référence :

Conformément à l'arrêté N°2018-DSTRAT-0001 relatif à la définition des zones du schéma régional de santé de la région Centre-Val de Loire, la zone de référence est le département.

› Objectifs qualitatifs :

- › Organiser des filières bien identifiées (notamment post AVC) ;
- › Poursuivre la mise en place de la filière obésité et plus globalement des troubles du comportement alimentaire ;
- › Diversifier l'offre (Hospitalisation complète/Hospitalisation de jour) pour certaines spécialités/consultations ;
- › Améliorer et systématiser l'utilisation de l'outil « ViaTrajectoire » pour un transfert d'un patient MCO dans la structure de SSR la plus adaptée ;
- › Développer l'innovation :
 - › Ouvrir les plateaux techniques sur l'extérieur, notamment pour le personnel paramédical ;

- › Utiliser au maximum la télémédecine ;

- › Recourir aux nouveaux métiers ;

- › Développer la prévention tertiaire.

- › Veiller à des tailles critiques pour les structures de SSR compte tenu de la réglementation tarifaire et de la difficulté de recruter des personnels médicaux et para médicaux ;

- › Maintenir l'équilibre entre proximité et attractivité de plateaux techniques pour les médecins.

› Objectifs quantitatifs

Compte tenu des critères mentionnés ci-dessus, les objectifs quantitatifs en implantation sont susceptibles d'évoluer pendant la durée du PRS.

Cette possibilité doit permettre, notamment aux structures qui ont du mal à respecter les critères susmentionnés, d'anticiper toute dégradation éventuelle de leur situation et de réfléchir à la meilleure façon possible de garantir aux patients une offre de qualité, pérenne, notamment au moyen de mutualisations.

La disparition d'implantation géographique n'emporte pas, de fait, la disparition de l'offre en lits qui peut être supportée dans ces conditions par un autre offreur de soins.

SRS-OQOS-NOMBRE D'IMPLANTATIONS GÉOGRAPHIQUES DE SSR
PAR TERRITOIRE ET POUR LA RÉGION-ADULTES

TERRITOIRES DE DÉMOCRATIE SANITAIRE	Bilan de l'existant	Prévu SRS (2018-2022)	
		Min	Max
CHER (18)	7	7	7
EURE-ET-LOIR (28)	14	12	13
INDRE (36)	10	9	10
INDRE-ET-LOIRE (37)	15	14	16
LOIR-ET-CHER (41)	10	8	9
LOIRET (45)	17	11	16
TOTAL RÉGION	73	61	71

**SRS-OQOS-NOMBRE D'IMPLANTATIONS GÉOGRAPHIQUES DE SSR
PAR TERRITOIRE ET POUR LA RÉGION-ENFANTS-ADOLESCENTS**

TERRITOIRES DE DÉMOCRATIE SANITAIRE	Bilan de l'existant	Prévu SRS (2018-2022)	
		Min	Max
CHER (18)	0	0	0
EURE-ET-LOIR (28)	0	0	0
INDRE (36)	0	0	0
INDRE-ET-LOIRE (37)	2	2	2
LOIR-ET-CHER (41)	1	1	1
LOIRET (45)	0	0	1
TOTAL RÉGION	3	3	4

SRS-OQOS-IMPLANTATIONS GEOGRAPHIQUES PAR TERRITOIRE ET PAR MODALITES-ADULTES

TERRITOIRES DE DÉMOCRATIE SANITAIRE	Modalités de prise en charge	Bilan de l'existant			Prévu SRS (2018-2022)			
		HC	HDJ	Hospitalisation à temps partiel autonome*	HC ¹		Hospitalisation à temps partiel autonome ²	
					Min	Max	Min	Max
CHER (18)	Appareil locomoteur	2	2	0	2	2	0	0
	Affections du système nerveux	2	2	0	2	2	1	1
	Affections cardiovasculaires	1	1	0	1	1	0	0
	Affections respiratoires	0	0	1	0	0	1	1
	Digestif	0	0	1	0	0	1	1
	Onco-hémato	0	0	0	0	0	0	0
	Brûlés	0	0	0	0	0	0	0
	Conduites addictives	0	0	0	0	0	0	0
	Affections de la personne âgée	6	3	0	5	6	0	0
EURE-ET-LOIR (28)	Appareil locomoteur	2	1	1	2	2	1	1
	Affections du système nerveux	2	1	1	2	2	1	1
	Affections cardiovasculaires	2	2	0	2	2	0	0
	Affections respiratoires	0	0	2	0	0	2	2
	Digestif	2	2	0	2	2	0	0
	Onco-hémato	0	0	0	0	0	0	0
	Brûlés	0	0	0	0	0	0	0
	Conduites addictives	1	0	0	1	1	0	0
	Affections de la personne âgée	7	2	0	6	7	0	0
INDRE (36)	Appareil locomoteur	1	1	0	1	1	0	0
	Affections du système nerveux	1	1	0	1	1	0	0
	Affections cardiovasculaires	0	0	1	0	0	1	1
	Affections respiratoires	0	0	1	0	0	1	1
	Digestif	1	1	0	1	1	1	1
	Onco-hémato	0	0	0	0	0	0	0
	Brûlés	0	0	0	0	0	0	0
	Conduites addictives	1	1	0	1	1	0	0
	Affections de la personne âgée	3	1	0	3	4	0	0

SRS-OQOS-IMPLANTATIONS GEOGRAPHIQUES PAR TERRITOIRE ET PAR MODALITES-ADULTES

TERRITOIRES DE DÉMOCRATIE SANITAIRE	Modalités de prise en charge	Bilan de l'existant			Prévu SRS (2018-2022)			
		HC	HDJ	Hospitalisation à temps partiel autonome*	HC ¹		Hospitalisation à temps partiel autonome ²	
					Min	Max	Min	Max
INDRE-ET-LOIRE (37)	Appareil locomoteur	3	3	0	3	3	1	1
	Affections du système nerveux	2	2	0	2	2	0	1
	Affections cardiovasculaires	1	1	0	1	1	0	0
	Affections respiratoires	1	1	0	1	1	0	0
	Digestif	0	0	0	0	0	0	1
	Onc-hémato	1	0	0	1	1	0	0
	Brûlés	1	0	0	1	1	0	0
	Conduites addictives	3	0	0	3	3	0	0
	Affections de la personne âgée	7	0	0	7	7	0	0
LOIR-ET-CHER (41)	Appareil locomoteur	2	2	0	2	2	0	0
	Affections du système nerveux	3	3	0	3	3	0	0
	Affections cardiovasculaires	1	1	0	1	1	0	1
	Affections respiratoires	1	1	0	1	1	0	1
	Digestif	2	2	0	2	2	0	0
	Onc-hémato	0	0	0	0	1	0	0
	Brûlés	0	0	0	0	0	0	0
	Conduites addictives	0	0	0	0	0	0	0
	Affections de la personne âgée	5	1	0	5	5	0	0
LOIRET (45)	Appareil locomoteur	2	2	1	2	2	1	1
	Affections du système nerveux	3	3	0	3	3	0	0
	Affections cardiovasculaires	1	1	0	1	1	0	1
	Affections respiratoires	0	0	1	0	0	1	2
	Digestif	0	0	1	1	1	1	2
	Onc-hémato	0	0	0	0	0	0	0
	Brûlés	0	0	0	0	0	0	0
	Conduites addictives	0	0	0	0	0	0	0
	Affections de la personne âgée	7	0	1	5	7	1	1

(*) Activité de SSR en hospitalisation à temps partiel non adossée à une activité de SSR en hospitalisation à temps complet, non comptabilisée dans la partie « Hospitalisation Complète (HC) » et non comptabilisée dans la partie « Hospitalisation de Jour (HDJ) »

(1) Ces implantations correspondent aux autorisations d'activité de SSR, sans distinction des modalités « hospitalisation complète » ou « hospitalisation complète et hospitalisation temps partiel », conformément à la priorité nationale de développer la prise en charge en hospitalisation partielle : des autorisations selon cette modalité pourront être accordées sur les sites actuellement autorisés uniquement en hospitalisation complète. Cela n'entraînera pas de modification en nombre d'implantations.

(2) Activité de SSR en hospitalisation à temps partiel non adossée à une activité de SSR en hospitalisation à temps complet, non comptabilisée dans la partie « Hospitalisation complète »

SRS-OQOS-IMPLANTATIONS GÉOGRAPHIQUES-ENFANTS-ADOLESCENTS

TERRITOIRES DE DÉMOCRATIE SANITAIRE	Bilan de l'existant			Prévu SRS (2018-2022)			
	HC	HDJ	Hospitalisation à temps partiel autonome*	HC ⁽¹⁾		Hospitalisation à temps partiel autonome ⁽²⁾	
				Min	Max	Min	Max
CHER (18)	0	0	0	0	0	0	0
EURE-ET-LOIR (28)	0	0	0	0	0	0	0
INDRE (36)	0	0	0	0	0	0	0
INDRE-ET-LOIRE (37)	2	2	0	2	2	0	0
LOIR-ET-CHER (41)	1	1	0	1	1	0	0
LOIRET (45)	0	0	0	0	1	0	0

DIAGNOSTIC PRÉNATAL

> Zone de référence :

Conformément à l'arrêté N°2018-DSTRAT-0001 relatif à la définition des zones du schéma régional de santé de la région Centre-Val de Loire, la zone de référence est le département.

> Objectifs qualitatifs :

Développer la communication et améliorer la lisibilité de l'offre à destination des praticiens de la Région : renforcer ou développer les liens relationnels avec les prescripteurs potentiels.

Maintenir, autour du parcours diagnostic, les liens avec les divers intervenants.

> Objectifs quantitatifs :

Les critères d'efficacité tenant à l'examen du service rendu et à l'optimisation de la ressource publique (article R1434-4 du Code de la santé publique) :

Le maintien des autorisations sera conditionné à la prise en considération des éléments suivants :

- > la prise en charge prédominante de la population de la région ;
- > la composition des équipes de professionnels ayant les compétences requises pour la pratique des examens DPN réalisés ;
- > l'activité déployée : le nombre d'examens ;
- > la mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques.

SRS-OQOS-IMPLANTATIONS GÉOGRAPHIQUES PAR AUTORISATION ACTIVITÉ DP -RÉGION

TERRITOIRES DE DÉMOCRATIE SANITAIRE	Existant autorisé au 30/06/17	Prévu SRS (2018-2022)
CHER (18)	0	0
EURE-ET-LOIR (28)	1	1
INDRE (36)	0	0
INDRE-ET-LOIRE (37)	3	3
LOIR-ET-CHER (41)	0	0
LOIRET (45)	1	1

SRS-OQOS-IMPLANTATIONS GÉOGRAPHIQUES PAR TERRITOIRE ET PAR EXAMENS RÉALISÉS

TERRITOIRES DE DÉMOCRATIE SANITAIRE	Modalités de prise en charge	Existant autorisé au 30/06/17	Prévu SRS (2018-2022)
EURE-ET-LOIR (28)	Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	1	1
	Examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	0	0
	Examens de génétique moléculaire	0	0
	Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses (2 laboratoires : parasitologie et virologie)	0	0
INDRE-ET-LOIRE (37)	Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	1	2
	Examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	2	2
	Examens de génétique moléculaire	2	2
	Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses (2 laboratoires : parasitologie et virologie)	1	1
LOIRET (45)	Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	1	1
	Examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	1	1
	Examens de génétique moléculaire	0	0
	Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses (2 laboratoires : parasitologie et virologie)	0	0

ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION

› Zones de références :

Conformément à l'arrêté N°2018-DSTRAT-0001 relatif à la définition des zones du schéma régional de santé de la région Centre-Val de Loire, la zone de référence est le département.

› Objectifs qualitatifs :

La région possède une offre diversifiée en activités d'AMP. Cependant la répartition des sites de Fécondation In Vitro (FIV) et d'Insémination artificielle (IA) est inégale sur les 3 départements les plus urbanisés de la région (Loiret, Indre-et-Loire et Eure-et-Loir). Les départements du Cher et de l'Indre ne possèdent ni offre départementale, ni offre en proximité dans les départements limitrophes au sud et à l'ouest de la région. En 2011, l'accès au centre d'AMP le plus proche se fait en moins de 30 minutes pour seulement 49% des femmes en âge de procréer de la région et à plus d'une heure pour 19% d'entre elles. (Versus 9% au niveau de la métropole). *Source : « Atlas de l'offre de soins en AMP en France ».*

Ainsi, le champ d'application des objectifs suivants est à la fois le département possédant un site d'AMP et l'ensemble de la région.

Développer la communication et améliorer la lisibilité de l'offre à destination de la population et des praticiens :

- › mettre en valeur la réalisation de cette activité et les informations qui la concernent de façon accessible via le site internet de chaque établissement ;
- › renforcer ou développer les liens relationnels avec les prescripteurs et les partenaires potentiels.

› Objectifs quantitatifs :

Structurer le parcours des patients dont la fertilité est susceptible d'être altérée par une prise en charge médicale :

- › favoriser l'accès à l'autoconservation des gamètes et des tissus germinaux des patients en renforçant l'articulation avec les oncologues du territoire et de la région ainsi qu'avec le Réseau ONCOCENTRE.

Améliorer les conditions d'accueil des donneurs de gamètes :

- › personnaliser la relation avec chaque donneuse d'ovocytes, avec chaque donneur de spermatozoïdes, notamment au moyen d'une prise en charge par un personnel dédié et attentif dans un cadre accueillant.

Les critères d'efficience tenant à l'examen du service rendu et à l'optimisation de la ressource publique (article R1434-4 du code de la santé publique) :

Le maintien des autorisations sera conditionné à la prise en considération des éléments suivants :

- › la prise en charge prédominante de la population de la région ;
- › la composition des équipes de professionnels ayant les compétences requises pour la pratique des actes d'AMP réalisés ;
- › l'activité déployée : le nombre de tentatives ;
- › la mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques.

SRS-OQOS-IMPLANTATIONS GÉOGRAPHIQUES PAR AUTORSATION ACTIVITÉ AMP-RÉGION

TERRITOIRES DE DÉMOCRATIE SANITAIRE	Existant autorisé au 30/6/17	Prévu SRS (2018-2022)
EURE-ET-LOIR (28)	2	2
INDRE-ET-LOIRE (37)	3	3
LOIRET (45)	4	4

* Lorsqu'une activité d'AMP relève d'activités cliniques et d'activités biologiques, cette activité est réalisée au sein d'un centre AMP, entité fonctionnelle implantée dans l'établissement de santé autorisé à pratiquer les activités cliniques de FIV. De ce fait, un centre AMP peut posséder deux sites autorisés. L'activité biologique d'insémination artificielle peut être réalisée soit au sein d'un centre, soit dans un laboratoire de biologie spécialisée.

SRS-OQOS-IMPLANTATIONS GÉOGRAPHIQUES PAR TERRITOIRE ET PAR ACTES RÉALISÉS

TERRITOIRES DE DÉMOCRATIE SANITAIRE	Modalités de prise en charge	Existant autorisé au 30/06/17	Prévu SRS (2018-2022)
EURE-ET-LOIR (28)	Centre AMP de Fécondation In Vitro (FIV) <i>(activités cliniques et biologiques) :</i> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation ▶ Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation ▶ Transfert des embryons en vue de leur implantation 	1	1
	Insémination Artificielle <i>(activité biologique)</i> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle 	2	2
	Activités de recueil et de conservation		
	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Prélèvement de spermatozoïdes <i>(activité clinique)</i> 	0	1
	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'article L.2141-4 <i>(activité biologique)</i> 	1	1
	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11 <i>(activité biologique)</i> 	0	1
INDRE-ET-LOIRE (37)	Centre AMP de Fécondation In Vitro (FIV) <i>(activités cliniques et biologiques) :</i> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation ▶ Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation ▶ Transfert des embryons en vue de leur implantation 	2	2
	Insémination Artificielle <i>(activité biologique)</i> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle 	2	2
	Activités de recueil et de conservation		
	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Prélèvement de spermatozoïdes <i>(activité clinique)</i> 	1	2
	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'article L.2141-4 <i>(activité biologique)</i> 	2	2
	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11 <i>(activité biologique)</i> 	2	2
	Activités liées à un don		
	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don <i>(activité biologique)</i> 	1	1
	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don <i>(activité clinique)</i> 	1	1
	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don <i>(activité biologique)</i> 	1	1
	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci <i>(activité biologique)</i> 	1	1
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Mise en œuvre de l'accueil des embryons <i>(activité clinique)</i> 	1	1	

SRS-OQOS-IMPLANTATIONS GÉOGRAPHIQUES PAR TERRITOIRE ET PAR ACTES RÉALISÉS

TERRITOIRES DE DÉMOCRATIE SANITAIRE	Modalités de prise en charge	Existant autorisé au 30/06/17	Prévu SRS (2018-2022)	
LOIRET (45)	Centre AMP de Fécondation In Vitro (FIV) <i>(activités cliniques et biologiques) :</i>			
	▶ Prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation	2	2	
	▶ Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation			
	▶ Transfert des embryons en vue de leur implantation			
	Insémination Artificielle <i>(activité biologique)</i>	3	3	
	▶ Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle			
	Activités de recueil et de conservation			
	▶ Prélèvement de spermatozoïdes <i>(activité clinique)</i>	1	2	
	▶ Conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'article L.2141-4 <i>(activité biologique)</i>	2	2	
	▶ Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11 <i>(activité biologique)</i>	1	1	
Activités liées à un don				
▶ Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don <i>(activité biologique)</i>	0	1		
▶ Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don <i>(activité clinique)</i>	0	1		
▶ Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don <i>(activité biologique)</i>	0	1		

EXAMENS DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES D'UNE PERSONNE OU IDENTIFICATION PAR EMPREINTES GÉNÉTIQUES À DES FINS MÉDICALES

› Zone de référence :

Conformément à l'arrêté N°2018-DSTRAT-0001 relatif à la définition des zones du schéma régional de santé de la région Centre-Val de Loire, la zone de référence est le département.

› Implantations :

SRS-OQOS-IMPLANTATIONS GÉOGRAPHIQUES PAR AUTORSATION ACTIVITÉ GÉNÉTIQUE-RÉGION		
TERRITOIRES DE DÉMOCRATIE SANITAIRE	Existant autorisé au 30/06/17	Prévu SRS (2018-2022)
CHER (18)	0	0
EURE-ET-LOIR (28)	0	0
INDRE (36)	0	0
INDRE-ET-LOIRE (37)	5	5
LOIR-ET-CHER (41)	0	0
LOIRET (45)	2	2

SRS-OQOS-IMPLANTATIONS GÉOGRAPHIQUES PAR TERRITOIRE ET PAR ANALYSES			
TERRITOIRES DE DÉMOCRATIE SANITAIRE	Modalités de prise en charge	Existant autorisé au 30/06/17	Prévu SRS (2018-2022)
INDRE-ET-LOIRE (37)	› Analyses de cytogénétique, y compris les analyses cytogénétique moléculaire	2	2
	› Analyses de génétique moléculaire › Autorisation non limitée	2	2
	› Analyses de génétique moléculaire › Autorisation limitée aux analyses de niveau 1	2	2
LOIRET (45)	› Analyses de cytogénétique, y compris les analyses cytogénétique moléculaire	1	1
	› Analyses de génétique moléculaire › Autorisation non limitée	1	1
	› Analyses de génétique moléculaire › Autorisation limitée aux analyses de niveau 1	1	1

Les critères d'efficience tenant à l'examen du service rendu et à l'optimisation de la ressource publique (article r1434-4 du code de la sante publique) :

› la composition des équipes de professionnels ayant les compétences requises pour la pratique des examens de génétique post-natale réalisés ;

Le maintien des autorisations sera conditionné à la prise en considération des éléments suivants :

› l'activité déployée : le nombre d'examens ;

› la mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques.

PERMANENCE

LA PERMANENCE DES SOINS

EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ



LA PERMANENCE DES SOINS EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

› 1-Le périmètre de la PDES

La permanence des soins en établissement de santé (PDES) se définit comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients dans une structure de soins d'un établissement de santé en aval et/ou dans le cadre des réseaux de médecine d'urgence, la nuit (à partir de 18h30 ou 20h du soir le plus souvent, et jusqu'à 8h du matin), le week-end (sauf le samedi matin) et les jours fériés.

La continuité des soins est une notion différente, il s'agit de l'obligation réglementaire pour tous les services de soins d'assurer la prise en charge sur ces périodes des patients déjà hospitalisés ou au décours d'une hospitalisation en lien avec celle-ci, dont le financement est lié à l'activité par la rémunération des séjours d'hospitalisation.

Seule la PDES fait l'objet du présent volet du SRS en application de l'article R.6111-41 du code de la santé publique. La PDES concerne le seul champ MCO.

Par conséquent, les hôpitaux locaux, SSR, USLD et psychiatrie ne peuvent pas relever du dispositif de PDES. Les structures de médecine d'urgence des établissements publics de santé, les structures autorisées à l'activité de greffe (forfait) et les structures d'hospitalisation à domicile (activité) font l'objet d'un dispositif spécifique d'indemnisation des gardes et astreintes.

Les plateaux techniques hautement spécialisés (PTHS) appartiennent au réseau des urgences et relèvent à ce titre automatiquement du schéma cible de PDES.

Pour les spécialités qui ne relèvent pas des PTHS, notamment les spécialités de médecine ou encore d'autres plateaux techniques moins spécialisés, l'ARS a identifié dans le cadre de ses concertations les lignes de gardes et d'astreintes des structures qui devront s'engager dans un partenariat renforcé avec le réseau des urgences pour les prises en charge la nuit, les week-ends et jours fériés.

L'indemnisation allouée au titre de la participation à la mission de PDES visera ainsi à valoriser les établissements s'engageant à accueillir de nouveaux malades dans le cadre d'un partenariat renforcé avec les urgences. Les praticiens libéraux (y compris de ville) pourront également être impliqués dans le dispositif et indemnisés à ce titre.

La permanence des soins inclut des activités médicales réglementées, non réglementées et médicotechniques.

› Les activités réglementées : certaines activités de soins autorisées sont assorties d'obligation de permanence des soins. Ce sont principalement :

- › les activités de périnatalité, de gynécologie obstétrique,
- › les réanimations adulte et pédiatrique, unités de surveillance continue et soins intensifs cardiologiques,
- › les unités neurovasculaires,

› la cardiologie interventionnelle,

› la chirurgie cardiaque, neurochirurgie, neuroradiologie interventionnelle : ces activités relèvent pour leur organisation du schéma inter-régional d'organisation des soins et ne sont par conséquent pas traités dans le présent schéma. Elles sont en revanche indemnisées au titre de la PDES.

› Les activités non réglementées : il s'agit de spécialités médicales et chirurgicales nécessitant potentiellement une prise en charge aiguë spécialisée au sein des urgences ou directement dans un service de spécialité :

› Spécialités médicales : neurologie, gastroentérologie, cardiologie, pneumologie

› Spécialités chirurgicales : chirurgie vasculaire et thoracique, chirurgie viscérale et digestive, chirurgie orthopédique et traumatologique, chirurgie de la main, chirurgie infantile, ophtalmologie, urologie.

› Les activités médicotechniques : ce sont l'imagerie médicale, la biologie, la pharmacie. Elles sont nécessaires à la continuité des soins mais participent aussi à la permanence des soins. Elles sont inscrites dans le schéma cible.

› Les autres spécialités ne sont pas concernées par le schéma de permanence des soins.

› 2-Les enjeux de la PDES

› Améliorer l'accès aux soins :

› Optimiser l'organisation de la PDES pour l'ensemble des activités de soins qui la requièrent, permettant de garantir un accès permanent aux soins à l'échelle du territoire de santé, au niveau infrarégional, ou régional selon les disciplines concernées (principe de gradation des soins) en lien avec le réseau des urgences, la nuit, le week-end et les jours fériés,

› Améliorer l'accès financier aux soins dans les plages horaires concernées. En effet, les tarifs opposables pour les prises en charge réalisées dans ce cadre sont ceux du secteur 1.

› Améliorer la qualité de prise en charge :

› Réduire les délais d'attente et d'orientation en aval des urgences.

› Sécuriser les parcours de soins non programmés pour que toutes les demandes obtiennent une réponse adaptée en termes de prise en charge ou d'orientation.

› Améliorer l'efficacité :

- › optimiser l'utilisation de la ressource médicale dans la région, en privilégiant les mutualisations entre établissements indépendamment de leurs statuts, en prenant en compte l'ensemble des filières de prise en charge et en facilitant la participation des praticiens libéraux exerçant en établissement de santé privés dans le dispositif ;
- › éliminer les doublons entre établissements sur une même activité, pour éviter les dépenses inutiles et rémunérer uniquement les établissements assurant la mission de service public de PDES ;
- › répartir de manière équitable les contraintes d'exercice entre les secteurs public et privé.

› 3-Les orientations de la PDES en région Centre-Val de Loire

- › Une permanence territoriale des soins, au juste niveau, conciliant efficience des ressources humaines et des coûts, et satisfaction du besoin :
 - › Pour faire évoluer l'organisation d'une « approche établissement » vers une « approche territoriale » : Il ne suffit pas que chaque établissement s'organise pour répondre aux besoins de continuité et de permanence des soins, il s'agit de rechercher une organisation territoriale permettant de répondre aux besoins de la population pour chaque spécialité médicale ou chirurgicale. La permanence des soins concerne tous les établissements, aussi bien publics que privés. Ensemble, ces établissements permettent de garantir, en dehors des heures de fonctionnement normal, une offre nécessaire et suffisante par spécialité. Ces engagements sont inscrits dans les CPOM des établissements concernés. Il convient d'éviter le maintien de permanences dès lors qu'elles répondent aux besoins propres d'un établissement mais ne sont pas nécessaires à la couverture des besoins de la population en soins spécialisés inopinés,
 - › Pour être lisible entre acteurs de santé et pour la population,
 - › Pour éviter la dispersion des ressources médicales,
 - › Conforme à la logique des GHT qui doivent intégrer dans leur projet médical partagé les principes d'organisation des activités portant notamment sur la permanence des soins et la continuité des soins.
- › une organisation évolutive en fonction de la fréquence des recours
 - › les lignes d'anesthésie suivront les reconnaissances des lignes de chirurgie avec un principe de mutualisation, à l'exception des lignes d'anesthésie en lien avec l'activité de gynécologie obstétrique qui relève d'un dispositif réglementaire.
 - › les lignes de PDES seront reconnues préférentiellement en astreinte, mais cette reconnaissance pourra être

requalifiée en garde selon le niveau d'activité objectif

- › une expression en fourchette pour certaines spécialités qui pourra être revue, notamment en fonction de l'activité réellement réalisée.

- › Une organisation intégrant l'usage de la télémédecine (téléconsultation, télé expertise, télésurveillance ou téléassistance), notamment en radiologie.
- › une organisation à contractualiser par territoire

› Zone de référence

Conformément à l'arrêté N°2018-DSTRAT-0001 relatif à la définition des zones du schéma régional de santé de la région Centre-Val de Loire. La zone de référence est le département.

Les critères d'efficience tenant à l'examen du service rendu et à l'optimisation de la ressource publique (article R1434-5 du code de la santé publique) :

- › les critères d'éloignement,
- › un bassin de population à desservir suffisant,
- › l'existence d'un service d'urgence,
- › l'existence d'un service de réanimation,
- › une organisation pérenne et fiable : tout dossier de candidature ne pourra être retenu que sur la base d'une équipe de praticiens complète et stable,
- › une activité tracée et significative.

› 4-Les principes adoptés :

- › une organisation régionale, pour les plateaux techniques hautement spécialisés et établissements de recours régionaux en :
 - › cardiologie interventionnelle,
 - › chirurgie cardiaque adulte/pédiatrique,
 - › chirurgie de la main,
 - › chirurgie pédiatrique viscérale et orthopédique,
 - › grands brûlés,
 - › neurochirurgie,
 - › neuroradiologie interventionnelle,
 - › chirurgie thoracique,
 - › hématologie,
 - › réanimation néonatale.

► sur chaque territoire, les principes affichés pour les lignes de permanence sont les suivants :

► **pour les spécialités de médecine** : une ligne de médecine polyvalente par site autorisé à la médecine d'urgence, une ligne territoriale pour la pédiatrie (selon le niveau d'activité, potentiellement mutualisable avec l'activité d'obstétrique et de néonatalogie), une ligne territoriale pour la gastro-entérologie, une ligne territoriale pour la pneumologie,

► **pour les spécialités chirurgicales** : une ligne territoriale pour l'ORL, l'ophtalmologie, l'urologie, le vasculaire,

► **pour la chirurgie orthopédique** : définition d'une fourchette conciliant l'objectif de territorialisation et la reconnaissance de lignes sur tous les sites d'urgence disposant d'une réanimation ou, par exception et sur la base des critères d'efficacité mentionnés ci-après, possibilité de reconnaissance aux sites d'urgence, disposant, en propre ou par coopération avec un établissement autorisé à proximité,

► **pour la chirurgie viscérale** : définition d'une fourchette conciliant l'objectif de territorialisation et la reconnaissance de lignes sur tous les sites d'urgence disposant d'une réanimation ou, par exception et sur la base des critères d'efficacité mentionnés ci-après, possibilité de reconnaissance aux sites d'urgence, disposant, en propre ou par coopération avec un établissement autorisé à proximité.

► les reconnaissances pour les disciplines dont les normes sont édictées par le code de la santé publique et qui relèvent de la PDSSES, et non de la continuité des soins : gynécologie obstétrique, néonatalogie, cardiologie interventionnelle, réanimation, USIC et UNV... suivent les autorisations délivrées

► biologie, pharmacie et imagerie : une astreinte territoriale pour chaque discipline

5-Les tableaux en annexe

6-Les indicateurs de suivi

Pour chaque activité de PDSSES, nombre de nouveaux patients accueillis pendant les périodes de permanence des soins pour lesquels la ligne de PDSSES a été sollicitée.

PDSSES : L'EXISTANT

ACTIVITÉS	CHER (18)				EURE-ET-LOIR (28)				INDRE (36)				IN
	Existant - modalités attribuées				Existant - modalités attribuées				Existant - modalités attribuées				Exista
	AO	G	AF	AS	AO	G	AF	AS	AO	G	AF	AS	AO
Anésthésie	3	1			2	1			2	1			6
Anésthésie réa pédiatrique													
Biochimie													
Biologie médicale				2				1					
Cardiologie													
Cardiologie interventionnelle	1				1								2
CECOS FIV													
Chirurgie cardiaque													2
Chirurgie cardiaque pédiatrique													
Chirurgie de la main													
Chirurgie maxilo-faciale													
Chirurgie orthopédique et traumatologie	3				2				1				2
Chirurgie pédiatrique													
Chirurgie plastique et brûlés													

AO : astreinte opérationnelle, G : garde, AF : astreinte forfaitisée, AS : astreinte de sécurité

INDRE-ET-LOIRE (37)			LOIR-ET-CHER (41)			LOIRET (45)				RÉGION		
Existant - modalités attribuées			Existant - modalités attribuées			Existant - modalités attribuées				Existant modalités attribuées		
G	AF	AS	AO	G	AF	AS	AO	G	AF	AS	ASTREINTES	GARDES
7	1	1	3	1			5	3			23	14
							0,5	1,5			1	2
							1				1	
	1	4				1				3	12	
							1	1			1	1
		1									5	
		2									2	
		1									3	
		1									1	
	1						1				2	
	1						1				2	
1			2				3				13	1
							1				1	
		1									1	

	CHER (18)				EURE-ET-LOIR (28)				INDRE (36)				IN
	Existant - modalités attribuées				Existant - modalités attribuées				Existant - modalités attribuées				Exista
ACTIVITÉS	AO	G	AF	AS	AO	G	AF	AS	AO	G	AF	AS	AO
Chirurgie thoracique													
Chirurgie vasculaire									1				
Chirurgie viscérale et digestive	3				2				2				3
Circulation extra-corporelle													2
Couverture des internes													
Dermatologie													
Douleurs soins palliatifs													
EML et radiologie conventionnelle	2				4				3				4
Endocrinologie													
Endoscopies hémorragies digestives													1
Gastroentérologie	1				1				1				
Hématologie													
Hémodyalise													

LOIRE-ET-LOIRE (37)			LOIR-ET-CHER (41)			LOIRET (45)			RÉGION			
Existant - modalités attribuées			Existant - modalités attribuées			Existant - modalités attribuées			Existant modalités attribuées			
G	AF	AS	AO	G	AF	AS	AO	G	AF	AS	ASTREINTES	GARDES
							1				1	
	1		1				1				4	
	1		3				4				18	
											2	
							1				1	
							1				1	
	1	2	2				5				23	
							1				1	
											1	
			1								4	
							1				2	
1							1				1	1

	CHER (18)				EURE-ET-LOIR (28)				INDRE (36)				IN
	Existant - modalités attribuées				Existant - modalités attribuées				Existant - modalités attribuées				Exista
ACTIVITÉS	AO	G	AF	AS	AO	G	AF	AS	AO	G	AF	AS	AO
Hémodyalise enfant								1					
Hémodynamique													
Hépatogastroentérologie													
Maladies infectieuses													
Maternité anesthésie					1	2							
Maternité gynécobstétrique	3				1	2			1	1			1
Maternité pédiatrie													
Médecine d'urgence						1							
Médecine gériatrique													
Médecine interne													
Médecine légale													1
Médecine polyvalente	3				5				3				6
Microbiologie													
Néonatalogie													

AO : astreinte opérationnelle, G : garde, AF : astreinte forfaitisée, AS : astreinte de sécurité

LOIRE-ET-LOIRE (37)			LOIR-ET-CHER (41)			LOIRET (45)				RÉGION		
Existant - modalités attribuées			Existant - modalités attribuées			Existant - modalités attribuées				Existant modalités attribuées		
G	AF	AS	AO	G	AF	AS	AO	G	AF	AS	ASTREINTES	GARDES
											1	
							1				1	
		1					1				2	
							1				1	
1								1			1	4
2		1	3	1			3	1			13	7
2								1				4
							1				1	
							1				1	
											1	
			3				4				24	
							1				1	
		1									1	

	CHER (18)				EURE-ET-LOIR (28)				INDRE (36)				IN
	Existant - modalités attribuées				Existant - modalités attribuées				Existant - modalités attribuées				Exista
ACTIVITÉS	AO	G	AF	AS	AO	G	AF	AS	AO	G	AF	AS	AO
Neurochirurgie													
Neurologie									1				1
Neuroradiologie													
Oncologie médicale													
Oncologie pédiatrique													
Ophtalmologie	1								1				
ORL	1				1				1				
Pédiatrie	3				3	2			2				2
Pédiatrie chirurgie orthopédique													
Pédiatrie chirurgie vécérale													
Pédiatrie médecine													
Pédiatrie UPSI													
Pharmacie													
Pneumologie	1				1				1				

AO : astreinte opérationnelle, G : garde, AF : astreinte forfaitisée, AS : astreinte de sécurité

INDRE-ET-LOIRE (37)			LOIR-ET-CHER (41)			LOIRET (45)			RÉGION			
Existant - modalités attribuées			Existant - modalités attribuées			Existant - modalités attribuées			Existant modalités attribuées			
G	AF	AS	AO	G	AF	AS	AO	G	AF	AS	ASTREINTES	GARDES
1							1				1	1
							1				3	
							1				1	
		1					1				2	
		1									1	
	1		1				1				5	
	1		1				1				6	
1			3	1			4	1			17	5
	1										1	
	1										1	
		1									1	
1												1
		2					1				3	
		1	1				1				6	

	CHER (18)				EURE-ET-LOIR (28)				INDRE (36)				IN
	Existant - modalités attribuées				Existant - modalités attribuées				Existant - modalités attribuées				Exista
ACTIVITÉS	AO	G	AF	AS	AO	G	AF	AS	AO	G	AF	AS	AO
Cardiothérapie													
Réanimation		1				2				1			
Rhumatologie													
Unité stérile													
UNV	1				2								
UPUG													
Urologie					1				1				
USI cardio		1				2				1			
TOTAL	26	3	0	2	27	12	0	1	21	4	0	0	33

INDRE-ET-LOIRE (37)			LOIR-ET-CHER (41)			LOIRET (45)			RÉGION			
Existant - modalités attribuées			Existant - modalités attribuées			Existant - modalités attribuées			Existant modalités attribuées			
G	AF	AS	AO	G	AF	AS	AO	G	AF	AS	ASTREINTES	GARDES
							1				1	
3		2		1				3			2	11
							1				1	
							1				1	
											3	
							1				1	
	1		1				1				5	
3				1				2				10
23	12	25	25	5	0	1	59,5	14,5	0	3	237	62

LES OBJECTIFS PDESES POUR L'ENSEMBLE DES ACTIVITÉS DE SOINS, *HORS ACTIVITÉS DE RECOURS, SCHÉMA INTERRÉGIONAL D'ORGANISATION DES SOINS (SIOS)

ACTIVITÉS	CHER (18)		EURE-ET-LOIR (28)		INDRE (36)	
	Objectifs quantifiés 2018/2022		Objectifs quantifiés 2018/2022		Objectifs quantifiés 2018/2022	
	A	G	A	G	A	G
Cardiologie interventionnelle	1		1			
Médecine d'urgence (établissements privés autorisés)				1		
Médecine polyvalente	3		5		3	
Gastro-entérologie (y compris hémato-digestive)	1		1		1	
Pneumologie (y compris endoscopies bronchiques)	1		1		1	
Chirurgie orthopédique et traumatologie	1 à 3		1 à 3		1 à 2	
Chirurgie vasculaire	1		1		1	
Chirurgie viscérale et digestive	1 à 3		1 à 3		1 à 2	
Ophtalmologie	1		1		1	
Urologie	1		1		1	
ORL	1		1		1	
Gynéco-obstétrique	3 à 4	0 à 1	1	2	2	

A : astreinte, G : garde

INDRE-ET-LOIRE (37)		LOIR-ET-CHER (41)		LOIRET (45)		RÉGION	
Objectifs quantifiés 2018/2022		Objectifs quantifiés 2018/2022		Objectifs quantifiés 2018/2022		Objectifs quantifiés 2018/2022	
A	G	A	G	A	G	ASTREINTES	GARDES
2				2		6	0
	2				1	0	4
6		3		5		25	0
1		1		1		6	
1		1		1		6	
1 à 3	1	1 à 3		1 à 4		6 à 18	1
1		1		1		6	0
1 à 4		1 à 3		1 à 4		6 à 19	0
1		1		1		6	0
1		1		1		6	0
1		1		1		6	0
1	2	3	1	3	1	13 à 14	6 à 7

ACTIVITÉS	CHER (18)		EURE-ET-LOIR (28)		INDRE (36)	
	Objectifs quantifiés 2018/2022		Objectifs quantifiés 2018/2022		Objectifs quantifiés 2018/2022	
	A	G	A	G	A	G
Anesthésie (gynéco-obstétrique)	3 à 4	0 à 1	1	2	2	
Pédiatrie	4	1	3	1	3	
Réanimation néonatale						
Réanimation		1		2		1
USI cardio		1		2		1
UNV-neurologie	1		2			
Pharmacie	1		1		1	
Biologie	1		1		1	
EML et radiologie conventionnelle	1		1		1	

INDRE-ET-LOIRE (37)		LOIR-ET-CHER (41)		LOIRET (45)		RÉGION	
Objectifs quantifiés 2018/2022		Objectifs quantifiés 2018/2022		Objectifs quantifiés 2018/2022		Objectifs quantifiés 2018/2022	
A	G	A	G	A	G	ASTREINTES	GARDES
1	2	3	1	3	1	13 à 14	6 à 7
3	1	4	1	2	3	19	7
	1				1	0	2
1	2		1		2	1	9
	2		1		3	0	10
1				1		5	0
1		1		1		6	0
1		1		1		6	0
1	0	1			1	5	1

LES OBJECTIFS PDES POUR LES ACTIVITÉS DE RECOURS ET SIOS :

ACTIVITÉS	INDRE-ET-LOIRE (37)		LOIRET (45)		RÉGION	
	Objectifs quantifiés 2017/2022		Objectifs quantifiés 2017/2022		Objectifs quantifiés 2017/2022	
	A	G	A	G	ASTREINTES	GARDES
Anesthésie chirurgie cardiologie	2	0	0	0	2	0
Réanimation chirurgie thoracique et cardiaque	0	2	0	0	0	2
Anesthésie pédiatrie	0	1	1	0	1	1
Anesthésie réanimation neuro traumatologie et grands brûlés	0	1	0	0	0	1
Anesthésie réanimation neurochirurgie	0	1	0	0	0	1
Réanimation pédiatrie	0	1	1	0	1	1
Anesthésie mains	0	1	1	0	1	1
Cardiologie pédiatrique	1	0	0	0	1	0
CEC	2	0	0	0	2	0
Chirurgie cardiaque	2	0	0	0	2	0
Chirurgie thoracique	1	0	1	0	2	0
Neurochirurgie	0	1	1	0	1	1
Chirurgie maxillo faciale	1	0	1	0	2	0
Chirurgie plastique brûlés	1	0	0	0	1	0
Chirurgie mains	1	0	1	0	2	0
Chirurgie pédiatrique	0	0	1	0	1	0

A : astreinte, G : garde

	INDRE-ET-LOIRE (37)		LOIRET (45)		RÉGION	
	Objectifs quantifiés 2017/2022		Objectifs quantifiés 2017/2022		Objectifs quantifiés 2017/2022	
ACTIVITÉS	A	G	A	G	ASTREINTES	GARDES
Chirurgie thoracique et cardiaque pédiatrique	1	0	0	0	1	0
Chirurgie viscérale pédiatrique	1	0	0	0	1	0
Chirurgie orthopédique pédiatrique	1	0	0	0	1	0
Hématologie clinique	1	0	1	0	2	0
Hémostase clinique	1	0	0	0	1	0
Hémodialyse adulte USI	0	1	1	0	1	1
Hémodialyse enfant	1	0	0	0	1	0
Maladies infectieuses	1	0	1	0	2	0
Bactériologie	1	0	0	0	1	0
Biochimie	1	0	1	0	2	0
Micro biologie	0	0	1	0	1	0
Pharmacologie Toxicologie	1	0	0	0	1	0
Radiologie interventionnelle	1	0	1	0	2	0
Neuroradiologie interventionnelle	1	0	0	0	1	0
Neuroradiologie diagnostique	1	0	1	0	2	0
Radiologie pédiatrique	1	0	1	0	2	0
TOTAL	25	9	16	0	41	9

GLOSSAIRE

GLOSSAIRE



GLOSSAIRE

SIGLE	INTITULÉ
AAH	Allocation adultes handicapés
ACI	Accord conventionnel interprofessionnel
ACT	Appartement de coordination thérapeutique
AGEFIPH	Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées
ALD	Affection longue durée
AM	Assurance maladie
AMAVI	Afflux massif de victimes
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
ARS	Agence régionale de santé
ASE	Aide sociale à l'enfance
ASV	Adaptation de la société au vieillissement
ASV	Ateliers santé ville
AT/MP	Accident de travail/maladie professionnelle
AVC	Accident vasculaire cérébral
AVP	Accident de la voie publique
AVS	Auxiliaire de vie sociale
BAPU	Bureau d'aide psychologique universitaire
BEH	Bulletin épidémiologique hebdomadaire
CAARUD	Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques Pour les usagers de drogues

GLOSSAIRE

SIGLE	INTITULÉ
CAF	Caisse d'allocations familiales
CAQES	Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins
CAMSP	Centre d'action médico-sociale précoce
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CATTP	Centre d'activité thérapeutique à temps partiel
CCAS	Centre communal d'action sociale
CCMU	Classification clinique des malades des urgences
CCPP	Commission de coordination des politiques publiques
CD	Conseil départemental
CEGIDD	Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic
CEIP-A	Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance - centre d'addictovigilance
CPEF	Centre de planification et d'éducation familiale
CH	Centre hospitalier
CHRO	Centre hospitalier régional d'Orléans
CHRU	Centre hospitalier régional universitaire
CILE	Comité interministériel de lutte contre les exclusions
CLAT	Centre de lutte antituberculeux
CLIC	Centre local d'information et de coordination gérontologique
CLIM-e	Événements climatiques et environnementaux

GLOSSAIRE

SIGLE	INTITULÉ
CLS	Contrats locaux de santé
CLSM	Conseils locaux de santé mentale
CLSPD	Conseils locaux de sécurité et de prévention de la délinquance
CMP	Centre médico-psychologique
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CNH	Conférence nationale du handicap
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CODAMUPS	Comité départemental de l'aide médicale urgente et de la permanence des soins et des transports sanitaires
COREVIH	Comités de coordination régionaux de lutte contre le vih
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPER	Contrat de plan État-Région
CPO	Centre de préorientation professionnelle
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPTS	Communautés professionnelles territoriales de santé
CRA	Centre de ressources autisme
CREAI	Centre régional d'études d'actions et d'informations
CREX	Comité de retour d'expérience
CRP	Centre de rééducation professionnelle
CRONDPS	Comité régional de l'observatoire national de la démographie des professions de santé

GLOSSAIRE

SIGLE	INTITULÉ
CRSA	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
CS	Centre de santé
CSAPA	Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSP	Code de la santé publique
CTREQ	Réseau québécois de transfert et de recherche en littératie
CTS	Conseils territoriaux de santé
CV	Centre de vaccination
CVDL	Centre-val de loire
CVAGS	Cellule de veille et d'alerte et de gestion sanitaire
DA	Demandeur d'asile
DAM	Délégué d'assurance maladie
DCC	Dossier communiquant de cancérologie (dans le dmp-dossier médical personnel)
DDCS	Direction départementale de la cohésion sociale
DDCSPP	Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Direction générale de la santé
DIRECCTE	Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
DMP	Dossier médical partagé
DMS	Durée moyenne de séjour

GLOSSAIRE

SIGLE	INTITULÉ
DREAL	Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRDJSCS	Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
EA	Entreprise adaptée
EAS	Éducation à la sexualité
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EIG	Évènements indésirables graves
EIGS	Évènements indésirables graves associés à des soins
ELSA	Équipe de liaison et de soins en addictologie
EME	Évaluation médico-économique
EMG	Électromyogramme
EMPP	Équipe mobile psychiatrie précarité
EN	Éducation nationale
EPP	Évaluation des pratiques professionnelles
ES	Établissements de santé
ESAT	Établissements et services d'aide par le travail
ESMS	Établissements (et services) sociaux et médico-sociaux
ESP	Équipe de soins primaires
ESR	Établissement sanitaire de référence
ETP	Éducation thérapeutique du patient

GLOSSAIRE

SIGLE	INTITULÉ
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FEHAP	Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne
FHF	Fédération hospitalière de france
FHP	Fédération de l'hospitalisation privée
FIR	Fonds d'intervention régional
FRAPS	Fédération régionale des acteurs en promotion de la santé du centre
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GCSMS	Groupement de coopération sociale ou médico-sociale
GEM	Groupe d'entraide mutuelle
GHT	Groupement hospitalier de territoire
GIR/PATHOS	Groupes iso ressources/système d'information qui permet d'évaluer les niveaux de soins nécessaires pour assurer les traitements des états pathologiques des personnes âgées
GRADeS	Groupements régionaux d'appui au développement de la e-santé
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
HC	Hospitalisation complète
HCSP	Haut conseil de la santé publique
HPST	Hôpital, patients, santé, territoires
HPV	Papillomavirus humain
HSH	Homme ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes
HUGO	Hôpitaux universitaires du grand ouest

GLOSSAIRE

SIGLE	INTITULÉ
IDE	Infirmier(e) diplômé(e) d'état
IFSI	Institut de formation en soins infirmiers
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IME	Institut médico-éducatif
INCa	Institut national du cancer
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IPAQSS	Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
IPP	Inhibiteurs de la pompe à protons
IRA	Instance régionale d'addictologie
IRC	Insuffisance rénale chronique
IREPS	Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé
IRM	Imagerie par résonance magnétique
IST	Infection sexuellement transmissible
ISTES	Inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé
ITEP	Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques
IVG	Interruption volontaire de grossesse
JES	Jardin d'enfant spécialisé
LAM	Lits d'accueil médicalisés
LBM	Laboratoire de biologie médicale

GLOSSAIRE

SIGLE	INTITULÉ
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
LHSS	Lits halte soins santé
MAIA	Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'alzheimer
MAS	Maison d'accueil spécialisée
MC	Médecine chirurgie
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
MDA	Maison départementale de l'autonomie
MDA	Maison des adolescents
MDPA	Maison départementale pour l'autisme
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MECS	Maison d'enfant à caractère social
MILDECA	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et les conduites addictives
MIRC	Mutualisation d'imagerie en région Centre-Val de loire
MS	Médico-social
MSA	Mutualité sociale agricole
MSAP	Mise sous accord préalable
MSP	Maison de santé pluriprofessionnelle/pluridisciplinaire
MSS	Messageries sécurisées en santé
ONDPS	Observatoire national de la démographie des professions de santé
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies

GLOSSAIRE

SIGLE	INTITULÉ
OMS	Organisation mondiale de la santé
OMEDIT	Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique
ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
OPCA	Organisme paritaire collecteur agréé
OQOS	Objectifs quantifiés de l'offre de soins
ORFE	Observatoire régional de la formation et l'emploi en région Centre-Val de Loire
ORS	Observatoire régional de la santé
ORSAN	Dispositif d'organisation de la réponse du système de santé en cas de situation sanitaire exceptionnelle
ORSEC	Organisation de la réponse de sécurité civile
ORU	Observatoire régional des urgences
OSCARD	Observation sociale croisée des acteurs régionaux et départementaux
PA	Personnes âgées
PACES	Première année commune aux études en santé
PAERPA	Personnes âgées en risque de perte d'autonomie
PAEJ	Point accueil écoute jeunes
PAPRAPS	Plan d'action pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins
PAPS	Portail d'accompagnement des professionnels de santé
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PCPE	Pôle de compétences et de prestations externalisées
PCH	Prestation de compensation du handicap

GLOSSAIRE

SIGLE	INTITULÉ
PDS(A)	Permanence des soins (ambulatoire)
PDESES	Permanence des soins en établissement de santé
PEM2D	Prescription électronique de médicament 2d
PFIDASS	Plate-forme d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé
PH	Personnes handicapées
PJJ	Protection judiciaire de la jeunesse
PLANIR	Plan local d'accompagnement du non recours, des incompréhensions, des ruptures
PMI	Protection maternelle infantile
PMND	Plan maladies neuro-dégénératives
PMP	Projet médical partagé
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PNSP	Programme national de la sécurité des patients
PPS	Programme personnalisé de soins
PPS	Projet personnalité de santé
PRADSI	Programme régional d'actions pour le développement des systèmes d'information de santé
PRADO	Programme de retour à domicile
PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis
PRITH	Plan régional d'insertion des travailleurs handicapés
PRS	Projet régional de santé
PRSE	Plan régional santé environnement

GLOSSAIRE

SIGLE	INTITULÉ
PTA	Plate-forme territoriale d'appui
PTS	Pacte territoire santé
PTSM	Projets territoriaux de santé mentale
RAPT	Réponse accompagnée pour tous
RBPP	Recommandations de bonnes pratiques professionnelles
RdRD	Réduction des risques et des dommages
RETEX	Retour d'expérience
RMM	Revue de mortalité et de morbidité
RPPS	Répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé
ROR	Répertoire opérationnel des ressources
RRAC	Récupération rapide après chirurgie
RREVA	Réseau régional de vigilance et d'appui
SAF	Syndrome de l'alcoolisme foetal
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
SESSAD	Service d'éducation spécialisée et de soins à domicile
SI	Systèmes d'information
SIAO	Service intégré d'accueil et d'orientation
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise

GLOSSAIRE

SIGLE	INTITULÉ
SIOS	Schéma interrégional d'organisation des soins
SINTES	Système d'identification nationale des toxiques et substances
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
SNACs	Services numériques d'appui à la coordination
SNS	Stratégie nationale de santé
SPASAD	Service polyvalent d'aide et de soins à domicile
SPF	Santé publique france
SRA	Structure régionale d'appui
SROMS	Schéma régional d'organisation médico-sociale
SSAD	Service de soins à domicile
SSIAD	Services de soins infirmiers à domicile
SSP	Semaine sécurité patient
SSR	Soins de suite et de réadaptation
SSR-A	Soins de suite et de réadaptation addictologique
SYNERPA	Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées
TND	Troubles du neuro-développement
TSA	Trouble du spectre autistique
TSN	Traitement de substitution nicotinique
UEMA	Unité d'enseignement maternelle autisme
UFR	Unité de formation et de recherche

GLOSSAIRE

SIGLE	INTITULÉ
ULIS	Unité localisée pour l'inclusion scolaire
UNAASS	Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé
UNAFAM	Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées
UREH	Unité de recherche en épidémiologie hospitalière
URIOPSS	Union régionale interfédérale des organismes privés sanitaires et sociaux
URPS	Unions régionales des professionnels de santé
URPS-ML	Unions régionales des professionnels de santé - médecins libéraux
USLD	Unité de soins de longue durée
UTEP	Unité transversale d'éducation du patient
VHB	Virus de l'hépatite b
VHC	Virus de l'hépatite c
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