

EVALUATION EXTERNE DU PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ 2018-2022

SYNTHÈSE

Centre-Val de Loire | 30 mars 2022



THÉMATIQUE

SOUTIEN À L'ACCÈS AUX SOINS

Rappel des questions évaluatives

1. Quelles sont les nouvelles organisations/outils/métiers qui permettent de favoriser l'accès aux soins ?
2. Comment et dans quelle mesure ils soutiennent effectivement l'accès aux soins (efficacité des dispositifs) ?
3. Quelle en est l'appropriation par les professionnels de santé et les usagers, comment se situe la région par rapport à la politique nationale, quels sont leurs potentiels de développement ?
4. Les politiques de recrutements et d'attractivité correspondent-elles aux attentes des professionnels ?

MÉTHODOLOGIE D'ÉVALUATION THÉMATIQUE « SOUTIEN À L'ACCÈS AUX SOINS »

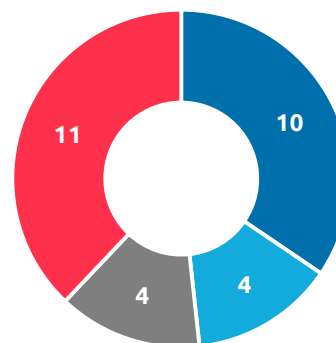


19⁺
Dispositifs évalués

29
Entretiens réalisés

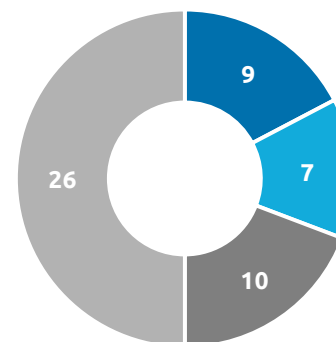
52
Documents analysés

Répartition des auditions réalisées par typologie d'acteurs



- Professionnels ARS
- Partenaires de politiques publiques et associations
- Fédérations
- Opérateurs et professionnels de santé (DAC, ES, ESMS, ...)

Répartition des documents analysés

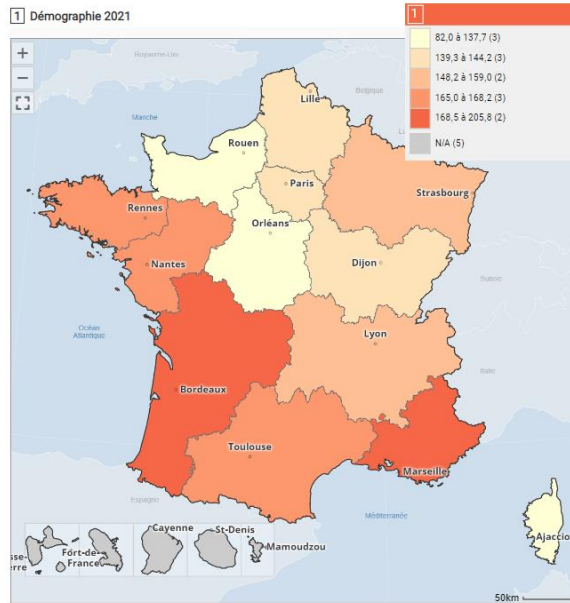


- Contexte
- Données en Centre-Val de Loire
- Dispositif
- Non informatif pour répondre aux questions évaluatives

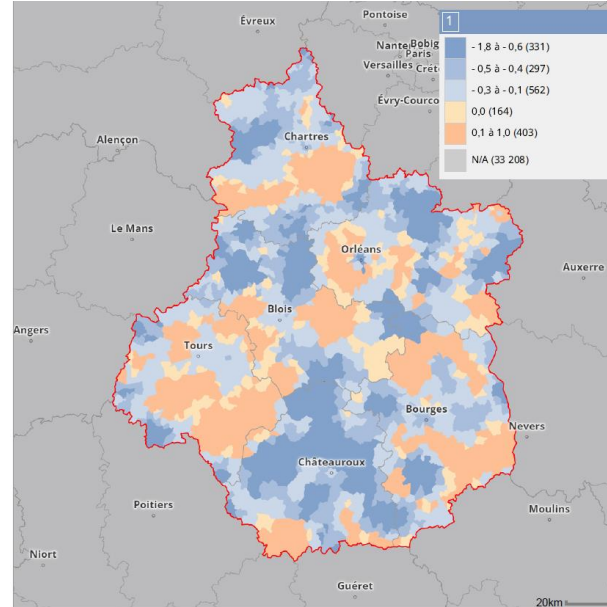
PRINCIPAUX CONSTATS CLÉS SUR L'ACCÈS AUX SOINS EN RÉGION CENTRE-VAL DE LOIRE



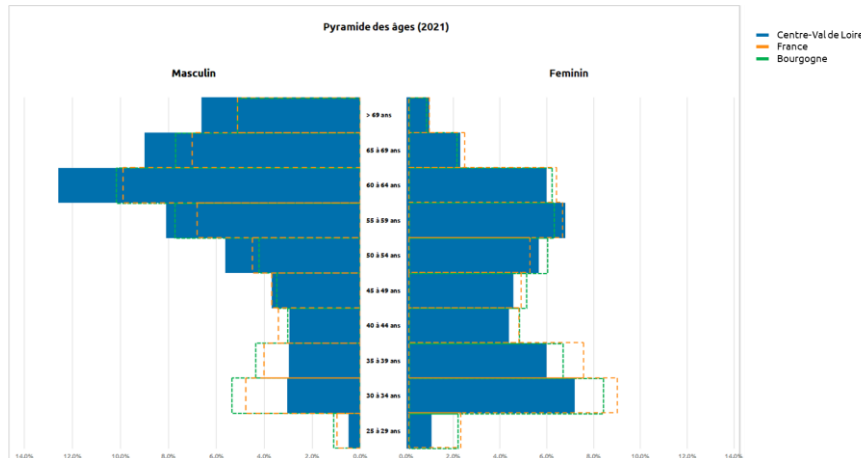
Densité médicale par région



Variation de l'indice APL (2015 – 2019)



Pyramides des âges des médecins généralistes (2021)



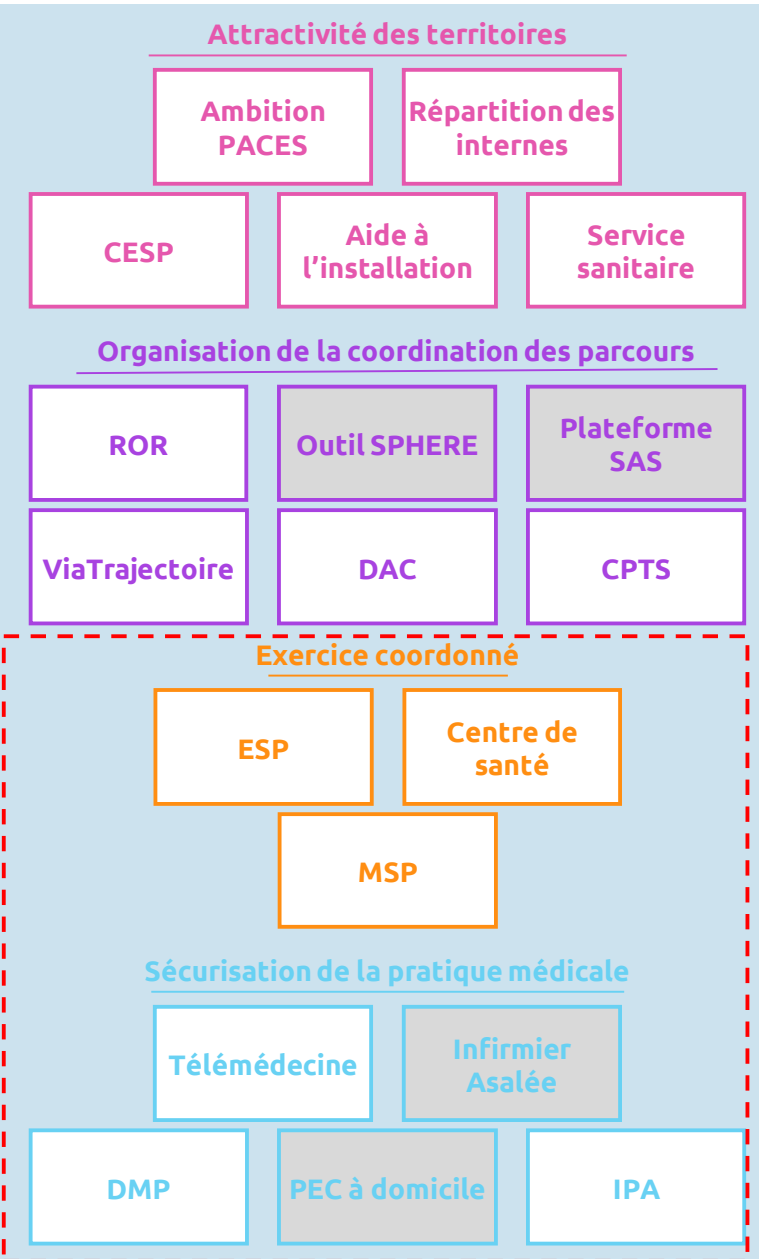
PRINCIPAUX CONSTATS

- La démographie médicale chez les généralistes est **parmi les plus faibles** de la métropole (2^e région la moins bien dotée)
- L'indice APL est globalement en baisse sur la région, notamment dans les territoires ruraux éloignés des agglomérations urbaines
- La pyramide des âges actuelle laisse présager **la perte de 37,5% des médecins présents en région** dans les 5 prochaines années (en prenant une hypothèse de départ à la retraite à 65 ans)
- Selon le rapport du CNOM « Soigner Demain », la région Centre-Val de Loire est celle où les médecins sont les plus **favorables à la restriction de la liberté d'installation** (25% contre 22% en Normandie par exemple) et à la **limitation de la liberté d'exercice en zone bien dotée** (52% contre 48% en Normandie)
- Les dispositifs et politiques publiques mis en œuvre sur la région, visent à **optimiser et accroître le temps médical** existant:
 - Des dispositifs comme les infirmier(e)s ASALEE ou assistants médicaux **permettent d'augmenter significativement la file active** des médecins (*source : IRDES (+7,5% de file active)*). Les MSP contribuent également à cette augmentation (4% d'augmentation, *IRDES*)
 - Les leviers visant à **accroître le nombre de médecins** et donc le temps médical sur la région (augmentation du nombre d'internes par exemple) n'auront pour leur part des **effets que sur un horizon long terme**.
- Un constat similaire voire accru est observable en médecine spécialisée, où l'offre est **portée principalement par les établissements sanitaires** en raison du faible nombre de spécialistes en ville. Ce mode de prise en charge ne permettant pas un suivi de proximité, il semble important de développer des leviers tels que la consultation avancée, la télé-expertise ou la labellisation des hôpitaux de proximité.

RAPPEL DES BOUQUETS DE DISPOSITIFS



Dispositifs



Dispositif	Maturité	Efficacité	Appropriation	Enjeu sur l'accès aux soins
Ambition PACES*	++	++	++	+
Contrats d'aide à l'installation	++	++	++	+
Contrats d'engagement au service public	++	++	++	++
Répartition des internes	++	+	+	+++
Service sanitaire*	++	++	++	+
Répertoire opérationnel des ressources	++	+	++	+
ViaTrajectoire	++	++	+	++
Dispositif d'appui à la coordination	+	+	+	+++
SPHERE				
Plateforme SAS				
Communauté professionnelle territoriale de santé	+	++	++	+++
Equipe de santé primaire	+	+	++	++
Maison de santé pluridisciplinaire	+++	++	+++	+++
Centre de santé	+	++	+	++
Infirmier(e) en pratique avancée	+	+	+	+++
Infirmier(e) ASALEE				
Télémédecine	+	++	+	+++
Dossier médical partagé	++	+	+	+
Prise en charge à domicile				

Les effets de ces dispositifs d'attractivité sont limités par les faibles volumes concernés, et bien souvent visibles sur un horizon de long terme qui dépasse le PRS actuel et le prochain PRS

Les dispositifs d'organisation et de coordination des parcours permettent une optimisation du temps médical par la fluidification de ces parcours de santé, la coordination des acteurs et la gestion des ressources

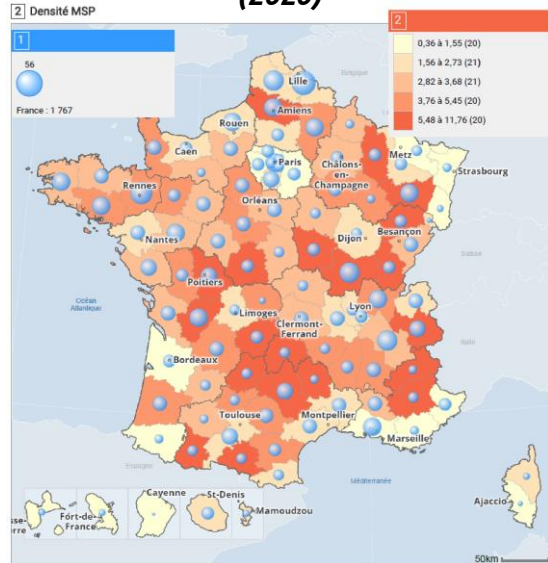
L'impact de ces dispositifs apparaît important sur l'attractivité du territoire pour les professionnels de santé en favorisant un exercice collectif au bénéfice des parcours de santé

Les leviers dans ce bouquet permettent une optimisation et un accroissement du temps médical par la délégation de tâches et par des pratiques innovantes

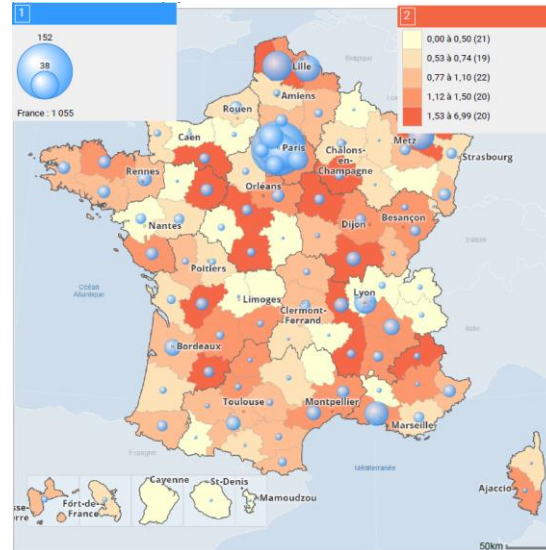
BOUQUET EXERCICE COORDONNÉ : DES DISPOSITIFS CRÉANT LES CONDITIONS D'ATTRACTIVITÉ PERMETTANT DE MAINTENIR LE TEMPS MÉDICAL PRÉSENT EN RÉGION



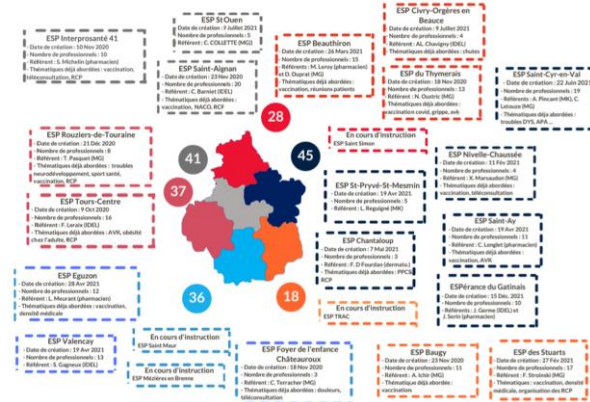
Densité des MSP (pour 100 000 habitants) (2020)



Densité des centres de santé polyvalents (pour 100 000 habitants) (2020)



Répartition régionale des ESP (2021)



Source : Rapport d'activité 2021 - ESP CVL

PRINCIPAUX CONSTATS

- Au regard du déficit important de médecins, les exercices coordonnés apparaissent comme un des bouquets de dispositifs qui aura **le plus grand impact** pour favoriser l'accès aux soins en région Centre-Val de Loire. D'une part, l'exercice collectif **permet d'accroître la file active des médecins** (4% de plus en MSP par rapport à l'exercice individuel). D'autre part, cet exercice collectif permet aux jeunes médecins de **bénéficier de l'accompagnement de professionnels plus expérimentés**.
- Les dispositifs attachés à ce bouquet sont :
 - les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) qui proposent une coordination et une continuité des soins et des actions de prévention permettant d'améliorer la prise en charge de leur patientèle. Le Centre-Val de Loire est d'ailleurs **une des régions les mieux dotées en MSP** au regard de sa population (2^e région la mieux dotée en densité de MSP) et l'offre semble correctement répartie sur les territoires.
 - les centres de santé qui sont des structures d'exercice collectif pour des **médecins et professionnels de santé salariés**, permettant notamment d'alléger ces professionnels de toute complexité administrative. Le dispositif est principalement **porté par le GIP Pro Santé** en région Centre-Val de Loire afin de redynamiser les zones sous-denses du zonage médecin.
 - les équipes de soins primaires (ESP), mode d'organisation en cours d'expérimentation sur la région, qui devrait à terme permettre **d'alimenter les MSP et les CPTS** sur les territoires.
- Des initiatives sont également poussées en région, comme le **modèle de MSP « hors-les-murs »** qui pourrait permettre une meilleure couverture du territoire par des professionnels de santé.
- En définitive, ces dispositifs permettent de **maintenir l'exercice des médecins en région et favoriser leur installation** en créant de bonnes conditions d'exercice, permettant de fait **d'accroître le temps médical** présent.
- Il conviendra également d'appréhender la problématique de démographie des autres professionnels de santé et particulièrement les infirmiers

BOUQUET EXERCICE COORDONNÉ : POINTS CLÉS SUR LES DISPOSITIFS ASSOCIÉS



Exercice coordonné

Maturité

Appropriation

Efficacité

Recommandations

Maison de santé pluridisciplinaire

- Dispositif mature (notion introduite dès 2007)
- Déploiement qui s'est poursuivi durant le PRS 2 (67 structures en 2017 contre 105 en 2020)

- Un bon taux d'équipement du dispositif par rapport au niveau national est observé (4,08 contre 2,64 au national)
- Certaines structures en déficit de médecins pourraient témoigner d'une appropriation non uniforme sur toute la région

- Le dispositif développe l'attractivité du territoire en favorisant la collaboration entre médecins
- Des freins peuvent être perçus dans les démarches pour la constitution d'une structure, notamment pour le financement des temps de coordination

- Réaliser un suivi des médecins présents dans chacune des MSP afin de s'assurer de leur effectivité (recommandations affichées de 4 médecins par structure)
- Alléger et poursuivre l'accompagnement dans les démarches administratives

Centre de santé (pluri-professionnel)

- Dispositif mature (notion introduite dès 2002)
- Déploiement qui s'est poursuivi durant le PRS 2 (7 structures en 2017 contre 27 en 2020)
- Le dispositif porté par le GIP Pro santé est encore récent

- L'exercice salarié semble peu connu des médecins, ce qui pourrait traduire une faible appropriation par les professionnels de santé. Néanmoins, un afflux de patients est notable sur les communes où sont implantés ces centres.

- Le dispositif porté par le GIP Pro Santé est trop récent pour en évaluer l'efficacité
- Toutefois, ces centres de santé permettent à certaines populations l'accès à un médecin traitant et proposent un mode d'exercice alternatif à l'exercice libéral

- Poursuivre le développement des centres de santé, tout en veillant à leur viabilité économique (notamment à partir du nombre de médecins dans la structure)

Equipe de soins primaires

- Dispositif peu mature par rapport aux dispositifs du bouquet (déploiement de l'expérimentation en 2020 dans la région Centre-Val de Loire)

- L'appropriation du dispositif par les professionnels de santé semble facilitée sur les territoires déjà couverts par une CPTS

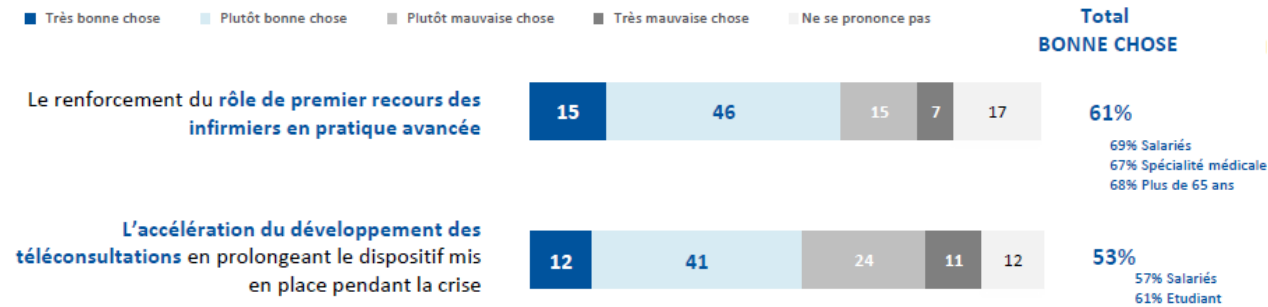
- Il est difficile d'évaluer le dispositif de manière pertinente au regard de sa faible maturité
- Un bon engouement autour du dispositif est néanmoins remonté par les professionnels de santé

- Continuer le développement du dispositif, dans l'optique de poursuivre le renforcement des MSP et des CPTS

BOUQUET SÉCURISATION DE LA PRATIQUE MÉDICALE : DES LEVIERS OPTIMISANT LE TEMPS MÉDICAL DONT LE DÉVELOPPEMENT PERMETTRAIT DE PALLIER POUR PARTIE LE DÉFICIT DE MÉDECINS



Perception du renforcement du dispositif IPA et du développement des téléconsultations (Enquête CNOM)



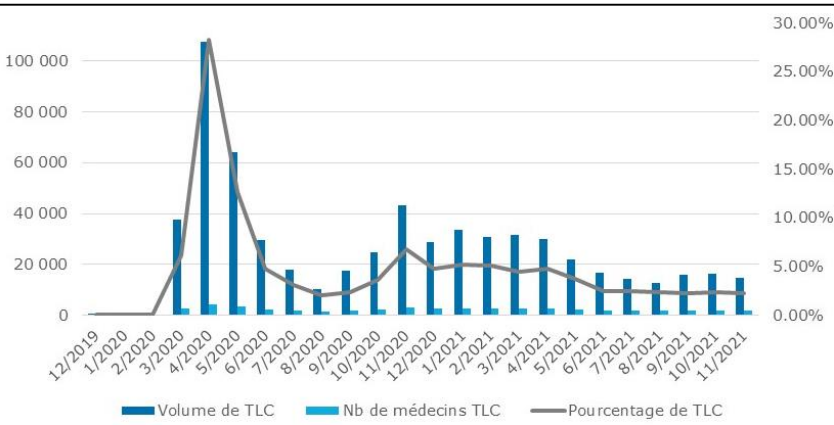
État des lieux

Infirmiers Étudiants en Pratique Avancée en 2020-2021
Infirmiers en Pratique Avancée Diplômés

Le 8 février 2021

UNIVERSITÉS	M1	M2	M2PCS	M2 SMP	M2 OH	M2 NDT	TOTAL
Université Nice Sophia Antipolis	27	29	16	10	2	1	56
Paris Est Créteil Sorbonne Université	30	38	26	9	3	0	68
AMU Aix Marseille Université	66	82	35	7	16	4	128
Université de Paris	70	114	72	19	17	6	184
Université de Lorraine	18	40	16	8	8	8	53
Université de Strasbourg	29	0	0	0	0	0	29
Université Versailles Saint-Quentin	38	34	19	9	3	3	72
Reims Champagne-Ardenne	25	39	13	9	10	7	67
Université Lille	46	0	0	0	0	0	46
Université Amiens Picardie	15	0	0	0	0	0	15
Université de Rennes	29	26	11	7	6	2	56
Université de Bordeaux	24	15	10	0	3	2	39
Université Toulouse III Paul Sabatier	25	22	13	4	5	0	47
Université de Limoges	20	12	8	4	0	0	32
Université de Nantes	26	26	15	10	1	0	52
Université de Bretagne Occidentale	20	24	10	4	5	5	44
Universités Tours Angers	38	31	21	3	6	1	69
Université de Franche-Comté	29	11	7	2	1	1	40
Université de Montpellier	22	22	12	2	4	4	44
Université Grenoble Alpes	17	25	25	0	0	0	42
Université de Lyon	23	12	0	0	12	0	35
Université Jean Monnet Saint-Etienne	20	0	0	0	0	8	28
Université Clermont Auvergne	20	22	0	22	0	0	42
Université de Bourgogne	26	20	15	1	3	1	46
Université Rouen / Caen Normandie	23	32	16	13	3	0	55
TOTAL	729	664	360	143	108	53	1393

Evolution du volume de téléconsultations en région Centre-Val de Loire



PRINCIPAUX CONSTATS

- Les principaux dispositifs et outils attachés à ce bouquet sont :
 - les infirmier(e)s en pratique avancée qui est un dispositif de délégation de tâches visant à améliorer l'accès aux soins en **réduisant la charge des médecins sur des pathologies ciblées** (pathologies chroniques stabilisées ou néphrologie par exemple). Si le renforcement de la pratique avancée semble bien perçue, **le dispositif reste à développer** en région Centre-Val de Loire, au regard du nombre d'infirmiers en formation.
 - la télémédecine qui permet l'accès à distance à un professionnel de santé, que ce soit pour une téléconsultation, ou pour un avis d'expertise via la télé-expertise. **L'usage de la télémédecine a été fortement développé pendant la crise**, et connaît un fort engouement au niveau national pour l'accélération de son développement suite aux périodes de crise.
- Les dispositifs permettant de faciliter la pratique médicale contribuent ainsi à **optimiser et renforcer le temps médical** présent en région, en permettant la délégation de tâches à des assistants médicaux par exemple, **délégation qui a un impact observé sur les files actives** des médecins comme énoncé précédemment (+7,5% de file active selon l'IRDES). Les outils proposés permettent quant à eux une nouvelle pratique, en **favorisant l'accès à des champs d'expertises** dans les territoires éloignés du soin (télé-expertise) et en **évitant de déplacer des personnes plus fragiles**, par exemple en EHPAD (téléconsultations).

BOUQUET SÉCURISATION DE LA PRATIQUE MÉDICALE : POINTS CLÉS SUR LES DISPOSITIFS ASSOCIÉS



Sécurisation de la pratique médicale

Maturité

Appropriation

Efficacité

Recommandations

Infirmier(e)s en pratique avancée

- Dispositif peu mature (textes réglementaires publiés en 2019)

- Dispositif qui suscite encore peu d'adhésion en région auprès des médecins libéraux prescripteurs, mais également auprès des infirmiers
- Il existe un potentiel important de développement de la pratique avancée

- Impact du dispositif encore peu visible au regard de l'adhésion des médecins sur ce levier encore faible et du nombre d'IPA formés à ce jour dans la région

- Poursuivre le déploiement du dispositif par :
 - Un renforcement de l'attractivité du métier auprès des IDE (accompagnement, communication de la formation)
 - Un suivi de l'installation des professionnels

Télémédecine

- Outil relativement peu mature (remboursement des actes rentré dans le droit commun depuis 2018)

- Forte appropriation durant la crise sanitaire, qui a mené à une plus grande proportion de médecins en région proposant de la téléconsultation aujourd'hui (autour de 30% fin 2021, contre 2% fin 2019)

- Malgré une forte appropriation par les médecins, l'usage de la télémedecine ne semble pas s'être pérennisé en région
- Le déficit de médecins en région limite également l'impact de l'outil

- Travailler l'organisation de l'offre en télémedecine (offre dédiée de télésanté, créneaux de télémedecine chez les praticiens)

Dossier médical partagé

- Outil relativement peu mature (déploiement à partir de 2017 sous la forme DMP)

- Appropriation qui semble plus forte que le niveau national, au regard du taux d'ouverture de DMP (autour de 14,7% au national, contre 20,8% en Indre-et-Loire, ou 16,2% dans le Cher) mais avec des disparités au niveau départemental

- L'outil semble encore peu alimenté, ce qui limite son impact, notamment pour les professionnels des centres hospitaliers
- Il semble toutefois pertinent car il contribue à une meilleure coordination des parcours de soins

- Renforcer la communication sur l'outil afin d'en faciliter l'utilisation



THÉMATIQUE

PRISE EN CHARGE DU CANCER

Rappel des questions évaluatives

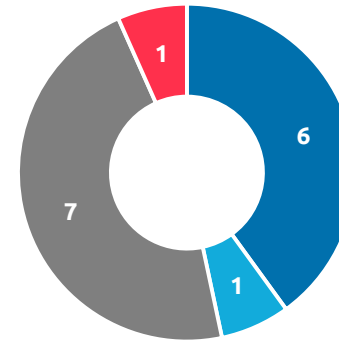
1. Quelles ruptures dans le parcours des personnes atteintes d'un cancer peuvent expliquer le hiatus en région entre un des meilleurs taux de dépistage organisé et une surmortalité importante, supérieure aux autres régions ?
2. Quelles sont les causes de ses ruptures de parcours et quelles sont les pistes pour y remédier ?
3. Quelle est l'hétérogénéité des territoires (département et infra) ?



MÉTHODOLOGIE D'ÉVALUATION THÉMATIQUE « CANCER »

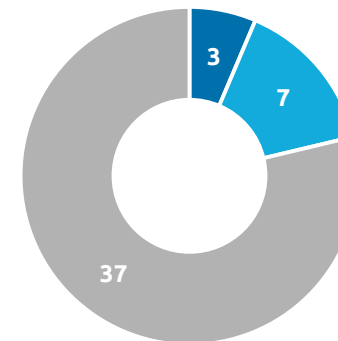


Répartition des auditions réalisées par typologie d'acteurs



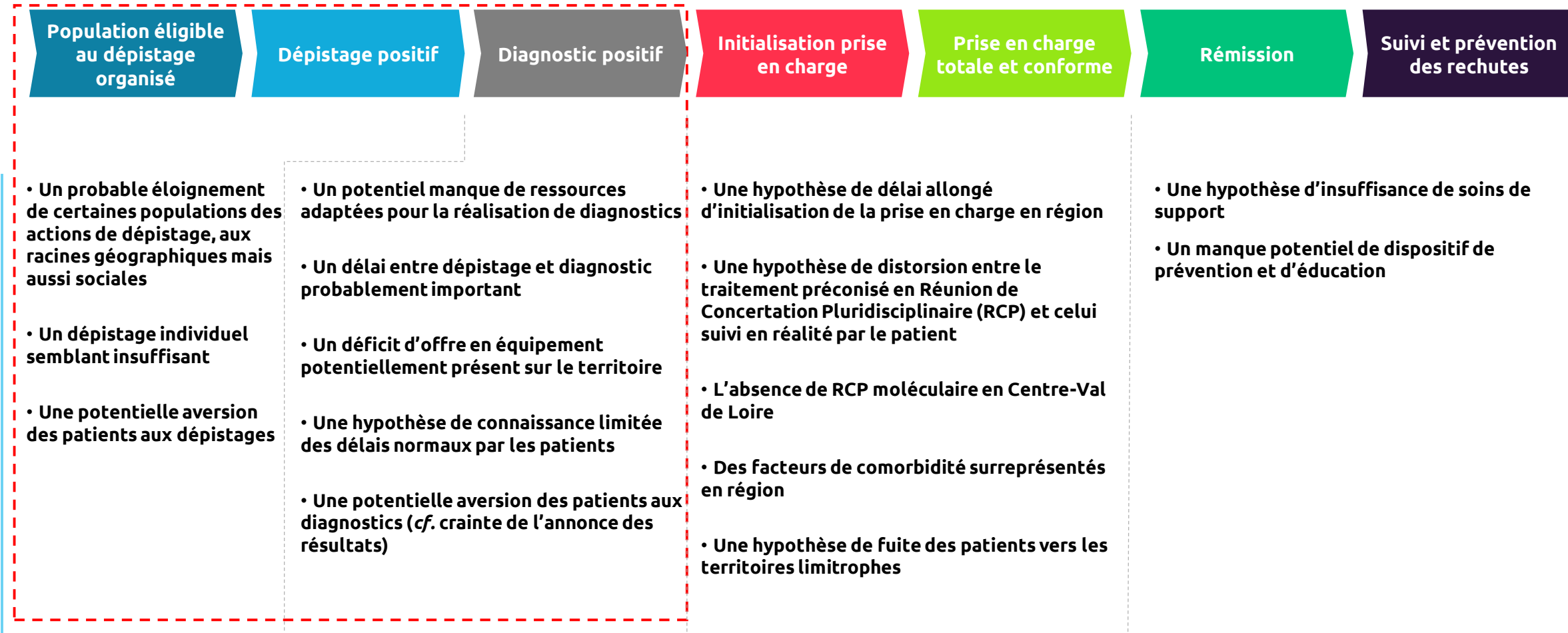
- Partenaires de politiques publiques et associations
- Fédérations
- Opérateurs et professionnels de santé (DAC, ES, ESMS, ...)
- Usagers

Répartition des documents analysés



- Contexte
- Données en Centre-Val de Loire
- Non informatif pour répondre aux questions évaluatives

SYNTHÈSE DU PARCOURS, DES HYPOTHÈSES DE RUPTURES ET CAUSES RACINES ASSOCIÉES



 Etapes du parcours détaillées dans la suite de la présentation

HYPOTHÈSES DE CAUSES DE POINTS DE RUPTURE RELATIVES AUX ACTIONS DE DÉPISTAGE



PRINCIPALES HYPOTHESES ISSUES DES AUDITIONS

- **Un probable éloignement de certaines populations des actions de dépistage, aux racines géographiques mais aussi sociales**
 - Malgré un bon taux de dépistage organisé en région, une partie de la population en Centre-Val de Loire ne semble pas touchée par les campagnes de dépistage.
 - Le manque d'offre de prévention à proximité des personnes éloignées du soins, par manque de médecins traitants et de professionnels soignants notamment impacterait fortement leur participation aux campagnes de dépistages. Ces populations coïncideraient d'ailleurs avec les populations de catégories socio-économiques moins favorables.
 - Les populations les plus à risques sont probablement les moins dépistées, ceux qui meurent le plus précocement ne se font pas dépister : le dépistage organisé touche la population déjà proche du système de soins, alors que les patients qui décèdent sont probablement ceux les plus éloignés du système de soins.
- **Un dépistage individuel semblant insuffisant**
 - La raréfaction des praticiens pourrait induire un accès plus complexe au dépistage individuel en région. La problématique de démographie médicale est accentuée pour les médecins spécialistes sur la région, ce qui pourrait induire un accès plus difficile au dépistage individuel et/ou une moins bonne sensibilisation à cet acte.
 - Une hypothèse porte sur le fait que les personnes qui participent pour la première fois aux dépistages individuels attendent d'avoir des symptômes. Ils sont donc déjà à un stade de diagnostic, alors qu'ils sont comptabilisés en dépistage par la radiologie.
- **Une potentielle aversion des patients aux dépistages**
 - Il semble exister un amalgame pour les patients entre les méthodes de dépistage et de diagnostic (ex : potentielle aversion des hommes au toucher rectal et à la coloscopie, alors que la coloscopie permet le diagnostic du cancer colorectal). Cet amalgame est néanmoins national et non spécifique à la région CVL.

Recommandations

- Analyser le taux de mortalité dû à un cancer chez les personnes ne participant pas aux campagnes de dépistage organisé afin de le confronter au taux de mortalité des personnes participant au dépistage organisé sur les cancers du sein et du côlon-rectum
- Réaliser une analyse similaire à l'étude SISTER sur **la corrélation entre les inégalités sociales et territoriales et la participation aux campagnes de dépistage organisé** au niveau départemental, voire infra-départemental)

HYPOTHÈSES DE CAUSES DE POINTS DE RUPTURE RELATIVES AUX ACTIONS DE DIAGNOSTIC



PRINCIPALES HYPOTHESES ISSUES DES AUDITIONS

- **Un potentiel manque de ressources adaptées pour la réalisation de diagnostics**
 - Un manque de ressources adéquates et expertes dans le domaine du diagnostic a également été souligné en audition. Cela pourrait provenir principalement d'un manque de ressources humaines, notamment de radiologues pour le cancer du sein. Selon les retours des interlocuteurs, certaines structures comme le CHRU de Tours manqueraient de professionnels pour effectuer les diagnostics
 - Une autre hypothèse soulevée en audition, impactant pleinement le parcours « cancer », concernerait la délégation de plus en plus courante de l'annonce des résultats par certains professionnels de santé. Cependant ce point soulevé en entretien concerne des cas exceptionnels ou des situations complexes et semble difficilement expliquer la surmortalité
- **Des hypothèses de failles impactant la réalisation de diagnostics en Centre-Val de Loire**
 - Le taux de dépistage est bon dans le Cher mais c'est l'accès et le délai d'accès à une imagerie diagnostic sur suspicion qui interroge
 - S'assurer que les délais entre la 1^{ère} et la 2^{ème} lecture sont conformes aux recommandations (pour le cancer du sein)
 - Des délais dépistage L1 – diagnostic particulièrement longs (environ 2 mois). Il conviendra d'analyser de manière approfondie les délais pour chacune des étapes du parcours ; sur cette étape identifier les délais entre les éléments de dépistage positif et les premières prises en charge (cf ce qui relève de la biopsie et de la chirurgie)
- **Un déficit d'offre en équipement potentiellement présent sur le territoire**
 - En fonction de la technique à appliquer par rapport au patient, il y a besoin d'aller en dehors du département pour avoir l'examen complémentaire le plus performant (ex du mammotome non disponible dans les centres d'imagerie du Berry, 3 radiologues seulement réalisent des biopsies ce qui complique les parcours diagnostics)
- **Un délai entre dépistage et diagnostic probablement important**
 - A titre d'illustration, sur la campagne 2016-2017, le délai médian test-coloscopie était de 84 jours en région Centre-Val de Loire, chiffre supérieur au délai médian national de 76 jours. En 2021, le délai moyen de lecture du test-coloscopie était de 96 jours. Ce délai est particulièrement important dans le Loiret et le Loir-et-Cher.
- **Une hypothèse de connaissance limitée des délais normaux par les patients**
 - Un délai qui serait anormalement long pour un diagnostic ne créerait donc pas toujours de réaction de la part des patients pour qu'il soit raccourci
- **Une potentielle aversion des patients aux diagnostics et résultats**
 - Certains patients ne souhaiteraient pas se faire diagnostiquer par peur d'une confirmation du résultat positif. Cela apparaîtrait donc contreproductif et complexifierait la prise en charge de la maladie à un stade plus avancé

Recommandations

- Analyser les délais entre un dépistage positif et l'accès à un diagnostic (DO)
- Analyser l'accès, ainsi que le délais d'accès à un diagnostic pour des suspicions de cancer



THÉMATIQUE

PERSONNE ÂGÉE

Rappel des questions évaluatives

1. Quelles sont les organisations et leviers existants qui permettent de favoriser la prise en charge et l'accompagnement de la personne âgée dans toutes les dimensions du parcours en limitant les risques de rupture ?
2. Comment et dans quelle mesure ils permettent effectivement de prévenir la perte d'autonomie (utilisation / pertinence / efficience / pérennité / impact) ? Quelle en est l'appropriation par les professionnels de santé, les professionnels de l'accompagnement médico-social et les usagers ?
3. Quelles sont les évolutions ou adaptations à prévoir ?



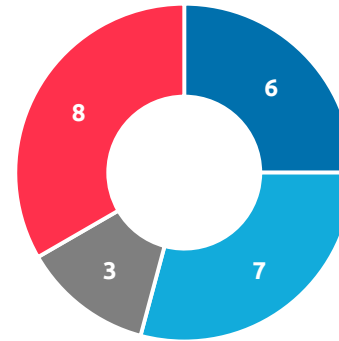
MÉTHODOLOGIE D'ÉVALUATION THÉMATIQUE « PERSONNES ÂGÉES »

15
Dispositifs évalués

24
Entretiens réalisés

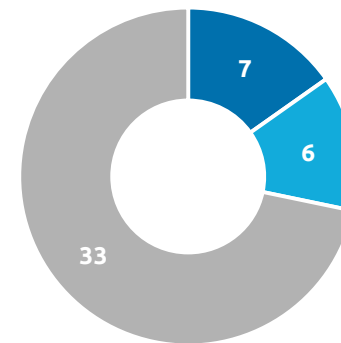
46
Documents analysés

Répartition des auditions réalisées par typologie d'acteurs



- Professionnels ARS
- Partenaires de politiques publiques et associations
- Fédérations
- Opérateurs et professionnels de santé (DAC, ES, ESMS, ...)

Répartition des documents analysés



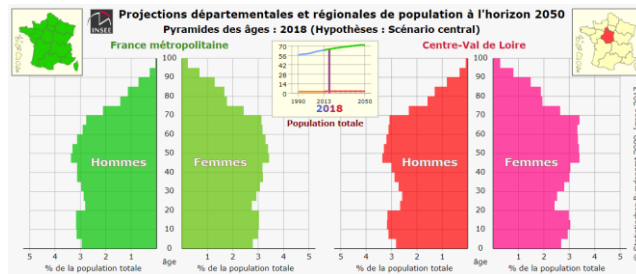
- Contexte
- Dispositif
- Non informatif pour répondre aux questions évaluatives

PRINCIPAUX CONSTATS CLÉS SUR LE VIEILLISSEMENT EN RÉGION CENTRE-VAL DE LOIRE

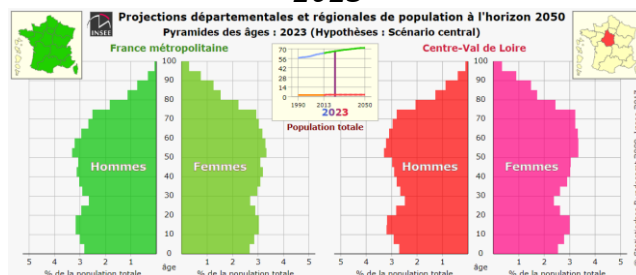


Pyramide des âges comparée

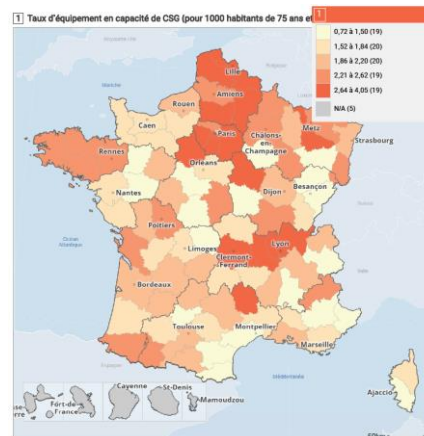
2018



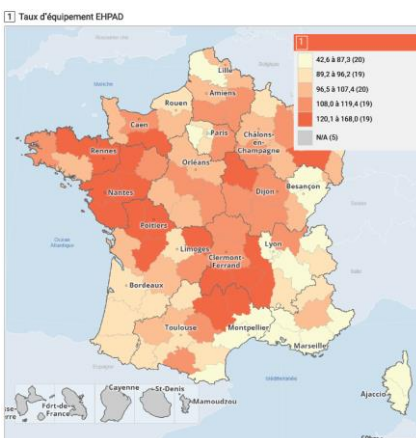
2023



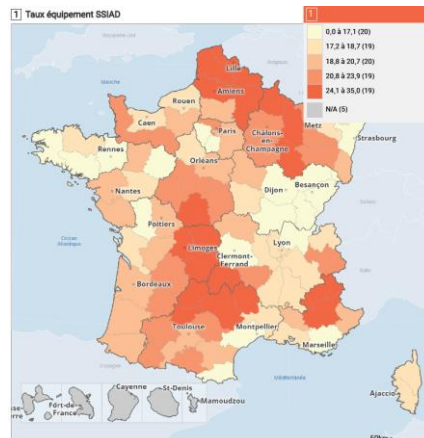
Taux d'équipement en CSG



Taux d'équipement en places d'EHPAD



Taux d'équipement en places de SSIAD



PRINCIPAUX CONSTATS

- Le vieillissement de la population est un enjeu majeur actuel et à venir en région Centre-Val de Loire. En effet, en 2018, **28,4% de la population régionale a plus de 60 ans**, soit 2,6 points de plus que pour la France métropolitaine. Ce vieillissement s'est accéléré sur la période du PRS 2, pour atteindre **30,2% de la population**.
- L'offre en région est à un niveau similaire au niveau national sur la prise en charge sanitaire, que ce soit sur le court séjour (1,95 lits pour 1000 habitants de 75 ans et plus, contre 2,20 au niveau national), le moyen séjour (4,62 lits contre 4,16) ou les séjours longue durée (4,93 lits d'USLD pour 1000 habitants contre 4,91 au niveau national).
- Sur le volet médico social, l'offre en EHPAD et en SSIAD semble également bien fournie par rapport à la moyenne nationale. A titre d'illustration, les taux d'équipements en région pour les places de SSIAD sont bien supérieurs au niveau national (22,5 places pour 1000 habitants de 75 ans et plus dans le Cher, ou 21,7 places dans le Loir-et-Cher contre 19,6).
- Des unités spécifiques telles que les UCC, UHR pour Alzheimer et/ou les troubles cognitifs, ou bien les UPOG couvrent également la région pour les besoins spécifiques sur les troubles comportementaux notamment.

PARCOURS THÉORIQUE DE LA PERSONNE ÂGÉE



PEC sur le lieu de vie (sanitaire, MS)

Domicile

Structure d'hébergement

Événement aigu,
défaillance de
l'aidant

PEC sanitaire en dehors du lieu de vie

Ambulatoire (MT, kiné, IDE libérale)

PEC en établissement (Urgences, CSG, SSR-G, USLD)

PEC sur le lieu de vie (sanitaire, MS)

Domicile

Structure d'hébergement

Points de ruptures potentiels

Dispositifs

Proximité des actions de
prévention insuffisante

- Actions des conférences des financeurs
- CPTS

Education thérapeutique
des personnes âgées
insuffisante

- Programme ICOPE
- Programmes de prévention dénutrition/chutes/santé buccodentaire/dépression

Insuffisance des PEC à
domicile

- SSIAD
- SPASAD
- HAD

PEC inadaptée en
hébergement collectif

- IDE de nuit en EHPAD
- Outils numériques (ViaTrajectoire)

Inadaptation aux troubles
comportementaux

- N/A

Partage d'informations
insuffisant entre
intervenants

- Outils numériques (DMP)

Points de ruptures potentiels

Dispositifs

Manque d'anticipation de
l'événement aigu, manque
d'accompagnement de
l'aidant

- Outil de dépistage ICOPE
- Aide aux aidants

Peu de partage
d'informations entre
praticiens et
établissements sanitaires

- Outil SPHERE

PEC inadaptée

- Formation aux urgences de nuit

Inadaptation aux troubles
comportementaux

- N/A

Recours systématiques aux
urgences

- Equipe mobile en gériatrie extra hospitalière

Défaut à l'évaluation
gériatrique

- Equipe mobile en gériatrie extra hospitalière

Etape détaillées dans la
suite de la présentation



PRÉVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE

PRINCIPAUX CONSTATS & RECOMMANDATIONS

Constats clés

- Des actions de prévention sont portées par **les conférences des financeurs** concernant la dénutrition, ou la santé buccodentaire au sein de certains EHPAD. Ces actions de prévention pourraient notamment être **portées par certaines structures telles que les CPTS ou les SAAD**.
- Il peut exister des **sujets de rupture sur les programmes d'éducation thérapeutique pour les personnes âgées**, notamment avec les programmes ETP sur les maladies chroniques.
- Les dispositifs d'aide aux aidants (accueil de jour, chambre relais) contribuent à cette prévention en permettant de **prévenir les défaillances des aidants**.

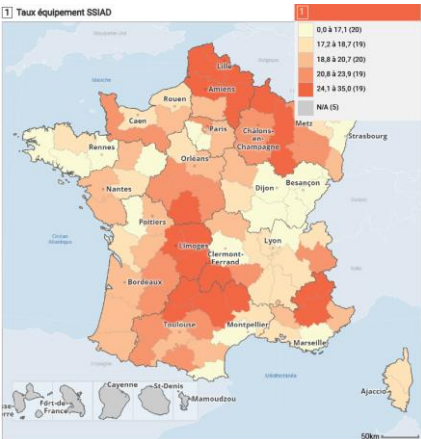
Recommandations

- Il conviendra ainsi de poursuivre le développement des programmes d'éducation thérapeutique, notamment leur prolongement par rapport à ceux existants sur les maladies chroniques, durant le prochain PRS.
- Il semble également judicieux de continuer le développement des hébergements temporaires et des accueils de jour sous utilisés dans la région : une marge de manœuvre y compris sur les dispositifs qui existent déjà pour mettre en place une transformation réelle de l'offre
- Des actions et outils en cours de développement pourront également contribuer à prévenir la perte d'autonomie : des dispositifs tels que **les EHPAD ressources ou l'outil ICOPE** seront des leviers importants de la **prévention de proximité**.

INSUFFISANCE DES PRISES EN CHARGE AU LIEU DE VIE

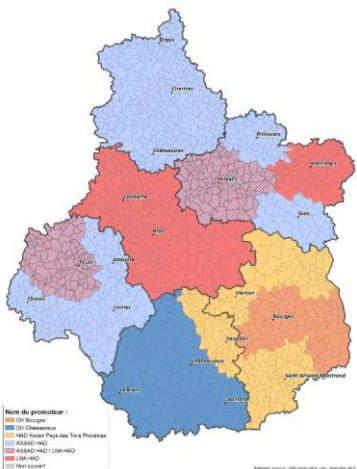


Taux d'équipement en places de SSIAD



Région	Taux d'équipement
Nord-Pas-de-Calais-Picardie	26.7
Centre	21.7
Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes	21.0
Normandie	19.5
Auvergne-Rhône-Alpes	18.2
Bourgogne-Franche-Comté	11.7
National	19.6

Couverture des structures d'hospitalisation à domicile



PRINCIPAUX CONSTATS

- Le maintien et le retour à domicile apparaît crucial pour la santé des personnes âgées, notamment au regard des problématiques de places dans les structures de soins (court-séjour, SSR gériatrique). Une **insuffisance des prises en charge à domicile pourrait avoir des impacts importants sur la santé des personnes âgées** et induire des ruptures de parcours (par exemple, lorsque le domicile de la personne âgée n'est pas préparé pour une prise en charge à domicile).
- Cet enjeu est adressé par 3 dispositifs notamment :
 - les SSIAD qui visent à assurer des prestations de soins infirmiers au domicile de personnes dépendantes. Comme présenté précédemment, **le taux d'équipement en SSIAD semble supérieur au niveau national** (19,6 places pour 1000 habitants) sur les départements de Centre-Val de Loire.
 - les SPASAD qui apportent un accompagnement sur les actes de la vie quotidienne et sur les actes de soins au domicile, **regroupant les missions d'un SSIAD et d'un SAAD**. Un SPASAD est actuellement autorisé en région et des expérimentations sur le dispositif sont menées actuellement.
 - les structures d'hospitalisation à domicile qui fournissent des hospitalisations à temps complet au domicile des personnes lorsque la situation le permet. **L'ensemble de la région est couvert** par une structure d'hospitalisation à domicile.
- Les trois dispositifs identifiés permettent d'apporter une réponse à la prise en charge à domicile. Néanmoins, les **difficultés de recrutements** (infirmiers, aides-soignants), pourraient induire des problématiques sur l'efficacité des dispositifs et sur l'effectivité des places proposées.

Recommandations

- SSIAD** : Travailler sur la coordination du dispositif avec les SAAD, afin d'améliorer leur impact commun sur le parcours de la personne âgée (au regard des problématiques de glissement de tâches), par exemple en définissant les critères d'exclusion
- SPASAD** : Le développement du SPASAD doit être accentué, notamment en tirant le bilan de l'expérimentation actuellement menée
- HAD** : Etudier la possibilité de créer des conventions cadres entre les HAD et les professionnels libéraux afin d'améliorer la coopération avec ceux-ci



THÉMATIQUE

PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP

Rappel des questions évaluatives

1. Quel est le niveau d'effectivité des dispositifs créés dans le cadre de la politique d'inclusion en milieu ordinaire par typologie de handicap ?
2. Dans les territoires où ces dispositifs sont effectifs, quelles améliorations au parcours apportent-ils réellement à la fois à la personne concernée et à son entourage ?
3. Quelles stratégies et démarches sont à adopter pour accélérer la généralisation rapide de ces dispositifs lorsqu'ils font la preuve de leur utilité ?
4. Comment optimiser les dispositifs pour qu'ils soient cohérents, plus lisibles et complémentaires ?

MÉTHODOLOGIE D'ÉVALUATION THÉMATIQUE « PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP »

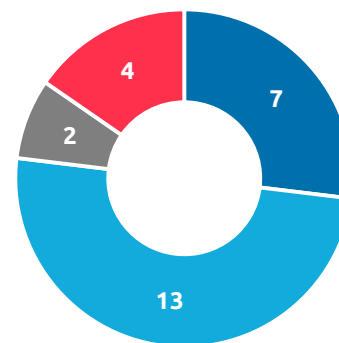


19⁺
Dispositifs évalués

26
Entretiens réalisés

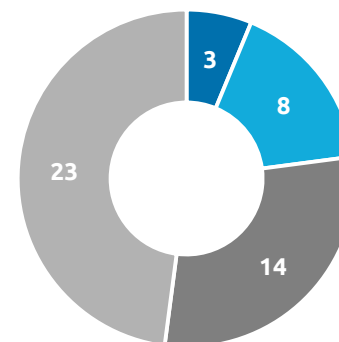
46
Documents analysés

Répartition des auditions réalisées par typologie d'acteurs



- Professionnels ARS
- Partenaires de politiques publiques et associations
- Fédérations
- Opérateurs et professionnels de santé (DAC, ES, ESMS, ...)

Répartition des documents analysés



- Contexte
- Données en Centre-Val de Loire
- Dispositif
- Non informatif pour répondre aux questions évaluatives



PRINCIPAUX CONSTATS CLÉS SUR L'EFFICACITÉ DES BOUQUETS DE DISPOSITIFS

Bouquets de dispositifs	Dispositifs/structures/services	Synthèse générale sur l'efficacité du bouquet
Dépistage précoce	• Equipe de dépistage précoce • Plateforme de coordination et d'orientation • Equipe mobile du CRA Tours • CAMSP	L'efficacité des dispositifs semble relativement hétérogène. Certains dispositifs tels que l'équipe de dépistage précoce, l'équipe mobile du CRA Tours ou les CAMSP semblent globalement bien développés malgré quelques difficultés ou risques de ruptures tout de même présents (dû aux fortes listes d'attente pour les CAMSP par exemple). La PCO est quant à elle opérationnelle sur l'ensemble des départements de la région, avec néanmoins des degrés de maturité très variés (déploiement en septembre 2019 pour l'Indre contre décembre 2021 en Eure-et-Loir par exemple), ce qui implique des niveaux d'effectivité (en termes de file active par exemple) très différents d'un territoire à un autre.
Réponse accompagnée	• DAC • Pôle de compétences et de prestations externalisées • Communautés 360 • MDPH – RAPT • ViaTrajectoire	Les dispositifs relatifs à la réponse accompagnée apparaissent indispensables et pertinents au regard des besoins (réponses adaptées aux besoins d'accompagnement complexes notamment) auxquels ils répondent. L'ensemble des PCPE, Pôles de Compétences et de Prestations Externalisées, affichent notamment un certain dynamisme. Cependant, les listes d'attentes pour obtenir une réponse adaptée par un dispositif peuvent parfois sembler très longues, les acteurs de ces dispositifs étant fortement sollicités, en particulier pour le dispositif RAPT. Il conviendra de vérifier la réalité de ces listes d'attente par une étude complémentaire
Transformation de l'offre à visée inclusive (enfant)	• Unité externalisée (UEE, UEEA, UEMA) • Dispositif DAME (IME - SESSAD) • Dispositif d'autorégulation (DAR) • Equipe mobile d'appui à la scolarisation	Des axes d'améliorations ont été soulevées sur la transformation de l'offre à visée inclusive sur le champ de l'enfance, avec notamment des augmentations de capacité nécessaires sur certains dispositifs comme le DAME. Cependant des différences de niveau de mises en œuvre des dispositifs engendrent des disparités d'efficacité en fonction des territoires. Les dispositifs du bouquet ne semblent pas avoir une couverture géographique optimale, permettant de répondre à tous les besoins identifiés au regard de leur localisation.
Transformation de l'offre à visée inclusive (adulte)	• Dispositif d'emploi accompagné • SAMSAH • SSIAD/SPASAD • ESAT • Groupe d'entraide mutuelle	Les dispositifs relatifs à la transformation de l'offre à visée inclusive sur le champ adulte sont globalement dynamiques. Ils permettent notamment des accès à l'emploi, à l'autonomie, à la participation sociale favorisés pour les personnes accompagnées. Une grande partie des dispositifs semblent manquer toutefois de capacité d'accueil, créant des tensions et des listes d'attentes importantes. Il conviendra d'analyser la véracité de ce constat sur les dispositifs du champ adulte avec une analyse des capacités d'accueils des dispositifs et le remplissage de ces places.

BOUQUET TRANSFORMATION DE L'OFFRE À VISÉE INCLUSIVE (ENFANT)



Transformation de l'offre à visée inclusive (enfant)

Efficacité du dispositif

Amélioration du parcours apporté

Accélération de la généralisation

Recommandations (lisibilité, complémentarité)

Unité externalisée

- Les UEMA semblent réparties dans tous les départements.
- Le dispositif semble toutefois localisé sur certains territoires

- Le dispositif permet la scolarisation en milieu ordinaire, notamment sur les territoires présentant des problématiques de place

- La journée régionale des UEMA semble contribuer à la mise en œuvre du dispositif. Il pourrait être intéressant de répliquer ce modèle sur les UEEA.

- Les UEEA ne doivent pas recevoir systématiquement les enfants sortant des UEMA car cela ne favorise pas l'inclusion

DAME

- Le dispositif favorise nettement l'inclusion en permettant la scolarisation en milieu ordinaire mais peut induire des changements de lieu de scolarisation

- Le dispositif répond aux besoins des enfants, et favorise leur inclusion par le maintien des prestations médico-sociales pour des enfants scolarisés en milieu ordinaire.

- La région est proactive sur le sujet des DAME, avec un travail réalisé conjointement avec la DGCS, la DGSCO pour l'écriture du cahier des charges du dispositif

- Il semble judicieux de capitaliser sur le retour sur expérience du DITEP pour le développement des DAME puisqu'il s'agit d'un dispositif entièrement ancré dans la transformation de l'offre

Dispositif d'auto-régulation

- Les enfants accompagnés suivent un enseignement à temps plein en milieu ordinaire, leur permettant de s'intégrer
- Le dispositif est toutefois encore peu mature

- Le DAR permet de diversifier l'offre de scolarisation déjà existante afin de viser une scolarité à temps complet en classe ordinaire et non au sein d'une structure de scolarisation

- Une supervision des enseignants est opérée pour assurer le développement des compétences psycho-sociales, appui permettant une mise en œuvre plus efficiente du dispositif

- Il convient d'évaluer le dispositif et de développer sa mise en œuvre dans les autres départements de Centre-Val de Loire en s'appuyant sur le retour sur expérience du Cher et du Loiret

Equipe mobile d'appui à la scolarisation

- Les enseignants trouvent un intérêt fort pour ce dispositif sur des situations complexes.
- Il peut toutefois exister un manque de connaissance du dispositif de la part de certains acteurs

- Le dispositif apporte un soutien aux enseignants qui peuvent être démunis et permet également une meilleure coordination des acteurs autour de situations d'enfants complexes.

- La co-construction entreprise sur le dispositif là où il est déployé permettrait une meilleure adhésion des différents acteurs, et une meilleure connaissance du dispositif par les usagers

- Il semble pertinent de structurer la complémentarité des différents dispositifs avec une gradation territoriale de ceux-ci en fonction de la complexité des situations et afin d'accroître leur visibilité

BOUQUET TRANSFORMATION DE L'OFFRE À VISÉE INCLUSIVE (ADULTE)



Transformation de
l'offre à visée inclusive
(adulte)

Efficacité du dispositif

Amélioration du parcours
apporté

Accélération de la
généralisation

Recommandations (lisibilité,
complémentarité)

**Dispositif emploi
accompagné**

- Le DEA permet une intégration des personnes en situation de handicap dans l'emploi.
- Les opérateurs remplissent leurs objectifs de file active sur l'ensemble des départements

- La présence d'un référent réalisant le lien avec l'employeur permet un accompagnement facilitant l'accès à l'emploi pour la personne en situation de handicap

- Le dispositif semble avoir été construit de manière partenariale plutôt que concurrentielle, ce qui contribue à l'adhésion des acteurs à ce dispositif

- Il serait pertinent de fédérer l'ensemble des acteurs de l'inclusion professionnelle autour d'événements de partage pour favoriser la coordination des différentes parties prenantes

ESAT

- Un besoin en places semble s'exprimer dans la région. Une des difficultés porte sur les entrées, avec de grandes listes d'attente (analyse chiffrée à mener) pouvant traduire une rotation insuffisante

- Une sortie des bénéficiaires peut être possible vers des entreprises classiques avec une convention de sécurisation, ce qui contribuerait de manière importante à leur inclusion en milieu ordinaire

- Au regard de sa maturité, il ne semble pas pertinent de parler de généralisation du dispositif dans les territoires

- Il conviendrait de travailler sur la communication du dispositif et son champ d'action, pour permettre une meilleure lisibilité pour les personnes qui pourraient être accompagnées par celui-ci

SAMSAH

- Des files d'attente importantes semblent se dessiner en région, pouvant illustrer un manque de place pour ce dispositif totalement ancré dans l'inclusion

- Les dispositifs permettent de favoriser l'accès à l'emploi dans des entreprises classiques, ainsi que l'accès à un logement
- Ils permettent également des réévaluations de situation pour une meilleure orientation

- Les partenariats avec certaines institutions permettraient des partages d'informations sur les personnes accompagnées et un meilleur soutien (sur la recherche d'emploi par exemple)

- Une réflexion devrait être menée sur l'augmentation du nombre de places en SAMSAH, en lien avec le nombre de places en foyer de vie et les capacités des personnes accompagnées.

**Groupe d'entraide
mutuelle**

- Les GEM permettent de rompre l'isolement de personnes en situation de handicap
- La notification MDPH n'étant pas nécessaire, cela permet la participation de personnes non connues des MDPH aux GEM

- Le modèle proposé par le dispositif semble intéressant car il y a une véritable notion de lien social, favorisant l'inclusion des personnes accompagnées

- La pairaidance est au cœur du dispositif, ce qui favoriserait l'adhésion des usagers à celui-ci

- Il semble pertinent de poursuivre la mise en œuvre du dispositif