

Au terme des 5 ans de sa mise en œuvre, le Projet régional de Santé fait l'objet d'un bilan pour mesurer l'atteinte des objectifs fixés en 2018 et pour orienter nos futurs objectifs en matière de santé.

Bilan à 5 ans des objectifs opérationnels du Projet régional de Santé 2018-2022

Agence régionale de santé Centre-Val de Loire
Date : 30 juin 2022

Sommaire

1. Introduction	6
Contexte et enjeux	6
Organisation de la démarche bilan-évaluation du PRS 2	6
2. Bilan à 5 ans des objectifs opérationnels	7
Axe 1 : Inégalités sociales territoriales et environnementales de santé	8
Chapitre 01 : Coordination des politiques publiques - Inscrire la santé dans toutes les politiques publiques.....	9
Objectif opérationnel n°01 : Réduire les inégalités sociales territoriales et environnementales de santé en renforçant la coordination des politiques publiques au plus près des besoins des populations.	9
Chapitre 02 : Inégalités environnementales - Favoriser la prise en compte des déterminants environnementaux de santé dans les politiques territoriales	14
Objectif opérationnel n°02 : Favoriser la prise en compte des déterminants environnementaux de santé dans les politiques territoriales	14
Chapitre 03 : Agir précocement - 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	17
Objectif opérationnel n°03 : 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	17
Axe 2 : Accès au système de santé	19
Chapitre 04 : Prévention-promotion de la santé - Donner à chacun les moyens de prendre en compte et de piloter son capital santé	20
Objectif opérationnel n°04 : Donner à chacun les moyens de prendre en compte et de piloter son capital-santé.....	20
Objectif opérationnel n°05 : Préserver une équité de chances en matière de prévention	25
Chapitre 05 : Personnes vulnérables – démunies / PRAPS - Adapter l'offre aux besoins des publics cibles.....	30
Objectif opérationnel n°06 : Mieux connaître les personnes les plus éloignées du système de santé.....	30
Objectif opérationnel n°07 : Adapter les structures, les dispositifs et les pratiques professionnelles.....	33
Objectif opérationnel n°08 : Prévenir les situations de rupture	37
Chapitre 06 : Evolution de l'offre sanitaire	40
Objectif opérationnel n°09 : Soutenir et promouvoir la structuration des soins primaires	40
Objectif opérationnel n°10 : Organiser la réponse ambulatoire et hospitalière aux besoins de soins non programmés.....	43
Objectif opérationnel n°11 : Optimiser le parcours de l'utilisateur et sa bonne orientation	50
Objectif opérationnel n°12 : Garantir une gradation de l'offre de soins pour assurer un maillage adapté et sécurisé	54
Chapitre 07 : Évolution de l'offre sanitaire	64
Objectif opérationnel n°13 : Adapter l'offre de soins à l'évolution des pratiques professionnelles et aux besoins des usagers	64

Objectif opérationnel n°14 : Favoriser l'inclusion tout au long de la vie - PH	68
Objectif opérationnel n°14 : Favoriser l'inclusion tout au long de la vie – PA	71
Objectif opérationnel n°15 : Améliorer l'équité dans la répartition de l'offre médico-sociale – PH...	79
Objectif opérationnel n°15 : Améliorer l'équité dans la répartition de l'offre médico-sociale - PA....	80
Objectif opérationnel n°16 : Anticiper les risques de rupture dans les parcours de santé – PH	84
Objectif opérationnel n°16 : Anticiper les risques de rupture dans les parcours de santé – PA	89
Chapitre 08 : Evolution de l'offre de biologie médicale - Pérenniser le maillage harmonieux des sites de biologie médicale.....	97
Objectif opérationnel n°17 : Adapter les conditions d'exercice des professionnels à leurs attentes, pour renforcer l'attractivité régionale	97
Chapitre 09 : Attractivité des territoires pour les professionnels de santé.....	99
Objectif opérationnel n°18 : Agir sur les modalités de formation pour renforcer l'attractivité.....	99
Objectif opérationnel n°19 : Inciter les professionnels de santé à s'installer en Région Centre-Val de Loire.....	103
Objectif opérationnel n°20 : Adapter les conditions d'exercice des professionnels à leurs attentes, pour renforcer l'attractivité régionale	109
Chapitre 10 : Innovation en santé Relance de la conception d'un écosystème favorable à l'innovation et démarrage opérationnel des premiers projets Article 51	112
Objectif opérationnel n°21 : Mettre en œuvre un écosystème régional pour favoriser l'accès à l'innovation en santé	112
Axe 3 : Efficience du système de santé	121
Chapitre 11 : Pertinence du recours au système de santé La pertinence du recours au système de santé comme levier de qualité de la prise en charge des usagers du système de santé de la région Centre-Val de Loire.....	122
Objectif opérationnel n°22 : Améliorer la pertinence des prescriptions de transports.....	122
Objectif opérationnel n°23 : Améliorer la pertinence des actes en réduisant la variation des pratiques	127
Objectif opérationnel n°24 : Réduire l'iatrogénie médicamenteuse évitable.....	132
Chapitre 12 : Qualité et sécurité du système de santé Favoriser la déclaration et l'analyse des événements indésirables par une analyse approfondie des difficultés	137
Objectif opérationnel n°25 : Promouvoir et favoriser la déclaration et le traitement des événements indésirables	137
Objectif opérationnel n°26 : Assurer l'analyse approfondie des EIGAS (Evènements indésirables graves associés aux soins)	137
Chapitre 13 : Gestion des situations exceptionnelles Dispositif ORSAN d'organisation de la réponse du système de santé en cas de situation sanitaire exceptionnelle (SSE).....	145
Objectif opérationnel n°27 : Définir les modalités d'adaptation continue du système de santé à la survenue d'une situation sanitaire exceptionnelle	145
Axe 4 : Continuité des parcours de santé	148
Chapitre 14 : Organisation des fonctions d'appui pour la coordination des parcours de santé complexes	149

Objectif opérationnel 28 : Organiser une réponse graduée aux professionnels pour les personnes relevant d'un parcours de santé complexe.....	149
Chapitre 15 : Systèmes d'information et télémédecine pour coordonner les parcours de santé.....	153
Objectif opérationnel n°29 : Développer l'usage des outils numériques par les professionnels de santé.....	153
Objectif opérationnel n°30 : Déployer des services numériques centrés sur l'utilisateur.....	156
Objectif opérationnel n°31 : Développer les services et les usages de la télémédecine pour un accès aux soins des patients.....	158
Chapitre 16 : Coopération entre professionnels de santé.....	161
Objectif opérationnel n°32 : Développer les outils de coopérations entre professionnels de santé	161
Objectif opérationnel n°33 : Déployer la pratique avancée au sein de la profession infirmière.....	164
Chapitre 17 : L'utilisateur, acteur de sa santé.....	167
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.....	167
Objectif opérationnel n° 35 - Améliorer la coordination des politiques en faveur des aidants sur chaque territoire de santé.....	176
Objectif opérationnel n° 36 - Développer une offre territorialisée pour le soutien et l'accompagnement des aidants.....	179
Parcours spécifiques.....	184
Parcours « PERSONNES AGEES ».....	185
Objectif opérationnel n°37 : Repérer de façon précoce les personnes âgées fragiles afin d'éviter ou retarder la perte d'autonomie.....	185
Parcours « HANDICAP ».....	191
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	191
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.....	196
Parcours « AUTISME ».....	200
Objectif opérationnel n°40 : Renforcer l'efficacité du diagnostic et de l'accompagnement précoce de l'autisme.....	200
Objectif opérationnel n°41 : Accompagner les parcours institutionnels, scolaires et universitaires	201
Objectif opérationnel n°42 : Proposer un accompagnement personnalisé et adapté aux besoins ..	205
Parcours « CANCER ».....	209
Objectif opérationnel n°43 : Améliorer les conditions de sortie d'hospitalisation des patients porteurs de cancer.....	209
Objectif opérationnel n°44 : Assurer un parcours de santé adapté aux types de cancer et aux réalités du territoire.....	212
Parcours « ADDICTION ».....	217
Objectif opérationnel n°45 : Développer une culture de la prévention, collective et individuelle ...	217

Objectif opérationnel n°46 : Développer une culture de la réduction des risques et des dommages des conduites addictives et favoriser sa mise en œuvre	222
Objectif opérationnel n°47 : Développer une culture du lien pour favoriser les soins et l'accompagnement	228
Parcours « SANTE MENTALE »	232
Objectif opérationnel n°48 : Développer le repérage et la prise en charge précoce des troubles psychiques	232
Objectif opérationnel n°49 : Promouvoir un parcours de santé et de vie	235
Objectif opérationnel n°50 : Organiser la continuité du parcours de santé	238
Permanence des soins en établissements de santé (PDSES)	241
3. Perspectives pour le futur PRS 2023-2028	245

1. Introduction

Contexte et enjeux

Le Projet Régional de Santé (PRS) détermine les priorités de la politique de Santé pour améliorer le parcours de santé de la population, aussi bien dans les champs de la prévention, l'hospitalier, l'ambulatoire et le médico-social.

Co-construit avec l'ensemble des acteurs de santé, le Projet régional de santé de deuxième génération (PRS 2) a été mis en place en 2018 pour définir la politique régionale de Santé de la région Centre-Val de Loire. Il porte une vision stratégique fondée sur l'offre régionale, ses atouts, ses dynamiques et ses fragilités, mais aussi sur les attentes des citoyens et les évolutions démographiques, technologiques et médicales attendues.

3 grandes orientations fondent le PRS de deuxième génération :

- Permettre à la population de vivre plus longtemps et en meilleure santé,
- Favoriser la qualité de vie et l'inclusion des personnes malades, en situation de handicap ou en perte d'autonomie,
- Réduire les inégalités sociales, territoriales, environnementales de santé afin de renforcer l'accès aux soins.

Ces orientations soulignent les ambitions fortes du PRS pour améliorer l'état de santé de la population en Centre-Val de Loire. Elles se traduisent par :

- Des politiques de prévention, dès le plus jeune âge et tout au long de la vie,
- L'amélioration de l'organisation de l'offre et de l'accès aux soins de premier recours,
- L'amélioration des parcours de santé et de vie des personnes âgées et celles en situation de handicap,
- Le développement des prises en charge coordonnées.

L'adaptation de cette offre régionale de santé trouve sa déclinaison opérationnelle dans le schéma régional de santé construit autour de quatre axes majeurs :

- La lutte contre les inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé,
- L'accès au système de santé,
- L'efficacité du système de santé,
- La continuité des parcours de santé.

À l'aube de la mise en place du futur PRS 3, un bilan du PRS de deuxième génération est réalisé. Ce dernier concerne les objectifs opérationnels du schéma régional de Santé 2018-2022 et le programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) 2018-2022.

Organisation de la démarche bilan-évaluation du PRS 2

Depuis 2018, la mise en œuvre du Schéma régional de santé (SRS) a été participative et a impliqué l'ensemble des acteurs de la région et des territoires de démocratie en santé.

Au terme des 5 ans de mise en œuvre, une évaluation doit être réalisée pour permettre de mesurer l'impact sur l'état de santé de la population.

Deux modalités de réalisation :

- Un bilan retraçant les principales réalisations atteintes au regard des objectifs opérationnels fixés dans le SRS, ainsi que les limites rencontrées le cas échéant.

Des indicateurs de résultat ont été définis pour suivre l'avancée de l'objectif. Lorsque la donnée n'a pu être disponible lors du bilan, l'indicateur a été neutralisé dans la fiche correspondant à l'objectif opérationnel concerné.

- Une évaluation externe du PRS complémentaire, sous la forme d'une démarche évaluative plus globale et centrée sur 4 thèmes retenus conjointement avec la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) :
 - ✓ Soutien à l'accès aux soins,
 - ✓ Parcours personne âgée,
 - ✓ Parcours personne en situation de handicap et autisme,
 - ✓ Parcours cancer.

Les modalités de cette évaluation ont été définies dans un cahier des charges. Cette évaluation a été réalisée par le cabinet Cap Gemini missionné pendant six mois. Les conclusions de ces travaux thématiques sont accessibles sur la page internet de l'Agence dédiée au bilan du PRS 2.

La démarche bilan-évaluation du PRS 2 a été rythmée par les échanges avec les partenaires, notamment avec la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA). Les résultats seront partagés avec les acteurs ayant participé à sa réalisation.

La crise sanitaire liée à la Covid-19 a créé un contexte particulier qui a ralenti et accéléré certaines actions du PRS 2.

Les bilans ci-dessous sont réalisés sur les 50 objectifs opérationnels du Schéma régional de santé 2018-2022 répartis en 23 chapitres et 6 parcours spécifiques répartis en 4 axes transversaux.

Nos remerciements vont à tous les acteurs qui ont participé à la mise en œuvre des objectifs et à toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce bilan.

2. Bilan à 5 ans des objectifs opérationnels

Le bilan à 5 ans des 50 objectifs opérationnels du Schéma régional de santé 2018-2022 est présenté ci-dessous par axe et par chapitre. Il a été réalisé sur l'hiver-printemps 2022.

Axe 1 : Inégalités sociales territoriales et environnementales de santé

Chapitre 01 : Coordination des politiques publiques - Inscrire la santé dans toutes les politiques publiques

Objectif opérationnel n°01 : Réduire les inégalités sociales territoriales et environnementales de santé en renforçant la coordination des politiques publiques au plus près des besoins des populations.

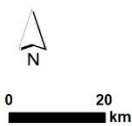
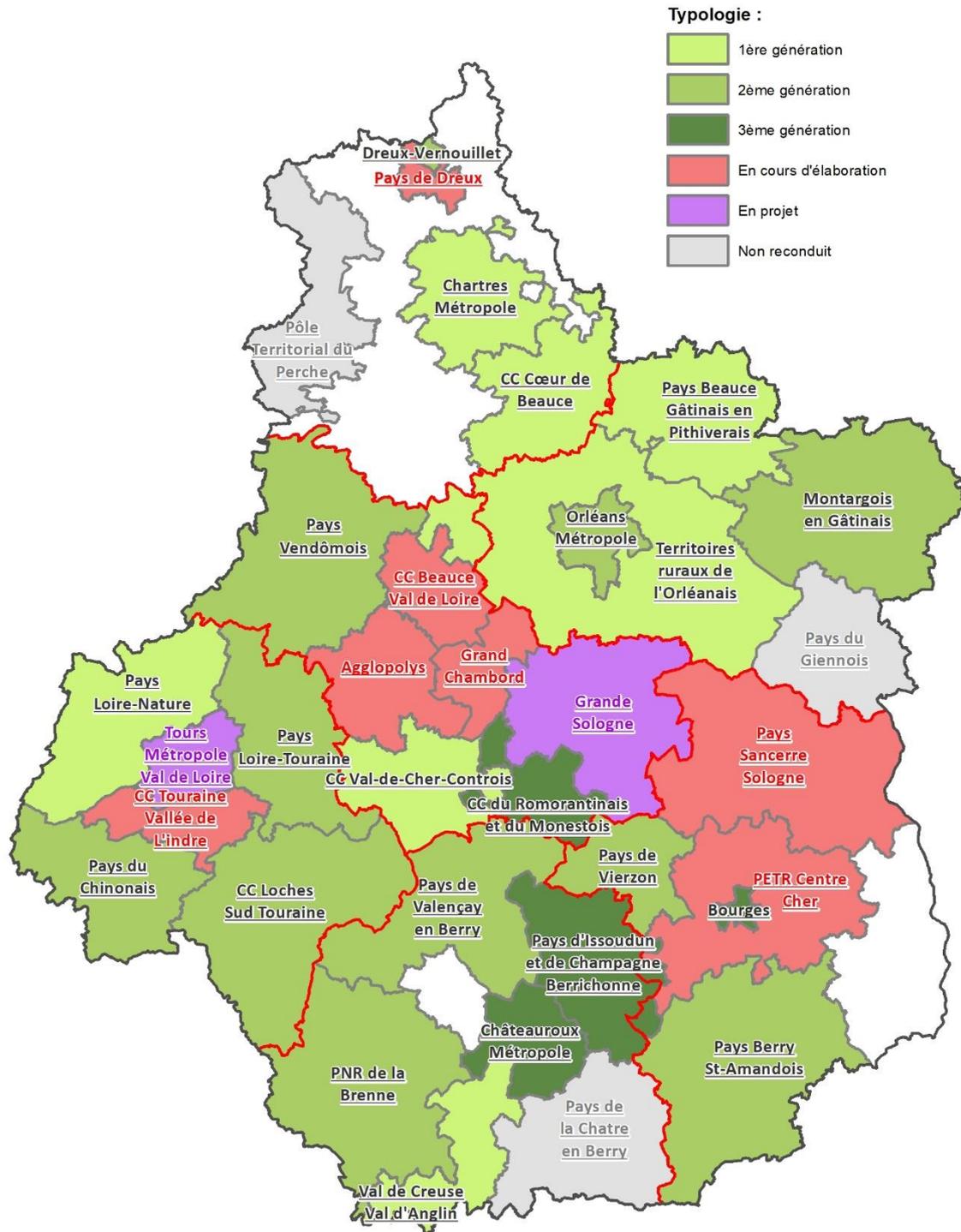
1. Analyse de la mise en œuvre de l'objectif opérationnel

L'objectif fixé de couverture à 100% de la région par un Contrat local de santé (CLS) ne semble pas atteignable. Le déploiement des CLS repose en effet sur la volonté des élus, qui changent en fonction de leurs mandats. Plusieurs territoires ont ainsi mis en place un CLS puis n'ont pas souhaité le renouveler à son terme. Par ailleurs, il reste des imprécisions dans le calcul de cet indicateur (CLS signés ou en projet). Il convient de déterminer un critère précis pour catégoriser un CLS « en projet ». L'indicateur en 2016 a ainsi pris en compte la démarche de la métropole de Tours qui n'a finalement pas donné suite. L'indicateur est donc reparti à la baisse pour les années suivantes, ce qui explique sa faible progression.

Les CLS élaborés au cours de la période du PRS 2 ont bien pris en compte les éléments de l'évaluation qui avait été réalisée en 2017, notamment le nombre d'axes et d'actions a bien été resserré dans les CLS renouvelés.

Les CPTS se sont développées durant cette période. Le lien entre les CLS et CPTS est variable selon les territoires et peut constituer un levier comme un frein en fonction de l'articulation en place.

Les contrats locaux de santé (CLS)



Réalisation : ARS Centre-Val de Loire - Avril 2022

Source : ARS Centre-Val de Loire - IGN ©

2. Réalisation d'actions

a) Faits marquants

- Elaboration d'un guide méthodologique des CLS avec l'ensemble des partenaires.
- Animation régionale du réseau des CLS par la FRAPS : organisation de 2 réunions annuelles en 2018 et 2019 puis de réunions mensuelles en 2020 et 2021.
- Augmentation de la subvention annuelle allouée pour la coordination d'un CLS (de 15 000 à 25 000€).
- Elargissement du travail d'étude de l'ORS aux évaluations de CLS, en plus des diagnostics.

b) Chiffres clés

- 24 CLS signés en cours et 4 en cours d'élaboration.
- 494 396 € alloués par l'ARS sur le FIR prévention en 2021 correspondant à 26 postes de coordinateurs de CLS bénéficiaires.
- 60% de la population couverte par un CLS signé, 76% par un CLS signé ou en projet.
- (Cf : cartographie figurant ci-dessus).

3. Indicateurs d'évaluation

N°	Intitulé indicateur d'impact	Valeur initiale 2016	Valeur cible à 5 ans	Valeur actuelle /la plus récente connue
1	Pourcentage de la population couverte par un CLS signé ou en cours d'élaboration	68%	100%	76%
2	Mise en œuvre et évaluation d'une expérimentation sur au moins un territoire	0	1	0

4. Bilan/tendance de la réalisation de l'objectif dans les départements de la région

La démarche est intégrée par les DD ARS qui sont de plus en plus autonomes dans la négociation préalable avec les élus puis dans l'accompagnement du territoire pour l'élaboration d'un CLS.

Certains départements sont arrivés à une couverture presque totale par les CLS. D'autres départements ont eu plus de difficultés mais le déploiement tend à s'accélérer dans des territoires jusqu'ici difficiles à convaincre (18,28,41).

Si la dynamique de déploiement régional est toujours importante et la démarche CLS bien intégrée dans certains territoires, on constate cependant une certaine difficulté dans d'autres : turn-over importants des coordinateurs, non-reconduction du CLS, élus non-sensibilisés à la promotion de la santé...

Un enjeu pour les prochaines années est celui de la bonne articulation à prévoir entre le CLS, les CPTS et les autres dispositifs territoriaux (DAC, CLSM, PTSM, GHT...)

Les freins à la consolidation de la démarche sont liés notamment à la sensibilisation des élus à la promotion de la santé : Des opérations de plaidoyer auprès des élus doivent être renforcées notamment en s'appuyant sur la question de l'urbanisme favorable à la santé.

Concernant l'objectif de mise en œuvre et évaluation d'une expérimentation la DD 18 avait manifesté son intérêt fin 2019 pour y travailler. Cependant cet objectif n'a pu être atteint en raison de la crise sanitaire en 2020 et 2021 et de l'implication pleine et entière des équipes de l'ARS. Néanmoins, le déploiement de la mesure 27 du Ségur de la Santé a permis de mettre à disposition des moyens financiers pour expérimenter des programmes innovants et impactants visant à lutter contre les inégalités de santé et coordonner les politiques publiques. Un certain nombre de projets ont été retenus et financés en 2021 dans les territoires dont il conviendra de suivre particulièrement l'avancée.

5. Conclusion et commentaires

Dans le futur schéma régional, cet objectif sera à modifier car l'objectif quantitatif de 100% n'est pas réalisable.

Les actions à venir seront notamment de :

- Sensibiliser / former les agents ARS aux enjeux et rôles des dispositifs territoriaux de santé (CLS, CPTS...).
- Poursuivre la montée en compétence des coordinateurs, notamment grâce à la formation PACTE proposée par l'EHESP.
- Travailler sur le plaidoyer vers les élus en matière de promotion de la santé liée avec l'urbanisme favorable à la santé.
- S'appuyer davantage sur les CLS dans la mise en œuvre du Service sanitaire.

6. Quelques exemples d'actions / chiffres clés dans les départements

Cher :

- 3 CLS en fonctionnement : Bourges /Vierzon/ Pays Berry St Amandois.
- 1 CLS PETR signature 2022.
- 1 CLS Sancerre et Sologne en cours de diagnostic ORS.
- Seul L'EST du département restera à couvrir pour atteindre les 100% du territoire.
- La crise sanitaire a permis un rapprochement auprès des élus pour une implication plus forte dans le domaine de la Santé. La loi 3DS ne pourra que conforter dans ce sens.
- La consolidation de l'implication d'autres dispositifs (DAC/PTSM/CPTS/...) dans les CLS est effectif. IL existe une co construction dans les actions du territoire : 1 000 premiers jours, prévention dépistage diabète ...
- 3 CLS du département ont bénéficié de crédits dans le cadre de l'appel à manifestation d'intérêt (AMI).

Indre :

- 5 CLS signés : dont 3 renouvelés en 2021.
- CPTS des territoires signataires des CLS – CTS signataire des CLS.
- CLS de Châteauroux-métropole (14 communes – 76.000 habitants) : CLS de troisième génération signé le 21 septembre 2021.
- *Un CLS non renouvelé : CLS du Pays de La Châtre en Berry (50 communes – 32.000 habitants) : CLS de première génération, signé le 23 mars 2018 – non renouvelé en 2021.*

1^{er} Focus :

- Action « passerelle – la santé autrement » soutenue dans le cadre de l'AMI Inégalités de santé.

- CLS du Parc Naturel Régional de la Brenne seconde génération signé le 08 novembre 2021 (51 communes – 32.688 habitants) (Signature le 23 mai 2016) (évaluation en 2019 et réécriture en 2020/2021).

2^{ème} Focus :

- Deux projets soutenus dans le cadre de l'AAP 1000 premiers jours.
- Une Action financée dans le cadre AMI Inégalités de santé, projet portée par une maison sort santé labellisée début d'année 2022.
- CLS du Pays du Valençay en Berry (51 communes – 32.000 habitants) : CLS de seconde génération signé le 29 septembre 2021.

Indre-et-Loire :

- Une bonne appropriation par les partenaires et par les collectivités territoriales de l'enjeu des CLS et de la nécessité d'inscrire le travail dans la durée avec le renouvellement de tous les CLS et sur des durées qui tendent vers les 5ans.
- L'inscription de nouvelles dynamiques :
 - Des territoires rentrent dans la contractualisation (CC Touraine Vallée de l'Indre, réflexion en cours sur la Métropole)
 - Un accompagnement rapproché des coordinatrices par la DDARS pour renforcer l'échanges de pratiques et intégrer les enjeux ARS dans le déploiement des programmes des CLS (développement de la réflexion autour de la santé environnement, sur la thématique des 1000 premiers jours).
- Le lien avec les CPTS est encore à construire ainsi que le rôle de chacun.
- A l'issue du prochain PRS, il peut être envisagé une couverture du département de 100%.

Loir-et-Cher :

- Augmentation de la couverture du département par la création de nouveaux CLS :
- CLS sur la CC Val de Cher Controis 2019-2023 avec un co-financement de la CAF,
 - Élargissement du CLS de Blois à l'échelle communautaire pour une signature en avril 2023,
 - Signature d'un CLS 3ème génération sur le CLS du Romorantinais et Monestois,
 - Construction d'un CLS sur la CC de Grand Chambord, avec également un co-financement et plan d'actions sur la jeunesse et la parentalité.
- Difficultés de mise en application des fiches actions des CLS dues à la mobilisation des coordonnateurs CLS sur la crise sanitaire. Il n'empêche que la crise Covid-19 a permis une meilleure connaissance et partage d'informations entre les acteurs du territoire et les coordonnateurs. La création des CPTS dans le paysage a suscité des repositionnements sur les attendus des CLS et occasionne de nouvelles coopérations de travail.

Loiret :

- Sur les 5 territoires couverts par des CLS, l'état des lieux est le suivant :
 - Poursuite du CLS de la Métropole orléanaise (pilote désormais par la Métropole (EPCI) depuis fin 2021 (potage ville de Fleury-les-Aubrais entre 2016 et 2021) avec changement de coordinatrice.
 - Arrêt du CLS Giennois été 2021 (volonté politique).
 - Devenir du CLS des territoires ruraux de l'orléanais : son périmètre géographique est en discussion.
 - CLS Pithiverais fonctionne.
 - CLS Montargois : turn over sur le poste de coordination.
- Travail encore à mener de sensibilisation des élus à la prévention et promotion de la santé et manque de clarté et d'articulation entre CLS/CPTS/et autres dispositifs existants

Chapitre 02 : Inégalités environnementales - Favoriser la prise en compte des déterminants environnementaux de santé dans les politiques territoriales

Objectif opérationnel n°02 : Favoriser la prise en compte des déterminants environnementaux de santé dans les politiques territoriales

1. Analyse de la mise en œuvre de l'objectif opérationnel

La réduction des inégalités territoriales et environnementales de santé est une priorité, traduite dans le Plan d'action régional santé environnement (PRSE 3). Ce plan est porté conjointement par l'ARS, la préfecture de Région au travers de la Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DREAL) notamment et le Conseil régional. Sur les 34 actions inscrites dans ce plan, 12 sont pilotées ou co-pilotées par l'ARS. Les actions ainsi portées par l'ARS ont été à date partiellement mises en œuvre avec 10 actions sur 12 ayant un taux de réalisation $\geq 50\%$. Cependant, deux actions n'ont pu être initiées, leur taux de réalisation étant inférieur à 20%. Il s'agit des actions ayant trait à la sensibilisation des maires sur les risques sanitaires liés aux puits privés et à la réalisation d'études d'impact en santé. Dans le cadre de l'action relative aux puits privés, le copilotage ARS/DDT et la mobilisation très inégale des six DDT n'a pas permis de mener l'action à son terme, le projet de courrier pour sensibiliser les maires aux risques liés aux puits privés n'ayant pas pu être distribué. En ce qui concerne l'action sur les études d'impact en santé, le contexte Covid-19, et le manque de communication de cette action couplée à l'absence d'outils et/ou de financement associés apportés aux collectivités ont eu comme effet de freiner l'intérêt de ces dernières à participer à ces études.

Le bilan des actions portées par l'ARS fera partie de l'évaluation de l'ensemble des actions du PRSE3 dont la validation aura lieu lors du prochain Groupe régional santé environnement (GRSE). Le bilan global du PSE3 comprend des éléments d'explication sur la mise en œuvre des actions prévues, et des pistes de réflexion quant aux points forts et axes d'amélioration du PRSE3. Les principales remarques de bilan sont :

- Principales causes identifiées relatives aux actions les moins réussies :
 - Problématique du contexte sanitaire avec la Covid-19 : actions retardées voire non abouties ;
 - Manque de moyens : humains (désistements, départs non remplacés), matériels, financiers ;
 - Contraintes partenariales (consensus non trouvé...)
- Point commun concernant les actions plus réussies :
 - Actions permettant un réel lieu d'échange, entre public/professionnels concourant à sensibiliser de façon durable sur des thématiques santé-environnement: Conseillers en environnement intérieur, Défi famille à alimentation positive, journée de sensibilisation des professionnels du bâtiment à la qualité l'air intérieur ...

2. Réalisation d'actions

a) Faits marquants

L'ARS a porté avec la DREAL et le Conseil Régional l'animation du PRSE3. Parmi les actions prioritaires du PRSE3 pilotées par l'ARS et qui ont été finalisées, les deux actions suivantes peuvent être citées pour illustrer le travail de l'ARS :

- Une action sur la qualité de l'air intérieur qui visait à pouvoir faire bénéficier chaque habitant de la région Centre-Val de Loire qui souffre de pathologies respiratoires de la visite d'une conseillère en environnement intérieur. Ces visites ont pour objectif de réaliser un diagnostic d'exposition environnementale au domicile. Des conseils de prévention, et des actions d'éviction ciblées et personnalisées sont proposés lors de la visite. Grâce à un partenariat avec la Mutualité Française, tous les départements de la région sont désormais couverts par le dispositif.
- Une action auprès des collectivités concernant l'inscription d'actions santé-environnement au sein des CLS. Actuellement, 19 CLS, répartis sur l'ensemble des six départements de la région (sur 23 CLS signés), ont un volet santé-environnement. Les sujets portés dans les CLS témoignent d'une multitude d'actions pouvant être déclinées par les collectivités, portant sur le logement, l'eau potable, l'ambroisie, le radon, la qualité de l'air intérieur, ...

b) Chiffres clés (taux d'avancement en %)

N° d'action	Titre et taux d'avancement (en %)	
Action 7	Impliquer les gestionnaires des établissements recevant de jeunes enfants dans la mise en œuvre de la réglementation amiante et les problématiques plomb et bruit	80%
Action 8	Améliorer la qualité de l'air intérieur au domicile des personnes vulnérables	100%
Action 17	Endiguer la progression de l'ambroisie	50%
Action 18	Prévenir les risques sanitaires liés à la faune sauvage	50%
Action 19	Promouvoir et accompagner la mise en place de plans de gestion de la sécurité sanitaire des eaux destinées à la consommation humaine	90%
Action 20	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	13%
Action 21	Protéger de manière efficace les captages d'eau potable	90%
Action 27	Engager, sur la base du volontariat, la mise en place d'Etudes d'impact sur la santé (EIS) à l'échelle d'un quartier permettant d'intégrer au mieux les enjeux sanitaires et environnementaux	20%
Action 28	Identifier des territoires, mettre en place des outils, et identifier une méthodologie en vue de préparer la réalisation d'études de multi-expositions	75%
Action 31	Sensibiliser le public et les acteurs au concept d'environnement favorable à la santé	50%
Action 32	Inciter au développement d'actions santé-environnement sur les territoires des contrats locaux de santé	100%
Action 33	Valoriser des actions locales, projets innovants ou autres actions en santé environnementale	100%
Avancement total des actions ARS dans le PRSE3		68,2%

3. Indicateurs d'évaluation

N°	Intitulé indicateur d'impact	Valeur initiale 2016	Valeur cible à 5 ans	Valeur actuelle /la plus récente connue
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%	68,2%

4. Bilan/tendance de la réalisation de l'objectif dans les départements de la région

Les actions portées par l'ARS ont été déclinées de façon variable dans les départements. Certaines actions ont été davantage portées par le niveau régional (élaboration d'un document sur l'urbanisme favorable à la santé, élaboration du partenariat avec la Mutualité Française pour les interventions des conseillers médicaux en environnement intérieur). En revanche, d'autres actions ont été complètement intégrées et déclinées en département. C'est le cas notamment de deux actions qui ont été bien relayées en département, malgré la pleine mobilisation des services des délégations départementales pour la gestion de la crise Covid-19 : Il s'agit de la mise en œuvre des Plans de Gestion de Sécurité Sanitaire des Eaux, dont les DD ont accompagné les collectivités concernées, et de la mise en place d'actions santé-environnement dans les CLS, qui ont été favorisées par les plaidoyers portés par les équipes en département.

5. Conclusion

Les actions du PRSE3 font l'objet d'un suivi et d'un bilan par ailleurs, consolidé avec l'ensemble des partenaires du PRSE3. Il n'y a pas nécessairement de plus-value à faire ce double suivi PRSE/PRS. Cependant la déclinaison du PRSE4 sous formes d'actions innovantes en santé environnement, transversales à d'autres missions portées par l'ARS seront développées et intégrées dans le PRS3. Il s'agit en particulier de la thématique « environnement favorable à la santé à l'hôpital et dans les établissements médico-sociaux ».

Chapitre 03 : Agir précocement - 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

Objectif opérationnel n°03 : 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

1. Analyse de la mise en œuvre de l'objectif opérationnel

La structuration du parcours coordonné du repérage à la prise en charge pour les enfants présentant un trouble du neuro-développement de 0 à 6 ans révolu par le déploiement d'une plateforme de coordination et d'orientation par département a mis en évidence au 31/12/2021 que les 6 PCO fonctionnent :

- 1 plateforme PCO fin 2019
- 5 plateformes PCO en 2021

Le parcours est structuré selon la Stratégie Nationale Autisme-TND.

Facteur encourageant : l'implication d'un grand nombre des partenaires concernés du territoire (sanitaires et médico-sociaux, professionnels libéraux) dans le fonctionnement des PCO.

Difficultés rencontrées :

- Contraintes organisationnelles et fonctionnelles liés à la désertification des professionnels de santé.
- Harmonisation des critères nécessaires au bilan annuel et délais de prises en charge par les équipes de diagnostic précoce (travail en cours ARS-équipes).
- Impossibilité d'évaluation de la plus-value des PCO à ce jour car elles sont en période de montée en charge et l'ancien circuit de prise en charge des enfants existe encore en parallèle.

2. Réalisation d'actions

a) Faits marquants

- En septembre 2019 : Ouverture à titre « expérimental » de la 1^{ère} PCO sur le département de l'Indre.
- Appui au déploiement des plateformes.
- Financement de sensibilisation à l'autisme à destination des professionnels dans certains départements.

b) Chiffres clés

Au 01/01/2022, depuis l'ouverture de la première PCO (2019), 710 enfants de la région ont été repérés et orientés vers les PCO. 596 d'entre eux sont entrés dans le parcours (soit environ 84% des enfants repérés). Certains ont été recusés, leurs troubles n'étant pas liés aux TND, les autres sont en attente de la validation de leur parcours.

Cette analyse ne porte que sur l'activité des PCO. Certaines structures préexistantes aux PCO qui pratiquent des évaluations des troubles et des besoins (CAMPS, CMP, CMPP, équipes de diagnostic précoce) continuent à admettre des enfants directement sans passage par les PCO.

3. Indicateurs d'évaluation

N°	Intitulé indicateur d'impact	Valeur initiale 2016	Valeur cible à 5 ans	Valeur actuelle / la plus récente connue
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 %	La formation de la 1 ^{ère} ligne (médecins généralistes et professionnels PMI) est une mission des plateformes. Cette mission est en cours de déploiement dans la région. Au niveau national : des formations ont été développées ainsi que des actions de sensibilisation au parcours TND par les Délégués Assurance Maladie (DAM) des CPAM.
2	Taux d'enfants ayant été repérés qui bénéficient d'une prise en charge effective des troubles suspectés	-	100 %	Plus de 84 % : ce taux représente le pourcentage des enfants adressés aux PCO qui sont entrés dans le parcours de prise en charge au sein de la plateforme.
4	Taux d'enfants ayant été repérés avant l'âge de 7 ans	-	100 %	Taux non pertinent compte tenu de l'ouverture récente des plateformes.
5	Taux de CPTS coopérant avec les services de PMI	0 %	75 %	Non évalué.

4. Bilan/tendance de la réalisation de l'objectif dans les départements de la région

Peu de PCO ont une année entière de fonctionnement. Les PCO sont en montée en charge. Elles sont toutes en cours d'amélioration de leur structuration et en cours de montée en charge de leur activité.

5. Conclusion et commentaires

Dans le futur SRS, il sera proposé de maintenir à l'identique avec le même intitulé de l'objectif : Réduire les inégalités d'accès à la prévention, au repérage et à la prise en charge précoce des TND 0-6 ans.

Dans le cadre de continuité du parcours :

- Les PCO 0-6 ans doivent devenir l'unique porte d'entrée pour l'évaluation, le diagnostic et le début de la prise en charge rééducative (parcours coordonné) de tous les enfants repérés.
- Les listes d'attente d'entrée dans le parcours doivent être suivies avec vigilance.
- Une attention particulière doit être portée sur le devenir des prises en charge des enfants au sortir du parcours coordonné de la PCO.
- Le déploiement des PCO 7-12 ans nécessite une vigilance pour la période de transition 6-7 ans.

6. Quelques exemples d'actions / chiffres clés de délégations départementales

Eure-et-Loir :

- Mise en place opérationnelle de la PCO 28 en décembre 2021.
- Création d'une antenne CAMSP sur Pithiviers, territoire non couvert.
- Actions hors les murs du CAMSP CHRO en lien avec les services de conseil départemental sur le nord d'Orléans pour faciliter l'accès aux soins : démarrage fin 2021.



Axe 2 : Accès au système de santé

Chapitre 04 : Prévention-promotion de la santé - Donner à chacun les moyens de prendre en compte et de piloter son capital santé

Objectif opérationnel n°04 : Donner à chacun les moyens de prendre en compte et de piloter son capital-santé

1. Analyse de la mise en œuvre de l'objectif opérationnel

Structuration de l'Instance régionale d'éducation pour la santé (IREPS) portée par la fédération régionale des acteurs en promotion de la santé (FRAPS) :

- Fusion au 01/01/2020 des structures départementales pour composer une IREPS régionale pilotée par un coordinateur régional.
- Réalisation d'un audit dès le 1^{er} trimestre 2020 de l'IREPS par un prestataire extérieur.
- Signature d'une nouvelle convention pluriannuelle avec l'ARS en mai 2021.

L'IREPS a vocation à porter l'expertise régionale en matière de prévention et promotion de la santé, tant pour accompagner l'ARS dans la recherche et la mise en œuvre de référentiels, que pour soutenir l'action des directions départementales de l'ARS, dans la fixation des priorités départementales et des moyens de les mettre en œuvre.

- Démarche en cours de renforcement de la professionnalisation des promoteurs en recourant aux actions probantes et prometteuses (déploiement en milieu scolaire du programme Unplugged en articulation avec le Rectorat, la MSA, la MILDECA, CIRE/santé publique France)
- Priorité des subventions PPS :
 - Aux conventions pluriannuelles (4 ans) entre l'ARS et les opérateurs de PPS afin de poursuivre les projets sur une période permettant une première évaluation pertinente,
 - Au développement des compétences psychosociales et aux Interventions précoces : Parentalité - Stratégie des 1000 premiers jours) / intervention CM1-CM2,
 - Au déploiement des programmes probants/prometteurs en s'appuyant sur les compétences et savoir-faire des opérateurs régionaux et si besoin sur leur montée en compétence,
 - En faveur de projets ciblés (publics prioritaires), pluri institutionnels, territorialisés (en faveur des territoires en situation de désavantage) et répondant à un objectif précis de santé publique.

Exemple : En 2022, dans le cadre de la feuille de route cancer, mise en œuvre d'une stratégie globale en faveur de certains territoires du Cher et de l'Indre connaissant des taux de cancer supérieurs à la moyenne régionale, cancers qui trouvent leur origine dans plusieurs déterminants (addictions alcool, tabac, insuffisance d'activité physique, obésité, exposition au radon, populations précaires, densité faible en professionnels de santé). L'Education nationale (DSDEN), la préfecture (MILDECA mais aussi services de cohésion sociale), élus via les CLS, opérateurs de PPS, usagers, MSP, structure de dépistage organisé des cancers, s'entendent pour intervenir ensemble, chacun à son niveau sur ces territoires prioritaires.

- Renforcement des partenariats institutionnels (notamment Conseil régional, Conseils départementaux, Rectorat, PJJ, DREETS, DRAJES, Assurance maladie),
- FIR Crédits dévolus à la prévention : Une augmentation très significative des crédits de prévention soit 14 480 M € en 2021 contre 10 815 000 € en 2018. A noter une fongibilité asymétrique en augmentation de 1,5M € en 2021 contre 0,550 M € en 2018.

a) [Mise en place depuis 2018 de leviers au profit de la population générale et des usagers :](#)

Dans le cadre d'un universalisme proportionné, au travers du développement des compétences psychosociales, grâce à des interventions précoces et à une stratégie de « l'aller vers ».

Stratégie mise en œuvre :

Inscription des actions sur le moyen-long terme : avec remplacement des procédures classiques d'appels à projets par des contractualisations sur 4 ans avec des promoteurs qui s'engagent à mettre en œuvre les « fondamentaux » de la prévention et promotion de la santé. C'est le cas de la convention signée avec la Fédération Régionale des Acteurs en Promotion de la Santé (FRAPS)-L'instance régionale d'éducation pour la santé (IREPS) qui est chargée non seulement d'accompagner l'ARS dans le plaidoyer auprès des partenaires et opérateurs de PPS, mais aussi d'être force de proposition auprès des directions départementales de l'ARS, sur la base de diagnostics départementaux, pour réaliser les projets prioritaires répondants aux critères précités.

b) [Mise en place depuis 2018 de leviers au profit des professionnels de la santé et de la prévention :](#)

Avec l'objectif d'un engagement de l'ensemble des professionnels de santé quel que soit le mode d'exercice.

Stratégie mise en œuvre :

- Accompagnement des professionnels de la PPS pour favoriser des interventions reposant sur des méthodes ayant fait leurs preuves (programmes probants et/ou prometteurs).
- Partenariat avec l'Assurance maladie au profit des professionnels de santé des maisons de santé pluridisciplinaires (versement de subventions fléchées au titre de l'Accord conventionnel interprofessionnel).
- Au travers de l'enseignement de la prévention de la santé dans les formations initiales et continues : le service sanitaire (SESA) des étudiants en santé.

Stratégie mise en œuvre :

- Contribution de l'ARS aux travaux du Collégium santé pour favoriser des interventions en inter-filières (réalisation des enseignements théoriques et préparation des interventions malgré la crise sanitaire) et co-pilotage avec le Rectorat du Comité stratégique régional.
- Elaboration d'un cadre d'intervention des étudiants en santé en PPS (Commande faite à la FRAPS).
- Nombre d'étudiants participant au SESA conforme à l'indicateur du schéma.

c) [Mise en place depuis 2018 de leviers au profit des collectivités et des territoires :](#)

Grâce au déploiement des Contrats locaux de santé, des diagnostics territoriaux mettant en évidence les besoins prioritaires.

Stratégie mise en œuvre:

- Réalisation d'un référentiel rénové des Contrats locaux de santé mis à la disposition des préfets et des collectivités territoriales,
- 70% du territoire régional couvert par un Contrat local de santé (27 CLS en cours),

- Réalisation de diagnostics territoriaux favorisant les axes de travail des CLS et les projets à porter prioritairement,
- Complémentarité des missions encouragée entre les CLS et les CPTS,
- Consensus des partenaires notamment institutionnels, en matière de prévention et promotion de la santé, pour adopter une stratégie basée sur le déploiement des programmes probants et / ou prometteurs,
- Professionnalisation des opérateurs de prévention qui acceptent de recourir à ces programmes,
- Poursuite du déploiement des Contrats locaux de santé malgré une dynamique des CLS encore questionnée par les élus au regard notamment de leur articulation avec les CPTS,
- Service sanitaire des étudiants en santé (SESA) : une stratégie de formation des étudiants en santé sur le thème de la prévention qui n'est pas encore stabilisée et qui reste à consolider sur plusieurs points : mise en œuvre du caractère interdisciplinaire, place de leurs interventions en PPS dans le respect des logiques d'intervention (quel objectif cherche-t-on à atteindre et comment se situe le projet dans cette perspective- amont ou aval de la problématique de santé).

2. Réalisation d'actions

a) Faits marquants :

- Signature de la convention de partenariat entre l'ARS et la FRAPS/IREPS en Mai 2021.
- Un partenariat ARS/MILDECA/Rectorat en faveur de la mise en œuvre de programmes probants au titre du développement des compétences psycho-sociales.

b) Chiffres clés :

- Augmentation des crédits consacrés à la prévention, promotion de la santé : A périmètre constant : 14 480 K€ en 2021 contre 12 800 K€ en 2018.
- Augmentation de la part de rémunération des coordinateurs de CLS prise en charge par l'ARS (participation de 15 000 € portée à 25 000 € pour les nouveaux CLS).
- 1615 étudiants ont suivi le cursus « service sanitaire » en 2020/2021 malgré la crise sanitaire.

3. Indicateurs d'évaluation :

N°	Intitulé indicateur d'impact	Valeur initiale 2016	Valeur cible intermédiaire	Valeur cible à 5 ans	Valeur actuelle /la plus récente connue
1	Evolution quantitative des moyens accordés à la prévention au sein du Fonds d'intervention régional de l'ARS	10 724 K€	12 800 K€	-	En 2021 : 17 323 K€ mais sur périmètre élargi 14 487 K€ à périmètre constant
2	Nombre d'étudiants formés dans le cadre du service sanitaire	0	-	1800 en prenant en compte toutes les filières	1615 : => Intègrent le SSES en 2021/2022 -Manipulateurs radio -Techniciens de laboratoire -Préparateurs en pharmacie hospitalière => Intègrent officiellement le SSES en 2022/2023

					-Ergothérapeutes : 3 ^{ème} participation => <i>poursuivent</i> Psychomotriciens => <i>construisent l'organisation pédagogique pour intégrer en 2022/2023</i> => Formations non encore <i>incluses :</i> -Orthophonistes -Orthoptistes
--	--	--	--	--	--

4. Bilan/tendance de la réalisation de l'objectif dans les départements de la région

L'objectif du PRS 2 relatif à la prévention et promotion de la santé : *Objectif opérationnel : 04 – « Donner à chacun les moyens de prendre en compte et de piloter son capital santé »* a bénéficié d'un pilotage régional assurant une mise en œuvre identique sur l'ensemble des départements de la région. Les résultats déjà obtenus, notamment dans l'affinement des stratégies territorialisées impliquant les acteurs et partenaires du terrain, démontrent la capacité de l'ensemble des acteurs à s'approprier les pratiques reconnues efficaces.

5. Conclusion et commentaires

L'objectif est à reconduire et à renforcer, pour le futur schéma régional de santé :

- En recherchant la complémentarité pluri institutionnelle,
- En s'appuyant sur des diagnostics territoriaux partagés.

6. Quelques exemples d'actions / chiffres clés dans les départements

Cher :

- Contractualisation sur 4 ans avec l'ensemble des promoteurs en PPS du Cher qui s'engagent à mettre en œuvre les fondamentaux de la prévention et promotion de la santé.
- Un partenariat ARS/MILDECA/Rectorat en faveur de la mise en œuvre de programmes probants au titre du développement des compétences psycho-sociales en milieu scolaire : Programme d'action de l'APLEAT/ACEP.
- Projet innovant du territoire du Cher : Equipe Mobile Prévention Gens du Voyage.

Indre :

- Développement de l'aller-vers avec des projets en direction des publics précaires et vers les publics en milieu rural (prise en compte de la territorialisation)
- Développement des interventions précoces
- Développement du travail en transversalité avec les autres acteurs institutionnels (collectivités territoriales à travers les CLS – DDETSPP – sport adapté – violences intrafamiliales – PDALHPD – ...)
- AAP 1000 premiers jours (PNR Brenne)
- Difficultés de déploiement d'Unplugged au sein des collèges du département de l'Indre : ne correspond pas aux attentes des chefs d'établissement

Indre-et-Loire :

- Déploiement du programme probant Unplugged sur le département avec un portage favorable par les professionnels de l'éducation nationale bien que la lourdeur du programme (nombre et rythme des séances) soit soulevée.
- Développement du projet 1000 premiers jours en Pays Loire Touraine (expérimentation article 51 et déploiement de la stratégie nationale des 1000 premiers jours en infra départemental).
- Développement de l'aller-vers avec des antennes MDA, ACT Hors les murs, évolution des organisations des CSAPA/CAARUD pour développer des permanences afin de couvrir le territoire, des projets envers les publics précaires.
- Notamment grâce au travail en transversalité avec les autres acteurs institutionnels (collectivités territoriales, DDETS, CPAM, CAF, EN, CD).

Loir-et-Cher :

- Déploiement du programme basé sur les CPS OSCAR, projet prometteur en phase de devenir probant, sur l'ensemble de la région. Développement des équipes aller-vers (vaccination, accès aux soins, addiction). Difficultés à mettre en place les programmes probants du fait du nombre de séances et du coût pour être formé aux programmes probants.

Eure-et-Loir :

- Déploiement du programme probant Unplugged sur le département. Problématique : lourdeur du programme (nombre et rythme des séances) et turn over des enseignants dans l'Est du département est un frein à l'appropriation du programme et à sa poursuite.
- Développement du projet 1000 premiers jours (projet ASL et MSP Madeleine Brès).

Chapitre 04 : Prévention-promotion de la santé - Donner à chacun les moyens de prendre en compte et de piloter son capital santé

Objectif opérationnel n°05 : Préserver une équité de chances en matière de prévention

1. Analyse de la mise en œuvre de l'objectif opérationnel

Plusieurs projets relevant de la prévention médicalisée ont connu des avancées significatives depuis 2018. Nous citerons par exemple :

- Dépistage organisé du cancer : Installation du Centre régional de coordination du dépistage organisé du cancer (CRCDC) depuis le 01/01/2019 auprès du CHU de Tours. Réorganisation des dépistages du cancer autour d'une structure régionale en remplacement de 6 structures départementales avec réaffirmation de la nécessité d'aller vers les personnes les plus éloignées du soin
- Politique vaccinale : Amélioration de la couverture vaccinale, y compris contre la grippe saisonnière. Recours aux pharmacies d'officines volontaires. Généralisation de la vaccination antigrippale dans les officines de pharmacie (campagne 2019-2020)
- Prévention médicalisée : lutte contre la tuberculose: convention de collaboration inter CLAT (tuberculose) pour faire face à des épisodes de tensions spécifiques
- Organisation de la 1ere campagne de dépistage VIH/IST/Hépatites en 2019 : du 2 au 8 décembre 2019 (plus de 80 actions sur l'ensemble des départements) en lien avec le COREVIH et les CEGIDD. Plus de 100 actions en 2021 semaine du 1^{er} décembre 2021, sur les 6 départements.
- Promouvoir la santé sexuelle (CEGIDD/COREVIH): consolidation des CEGIDD et mise en œuvre par le COREVIH du plan d'action résultant de la lettre de mission émanant de l'ARS
- Signature d'un protocole de collaboration finalisé entre les 6 centres de lutte contre la tuberculose (CLAT). Ce protocole garantit une collaboration inter CLAT (à compétence départementale), en tant que de besoin pour suivre des patients sur l'ensemble de la région, ou pour assurer une action commune si nécessaire.
- Prévention du suicide: Démarrage de la plate-forme de rappel (dispositif Vigilans) portée par le CHU de Tours et l'association Vies 37

L'objectif 5 du PRS 2 vise à maintenir pour toute la population une équité de chances en matière de prévention grâce à :

- Des stratégies de prévention médicalisée (dépistage, vaccination) dans une perspective de protection individuelle et collective en interrompant les chaînes de transmission, réduction des risques et des dommages en amont des situations génératrices de risques
- La mise en œuvre de programmes ayant pour objet de faire évoluer les comportements (développement des compétences psycho-sociales)

2. Focus : La prévention médicalisée

- Structuration et déploiement de professionnels qualifiés (dépistage organisé du cancer, centres de vaccination, Centres de lutte contre la tuberculose, dépistage des infections sexuellement transmissibles, VIH, hépatites) afin de porter les stratégies de prévention médicalisée et d'assurer des interventions, en tous points du territoire :
 - Structure régionale de coordination des dépistages des cancers pour les 3 dépistages organisés (sein, colorectal col de l'utérus) mise en place le 01/01/19. Elaboration d'un plan d'actions pour déployer les dépistages en faveur des publics vulnérables Comité de coordination régional de lutte contre le VIH (COREVIH) porté par le CHU de Tours et qui se consacre désormais uniquement à la région Centre-Val de Loire.
 - Elargissement réglementaire de ses missions à la promotion de la santé sexuelle. Son budget est en augmentation, porté de 440 000 € à 550 000 €. Il assure la coordination de l'ensemble des CEGIDD (centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic) des 6 départements. Les CEGIDD ont été habilités avec mission de couvrir l'ensemble des territoires sur la base d'une stratégie comportant des actions d'aller vers.
 - Les centres de lutte contre la tuberculose (CLAT) : Leurs missions ont été élargies en 2021 par une nouvelle réglementation nationale à des actions de prévention (exemple : sevrage tabagique.
 - Les centres de vaccination : Participation des centres de vaccination à la mise en œuvre de la stratégie régionale de vaccination (vaccination tout au long de la vie/ rattrapages vaccinaux) place de structures.

3. Garantir que des informations valides soient données précocement et de manière adaptée et équitable en agissant en tous points du territoire avec des programmes d'actions adaptés.

- Pour la prévention médicalisée :
 - Littératie en santé : Priorité à la compréhension des messages tant en faveur de la population générale que des publics cibles, à risques (exemple : COPIL des CLAT : valorisation d'outils et supports partagés)
 - Promouvoir les dépistages :
 - Semaines de dépistage 1ère semaine de décembre) dont l'objectif est d'impulser une dynamique de long terme entre les acteurs de la prévention et du dépistage sur les territoires
 - Valoriser les enjeux du dépistage précoce et répété du VIH, des IST et des hépatites virales auprès du grand public et réduire le retard au dépistage en incitant les publics très exposés au risque d'IST à se faire dépister. La même démarche vaut pour ceux qui restent éloignés des dispositifs de dépistage mis en place en améliorant la visibilité des structures et des lieux de dépistage
- Santé mentale :
 - Programme Vigilans en cours de déploiement en complémentarité avec le numéro national prévention suicide. (Rappel téléphonique des personnes ayant déjà réalisé une tentative de suicide)
 - Réalisation à la demande de l'ARS Centre-Val de Loire d'un module santé mentale prévention du suicide dans le ROR (répertoire opérationnel des ressources) avec cartographie des personnes et structures ressources.
- L'activité physique adaptée APA (dont sport sur ordonnance) :
 - Création d'un site internet commun avec la DREETS pour cartographier l'offre et pour mettre en relation les professionnels et les bénéficiaires.

- Prise en compte de l'APA dans les projets des Contrats locaux de santé.
- Large part de l'APA dans les programmes d'éducation thérapeutique du patient (nombre important d'éducateurs sportifs formés).
- Reconnaissance de 18 Maisons sport santé sur les 6 départements de la région Centre-Val de Loire (coordination des acteurs concernés sur le territoire) pour permettre l'accès aux sports, quel que soit le public bénéficiaire).
- Promotion de la pratique de l'activité physique à tous les âges de la vie.
- Lutte contre les comportements sédentaires dans la vie quotidienne.
- Accompagnement du déploiement de l'activité physique adaptée prescrite dans le traitement de certaines pathologies.

Facteurs encourageants :

- Esprit volontaire des professionnels de santé et de leurs équipes, soucieux d'améliorer l'accès aux soins
- Mise à disposition par le national d'une réglementation actualisée

Difficultés rencontrées :

- Des dispositifs qui pèsent lourd dans le budget régional (FIR PPS) car reposant sur des structures utilisant du personnel qualifié et pérenne.
- Une démographie des professionnels de santé sous dense qui fragilise les structures. Exemple : déploiement du programme Vigilans (rappel et recontact des personnes ayant déjà réalisé une tentative de suicide). Difficulté à recruter du temps de psychiatre et de personnels qualifiés

4. Réalisation d'actions

a) Faits marquants :

Eure-et-Loir :

- Dépistage VIH/VHC, distribution de matériel et actions de sensibilisation auprès des personnes prostituées, public consommateurs de produits psychoactifs, personnes en situation précaire, Public Migrant (CeGIDD28-AIDES et CICAT)
- Dépistage par TROD, actions de sensibilisation au sein du Centre de détention (CeGIDD + AIDES + CICAT)

Indre :

- Dépistage et actions de sensibilisation auprès des personnes en situation précaire: permanence resto du cœur (Addictions France , CeGIDD 36 et CLS Châteauroux métropole)

Indre-et-Loire :

- Dépistage, vaccination et actions de sensibilisation au sein de la maison des femmes (CeGIDD - Centre de vaccination - Maison des femmes)

Loiret :

- Intervention en quartiers prioritaires → Dépistage + vaccination + sensibilisation santé sexuelle : Démarchage par AIDES(CeGIDD45 +AIDES + planning familial)

Région :

- Téléconsultation à distance proposés par plusieurs médecins de la région
- Information, mise à disposition de ressources documentaires, échanges d'informations sur le net(FRAPS - IREPS)

b) Chiffres clés :

- En 2019, la région CVDL a le taux de positivité pour le VIH le plus élevé de France hors IDF → 2,1 pour 1000 sérologies effectuées (1,3 pour 1000 sérologies en France métropolitaine). Malgré une baisse entre 2018 et 2019, il s'agit du second taux le plus élevé parmi les régions de France métropolitaine après l'Île-de-France.

Activité de dépistage faible : part de sérologie VIH effectuées 66/1000 habitants en région CVDL (80 /1000 habitants en France Métropolitaine).

Environ la moitié des découvertes de séropositivité (49,4 %) concernait des personnes nées en Afrique subsaharienne (39,8% en France métropolitaine).

En 2019, 29,0 % des découvertes de VIH étaient à un stade avancé et 15,9 % à un stade précoce

- 18 Maisons sport santé labellisées au 31/12/2021 réparties sur les 6 départements de la région
- Taux de participation aux campagnes de dépistage des cancers :
 - Le DOCS (cancer du sein) : Cancer le plus fréquent, 1^{ère} cause de décès/cancer chez la F. Centre-Val de Loire 3^{ème} rang national. Taux 51,8% (contre 45,6% au national).
 - Le DOCCR (colorectal) : 2^{ème} cause de décès/cancer tous sexes confondus. Centre-Val de Loire 3^{ème} rang : 33,7% (contre 28,9%).
 - Le DOCCU (col de l'utérus) depuis 2018 : Cancer attribuable dans presque 100% à une infection à papillomavirus humains (HPV). Taux 58,4% proche du national.
- Prévention du suicide : Avec un taux de 16 pour 100 000 habitants en 2017, le taux de suicide a fortement baissé suite à des actions réalisées avant PRS2 mais poursuivies ces dernières années.

5. Indicateurs d'évaluation

N°	Intitulé indicateur d'impact	Valeur initiale 2016	Valeur cible intermédiaire	Valeur cible à 5 ans	Valeur actuelle /la plus récente connue
1	Taux de mortalité par suicide	20,2/100 000 en 2015	-	18/100 000	16/100 000 en 2017
2	Evolution du taux de couverture vaccinale contre la méningite pour les 15/19 ans	32,5 %	35,9 %	36 %	39,1 %
3	Evolution du taux de couverture vaccinale HPV - VHB entre le début et la fin du schéma pour les enfants nés en 2001	25.80%	30,8 %	30.00%	36%
4	Connaissance de la séropositivité chez les personnes vivant avec le VIH : taux de découverte de séropositivité VIH	73 par million d'habitants en 2015	75 par million	65 par million	56 par million

6. Bilan/tendance de la réalisation de l'objectif dans les départements de la région

Une mise en œuvre globalement équitable sur les 6 départements de la région. Des crédits importants sont investis sur cet objectif de prévention médicalisée, répondant en cela aux recommandations des instructions nationales ministérielles.

7. Conclusion et commentaires

L'objectif est à maintenir et à conforter, dans le futur schéma régional de santé, compte tenu des enjeux de santé publique concernés (vaccinations, dépistages, lutte contre les infections, etc.).

Une stratégie de mutualisation des activités au sein de pôles de santé publique permettrait de gagner non seulement en efficience, mais aussi en reconnaissance de ces activités tant au sein des structures concernées qu'en visibilité, par rapport aux utilisateurs/usagers.

8. Quelques exemples d'actions / chiffres clés dans les départements

Cher :

- Action marquante du territoire, partenariat Cegidd, Clat, Centre de Vaccination et structure d'hébergement social (CADA-HUDA), mise en place depuis 2019 des rdv santé migrants, une fois par mois.
- Consultation et dépistage auprès des détenus de la maison d'arrêt de Bourges. Dans le cadre d'un projet plus global du comité d'éducation à la santé de la maison d'arrêt.

Indre :

- Démarche d'aller vers d'Addictions France : CSAPA – CAARUD et MDA
- Démarche d'aller vers de l'UC-IRSA et très forte mobilisation dans le cadre du parcours sanitaire des migrants et de la gestion de la vaccination Covid-19 (démarche d'aller vers – mobilisation à destination des plus démunis ...)
- Volonté des acteurs du département de l'Indre de mettre en œuvre Vigilans, en attente du déploiement régional, démarche partenariale MDA/CH Châteauroux-Le Blanc existante depuis quelques années de recontact des jeunes ayant fait une TS
- COFIL prévention suicide dynamique
- Deux Maisons sport santé reconnues dans le département

Loir-et-Cher :

- Coordination départementale qui permet d'impliquer et de fédérer l'ensemble des acteurs investis dans l'ETP, création d'une culture interprofessionnelle. Développement de l'activité physique adaptée avec la labélisation de 3 maisons sport santé sur le département. Formation ETP proposée aux professionnels du DAC.

Chapitre 05 : Personnes vulnérables – démunies / PRAPS - Adapter l'offre aux besoins des publics cibles

Objectif opérationnel n°06 : Mieux connaître les personnes les plus éloignées du système de santé

1. Analyse de la mise en œuvre de l'objectif opérationnel

Afin de mieux connaître les attentes et les besoins des publics cibles, 2 études ont été réalisées. Dans un premier temps par l'ORS afin de recueillir le point de vue des professionnels impliqués sur la région Centre-Val de Loire ; puis, sur la base des constats de l'ORS, une étude complémentaire par le CREA pour recueillir le point de vue des usagers dans les départements du Cher et d'Indre-et-Loire.

Ces 2 études complémentaires ont fait l'objet de préconisations communes regroupées en 3 axes thématiques :

- 1/ Repérer les publics vulnérables, identifier et valoriser les ressources-clés qui leur sont adaptées ;
- 2/ Soutenir les parcours des personnes vulnérables : favoriser l'accès aux ressources en santé et la coordination des acteurs ;
- 3/ Favoriser la compréhension et la confiance dans les relations entre les personnes vulnérables et les professionnels.

Les études ainsi que les préconisations ont été présentées et validées par le COPIL PRAPS le 23 janvier 2020. La mise en œuvre de ces préconisations devait s'appuyer sur 3 groupes de travail (1 par thématique) constitués des membres volontaires du COPIL. Si le contexte sanitaire n'a pas permis de mettre en place ces groupes de travail, les conséquences indirectes de la crise et plus particulièrement la mesure 27 du Ségur de la Santé ont contribué en partie à la mise en place de ces préconisations (identifier les ressources, favoriser la compréhension, ...).

En 2021, le COPIL PRAPS a été élargi pour constituer la nouvelle gouvernance stratégique des inégalités de santé (IRRIS) dont les membres ont été fortement mobilisés sur la mise en œuvre de la mesure 27 du Ségur de la Santé et plus précisément sur l'appel à projets dans le cadre des crédits pérennes alloués visant réduire les inégalités de santé (projets de contrats locaux de santé, appel à manifestation d'intérêt pour les publics cibles et mise en place de projets expérimentaux dans les CHR).

Cet objectif a permis de partager, avec les membres du COPIL PRAPS, une vision commune des besoins et des attentes des usagers.

Ainsi l'étude réalisée auprès de l'ensemble des acteurs des champs sanitaires, sociaux et médico-sociaux a conforté notre compréhension :

- De la difficulté d'accès aux soins des usagers (démographie médicale, délais de rendez-vous, accès géographique et mobilité (autonomie, transport), d'accès aux outils numériques (fracture numérique) ;
- Des besoins d'information sur les droits et le système de santé ; des besoins d'un accompagnement global (emploi, vie sociale, logement etc..) ; mais également tout au long du parcours sanitaire (depuis l'accès aux droits jusqu'aux rendez-vous, examens, observance des traitements) ;

- Des besoins plus spécifiques (addictions, santé mentale, santé bucco-dentaire, liés à des pratiques de consommation (drogues etc.).

Si la plus-value de ce diagnostic a été d'obtenir le point de vue des personnes cibles concernées, il faut souligner la difficulté de recueillir leur parole tant il est avéré que les personnes en situation d'exclusion rencontrent des difficultés importantes à exprimer leurs attentes et même à estimer ce à quoi elles aimeraient avoir droit.

Néanmoins, ces personnes ont pu exprimer que leurs attentes étaient similaires à celles de la population générale (avoir un médecin, être soigné correctement, être respecté).

Elles ne souhaitent pas être stigmatisées. En revanche, elles veulent que soit reconnu leur savoir expérientiel ou encore que la pair-aidance soit valorisée.

2. Réalisation d'actions

a) Faits marquants :

- Analyse et suivi de l'étude réalisée par l'ORS « mesure des nouveaux besoins pour accompagner les populations éloignées du système de santé : point de vue des professionnels de la région Centre-Val de Loire (102 pages, octobre 2019) »
- Analyse et suivi de l'étude réalisée par le CREAI « la santé, au défi de la précarité et de la vulnérabilité. Etude sur l'accès à la santé des personnes précaires et vulnérables dans le Cher et l'Indre-et-Loire (180 pages, avril 2020) »
- Analyse des préconisations communes regroupées en 3 axes thématiques - présentation et validation par le COPIL PRAPS du 23 janvier 2020
- Mise en œuvre d'actions spécifiques dans le cadre de la mesure 27 du Ségur de la Santé contribuant en partie à la mise en place des préconisations (identifier les ressources, favoriser la compréhension...).

b) Chiffres clés :

- Une enquête portée par le Centre Régional d'Etudes, d'Actions et d'Informations (CREAI) identifiant les attentes et besoins des usagers sur les départements du Cher et de l'Indre-et-Loire et permettant de proposer une adaptation de l'offre sur chaque territoire de santé.
- Une enquête portée par l'ORS recueillant le point de vue des professionnels de la région Centre-Val de Loire sur les principales problématiques des populations vulnérables et les leviers d'amélioration des dispositifs.
- Le tableau de bord annuel construit à partir des indicateurs disponibles auprès des partenaires impliqués n'a pu être construit et porté par l'ORS comme annoncé au regard des autres missions confiées. L'opportunité du maintien de ce tableau de bord reste à confirmer.

3. Indicateurs d'évaluation

N°	Intitulé indicateur d'impact	Valeur initiale 2016	Valeur cible à 5 ans	Valeur actuelle /la plus récente connue
1	Réalisation de deux études complémentaires auprès de l'ORS et du CREAI	2	2	2
2	Identification de 3 grands axes thématiques regroupant les préconisations communes de ces 2 études	1	1	1

4. Bilan tendance de la réalisation de l'objectif dans les départements de la région

Les projets mis en œuvre par les acteurs départementaux feront l'objet d'une synthèse dès réception des contributions attendues.

5. Conclusion et commentaires

Il ne s'agit plus de mieux connaître mais de mettre en œuvre les préconisations pour mieux répondre aux attentes et aux besoins à travers d'autres objectifs à définir avec le COPIL IRRIS.

Les travaux du PRS3 et notamment du PRAPS 2023-2028 s'articuleront autour des 3 axes thématiques regroupant les préconisations communes.

Chapitre 05 : Personnes vulnérables – démunies / PRAPS - Adapter l'offre aux besoins des publics cibles

Objectif opérationnel n°07 : Adapter les structures, les dispositifs et les pratiques professionnelles

1. Analyse de la mise en œuvre de l'objectif opérationnel

Pour permettre d'adapter les structures, les dispositifs et les pratiques professionnelles à l'évolution des attentes et besoins des personnes vulnérables, cet objectif a été mené en 2 étapes.

Dans un premier temps, l'enjeu a été de mieux identifier et faire connaître les ressources existantes à l'ensemble des acteurs agissant en faveur des personnes démunies.

Pour ce faire, la connaissance des missions de chacun et la lisibilité des structures et dispositifs mobilisables dans les domaines de la santé et de l'accompagnement social ont été facilitées :

- D'une part grâce aux échanges lors de diverses instances mises en place (comité de pilotage du PRAPS ou de la coordination des politiques publiques de santé dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile) ce qui a permis d'assurer la complémentarité et l'articulation entre les différentes politiques publiques.
- Et d'autre part grâce à un état des lieux régional engagé sur le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) et des équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP).

Dans un second temps, le maillage du territoire a ainsi pu être optimisé avec des actions concrètes telles que la création ou le renforcement de dispositifs existants (Lits Halte Soins Santé (LHSS), Lits d'accueil médicalisés, appartements de coordination thérapeutique...)

Ces actions ont concrètement permis en 2020, dans un contexte de crise sanitaire de faciliter l'articulation entre les différents services de l'Etat au bénéfice des usagers (isolement des personnes atteintes du Covid-19, recherche en ressources d'interprètes...). De plus, les structures ainsi que les professionnels ont su adapter leurs actions et leurs pratiques afin d'être réactifs et souples pour gérer des cas complexes en situation d'urgence.

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 démunies.

- Les échanges réguliers entre les partenaires et les acteurs de la région d'une part et l'état des lieux régionaux sur le fonctionnement des PASS et des EMPP ont permis d'avancer sur cet objectif même si la crise sanitaire a interrompu temporairement les travaux.
- Depuis 2018, 2 équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) ont pu être créées dans les départements du Cher et du Loiret et 6 équipes existantes ont pu être renforcées afin de mailler au mieux le territoire.

- De plus, les dispositifs sanitaires existants (Appartements de coordination thérapeutique, Lits Halte Soins Santé, Lits d'Accueil Médicalisés...) se sont vus doter de places supplémentaires. A noter l'entrée pour la région Centre-Val de Loire dans le dispositif « ACT un chez soi d'abord » dotant le département de l'Indre-et-Loire de 50 places.
- De plus, le Ségur de la Santé, mesure 27, a renforcé ces actions et a permis :
 - de créer des places en LHSS dont des créations de 3 lits pédiatriques dans le département du Cher,
 - de mettre en place des consultations avancées de CSAPA et CAARUD dans des CHRS de l'Indre-et-Loire.
 - De renforcer les PASS (1 par département) ainsi que 3 EMPP dans les départements d'Eure-et-Loir, d'Indre-et-Loire et du Loiret.
 - De créer 3 nouvelles PASS mobiles (Eure-et-Loir, Indre et Indre-et-Loire).
- A noter, l'ouverture en 2022 d'appel à projets pour la création des équipes spécialisées de soins infirmiers précarité (ESSIP) ; équipes mobile santé précarité / Lits Halte Soins Santé hors les murs ou mobiles ; ACT et ACT hors les murs.
- Par ailleurs, la mesure 9 issue des assises de la psychiatrie et de la santé mentale est venue compléter les actions du PRAPS. Elle cible la prise en charge psychologique des personnes au sein des centres d'hébergement et lieux d'accueil. D'ici 2024, perspective de 15 ETP pour la région Centre-Val de Loire, dont 5 à recruter dès 2022 (en cours).

Faire évoluer les pratiques professionnelles

- Le renforcement des compétences autour des dimensions sociales intégrées aux formations sanitaires n'a pu être organisé au regard du contexte sanitaire.
- Néanmoins, concernant l'évolution des pratiques professionnelles, la prise en charge du public a été facilitée en mettant à disposition des outils nationaux adaptés tel que des cahiers des charges et une adaptation des outils facilitant la compréhension (littératie en santé).
- Enfin, la mise en place d'une instance régionale de réduction des inégalités de santé dans le cadre de la mesure 27 du Ségur de la Santé répond à la volonté de promouvoir les lieux d'échanges et de pratiques et en particulier la création d'un collectif précarité regroupant les champs du sanitaire et du social.

L'organisation autour des actions du PRAPS a permis d'impulser la transversalité tant en interne ARS avec la mise en place d'un groupe transversal qu'en externe avec l'installation de l'instance de réduction des inégalités de santé co-animée avec le commissaire à la lutte contre la pauvreté.

Ces modalités de travail permettent de déployer les dispositifs avec une approche complémentaire adaptée au contexte des territoires, aux besoins spécifiques et à la structuration des associations et acteurs locaux.

Par ailleurs, la mise en place d'une harmonisation des rapports d'activités des PASS et des EMPP saisis par les établissements dans l'outil PIRAMIG facilite l'analyse régionale de l'activité.

A noter que la finalisation de l'état des lieux des PASS et EMPP a été interrompue au regard de la crise sanitaire. Dans ce contexte, la coordination des PASS et EMPP par la mise en place d'une instance régionale est reportée également.

Cependant, les travaux engagés seront repris dès 2022 avec la mise en place effective d'une coordination régionale des PASS portée par le CHU de Tours.

2. Réalisation d'actions

a) Faits marquants :

- Lancement d'un état des lieux régional du fonctionnement et de l'organisation des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) et des Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP) afin d'identifier les pistes d'amélioration/adaptation en vue de répondre aux besoins réels et adaptés aux territoires ;
- Poursuite du déploiement des dispositifs sanitaires adaptés aux personnes en situation de grande précarité (appartements de coordination thérapeutique, lits halte soins santé, lits d'accueil médicalisés...) dont l'entrée en 2022 dans l'expérimentation de LHSS pédiatrique dans le département du Cher (mesure 27) (3 lits) ;
- Entrée dans le dispositif « un chez soi d'abord » dans le département de l'Indre-et Loire (50 places) ;
- Dotation de l'ensemble du territoire en Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité (création d'une équipe dans le Cher et le Loiret, départements non pourvus en 2018) et renforcement des équipes existantes ;
- Renforcement d'une PASS par département et création de 3 PASS mobiles dans le cadre de la mesure 27 (Eure-et-Loir, Indre et Indre-et-Loire)

b) Chiffres clés

- Couverture totale du territoire en équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP), 1 par département ;
- Installation en 2022 de 3 PASS mobiles (Eure-et-Loir, Indre et Indre-et-Loire) ;
- Poursuite du déploiement des dispositifs dédiés (ACT, LHSS, LAM...) ;
- Le collectif régional précarité regroupant les acteurs du champ social et de la santé n'a pu être mis en place comme annoncé au regard du contexte sanitaire. Néanmoins, il a été remplacé par l'installation de la nouvelle instance régionale de réduction des inégalités de santé (IRRIS) le 4 juin 2021.

3. Indicateurs d'évaluation

N°	Intitulé indicateur d'impact	Valeur initiale 2016	Valeur cible à 5 ans	Valeur actuelle /la plus récente connue
Sous-objectif 1 :	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 démunies	4 EMPP 0 PASS mobiles	6 EMPP 3 PASS mobiles Augmentation du nombre de places LHSS, ACT dont l'entrée dans le dispositif un chez soi d'abord	Tous les départements bénéficient d'équipes EMPP (1 par département) Installation en 2022 de PASS mobiles (1 dans le 28, 1 dans le 36 et 1 dans le 37) Mise en place d'une PASS régionale autour du CHU de Tours en 2022 avec la perspective d'une coordination de l'ensemble des PASS
Sous-objectif 2	Renforcer les compétences des intervenants de 1ère	Indicateurs neutralisés	Indicateurs neutralisés	Le renforcement des compétences autour des dimensions sociales

	ligne dans l'exercice de leurs missions			<p>intégrées aux formations sanitaires et vice-versa n'a pu être organisé au regard du contexte sanitaire.</p> <p>Mise à disposition d'outils nationaux et régionaux (cahier des charges, documentations traduites...)</p>
--	---	--	--	--

4. Bilan/tendance de la réalisation de l'objectif dans les départements de la région

L'ensemble des départements de la région Centre-Val de Loire bénéficient désormais d'une offre de structures diversifiées permettant l'accueil et la prise en charge des personnes démunies. Des missions de coordination régionale des différentes structures (exemple PASS régionale) doivent encore être consolidées.

Les projets mis en œuvre par les acteurs départementaux feront l'objet d'une synthèse dès réception des contributions attendues.

5. Conclusion et commentaires

A maintenir avec quelques ajustements notamment sur le renforcement des compétences des intervenants de 1^{ère} ligne à réorienter peut-être (proposition de former les membres de l'IRRIS).

Chapitre 05 : Personnes vulnérables – démunies / PRAPS - Adapter l'offre aux besoins des publics cibles

Objectif opérationnel n°08 : Prévenir les situations de rupture

1. Analyse de la mise en œuvre de l'objectif opérationnel

Pour prévenir les situations de rupture et faciliter l'accompagnement des personnes vulnérables, l'ARS a impulsé l'inscription des objectifs du PRAPS d'une part au sein des différentes politiques publiques et d'autre part, dans les démarches de territorialisation et dispositifs portés par l'ARS.

A ce titre, le volet santé a été décliné dans la feuille de route régionale de la stratégie de lutte contre la pauvreté pilotée par le commissaire à la lutte contre la pauvreté auprès de Mme la Préfète de Région ainsi que dans le schéma régional des demandeurs d'asile et réfugiés porté par la DREETS.

De plus, des objectifs en faveur des personnes éloignées du système de santé ont été inscrits notamment au sein des contrats locaux de santé, des conventions de structures de dépistages pour favoriser « l'aller-vers » (dépistage organisé du cancer, Centres gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (Cegidd), centres de vaccinations, centres de lutte antituberculeuse (CLAT)...), des projets territoriaux en santé mentale...

En complément, des programmes transversaux et spécifiques en faveur des publics précaires ont été mis en place appliquant l'universalisme proportionné autour d'actions de prévention multiples (nutrition, petite enfance, obésité, santé mentale...). Ces programmes ont été définis sur la base de diagnostics territoriaux réalisés par la FRAPS/IREPS et de conventionnements pluriannuels.

Enfin, pour faciliter le parcours de santé des personnes migrantes primo-arrivantes, et en réponse à l'instruction du 8 juin 2018, un plan d'actions régional en faveur de l'accès à la santé de ce public a été élaboré s'appuyant sur les organisations départementales.

A noter également, l'agilité et la souplesse de l'ensemble des partenaires notamment dans le cadre de la gestion de la crise sanitaire qui a permis de proposer des réponses adaptées aux personnes et à leurs besoins.

La mise en œuvre du plan d'action régional en faveur du parcours de santé des personnes migrantes primo-arrivantes a permis l'identification partielle des structures pivots et la mise en place progressive des rendez-vous santé. Dans les départements du Cher et de l'Indre, des protocoles départementaux de prise en charge sanitaire des personnes migrantes autour des soins programmés et non programmés ont été élaborés. Dans le département de l'Indre, la démarche a été initiée par le conseil territorial de santé et signée par 10 partenaires. Cette procédure est en cours de modélisation sur d'autres départements.

En lien avec cette mesure, un diagnostic des ressources mobilisables en interprétariat a été réalisé pour identifier les besoins supplémentaires en région.

Par ailleurs, le développement de programmes transversaux spécifiques en faveur des publics précaires a été renforcé dans le cadre la mesure 27 du Ségur de la Santé. Un renforcement des crédits pérennes FIR prévention a permis de financer des projets pluriannuels visant à réduire les inégalités de santé.

Dans ce cadre, suite au recensement auprès des contrats locaux de santé et au lancement de 2 appels à manifestation d'intérêt, des projets facilitant l'accompagnement des personnes vulnérables ont pu être financés. Ces crédits ont permis notamment de développer des actions d'aller-vers (création de postes de médiateur en santé, mise en place de bus mobile...) en faveur d'un public diversifié (habitants des quartiers politique de la ville, gens du voyage, salariés en entreprise d'insertion, jeunes en milieu rural, personnes en situation de handicap...).

La mise en place de permanences fixes « rdv santé » au sein de 2 centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) à titre expérimental a également été financé afin de faciliter l'accès à la prévention et l'accompagnement vers le soin des personnes résidents en structures sociales afin de prévenir les situations de rupture.

Le partenariat renforcé avec les services de l'Etat et particulièrement avec le commissaire à la lutte contre la pauvreté facilite la bonne articulation des travaux respectifs pour une efficacité collective. L'accompagnement global des publics précaires est pris en compte pour prévenir les situations de rupture dans les parcours.

A noter également, la mise en place des rdv santé dans le cadre du parcours de santé des personnes migrantes primo-arrivantes qui démontre son efficacité en situation de gestion de crise et notamment dans la prise en charge sanitaire des déplacés ukrainiens.

Néanmoins, l'offre en interprétariat a besoin d'être développée. En 2022, la région devrait se voir doter d'une enveloppe budgétaire pour renforcer les ressources en interprétariat.

2. Réalisation d'actions

a) Faits marquants

- Inscription des problématiques santé/précarité au sein des politiques publiques (stratégie pauvreté...) et des démarches de territorialisation (Contrats locaux de santé, projets territoriaux en santé mentale...).
- Elaboration et mise en œuvre d'un plan d'actions en faveur de l'accès à la santé des personnes migrantes par l'identification partielle des structures pivots dans 4 départements (18,36, 41 et 45) et organisation des rdv santé dans 3 départements (18,36 et 41). Déploiement en cours sur les autres départements.
- Elaboration de 2 protocoles départementaux (Indre et Cher) de prise en charge sanitaire des personnes migrantes autour des soins programmés et non programmés.
- Recherche de ressources en interprétariat pour développer l'offre en région.
- Financement de programmes transversaux spécifiques (universalisme proportionné) et développement d'actions d'aller-vers (médiation en santé, rdv santé dans les CHRS).

b) Chiffres clés

- La stratégie régionale de médiation en santé et d'interprétariat sur chaque territoire de santé n'a pu être déclinée telle que définie au regard du contexte sanitaire. Le diagnostic en interprétariat a été réalisé, la déclinaison territoriale reprendra dès 2022.
- L'inscription des problématiques de santé-précarité dans l'ensemble des démarches territoriales et partenariales de santé a été initiée (contrats de locaux de santé, projets territoriaux en santé mentale...).

3. Indicateurs d'évaluation

N°	Intitulé indicateur d'impact	Valeur initiale 2016	Valeur cible à 5 ans	Valeur actuelle /la plus récente connue
1	Faciliter le parcours de santé des personnes migrantes	-	<p>Identification des structures pivots</p> <p>Organisation des rdv santé</p> <p>Elaboration de protocoles départementaux</p>	<p>4 structures pivots identifiées (Cher, Indre, Loir-et-Cher et Loiret)</p> <p>3 rdv santé organisés (Cher, Indre et Loir-et-Cher). En cours dans le Loiret</p> <p>2 protocoles départementaux (Cher et Indre)</p> <p>Développement de l'offre en interprétariat en 2022</p>
2	Inscription des problématiques santé/précarité	-	<p>Inscription d'objectifs d'aller-vers dans les conventions de dépistages</p> <p>Actions en faveur des publics précaires dans l'ensemble des contrats locaux de santé et des projets territoriaux en santé mentale</p> <p>Inscription d'un objectif en faveur des publics précaires pour le dépistage organisé du cancer</p>	<p>L'ensemble des conventions intègre des objectifs d'aller-vers (Cegidd, CLAT et centres de vaccination)</p>

4. Bilan/tendance de la réalisation de l'objectif dans les départements de la région

Les projets mis en œuvre par les acteurs départementaux feront l'objet d'une synthèse dès réception des contributions attendues.

5. Conclusion et commentaires

L'objectif est à maintenir dans le futur Schéma régional de santé.

Chapitre 06 : Evolution de l'offre sanitaire

Objectif opérationnel n°09 : Soutenir et promouvoir la structuration des soins primaires

1. Analyse de la mise en œuvre de l'objectif opérationnel

L'objectif du PRS 2 en matière de structuration des soins primaires était de poursuivre la dynamique de mise en œuvre d'exercices coordonnés, en s'appuyant sur les professionnels de santé et d'autres acteurs comme les élus.

Plus précisément, l'ambition était de créer 50 équipes d'exercices coordonnés d'effecteurs pouvant prendre la forme de plusieurs modalités : maisons de santé pluridisciplinaires (MSP), centres de santé (CDS), équipes de soins primaires (ESP).

L'objectif a été atteint.

Le maillage territorial s'est renforcé avec :

- 127 MSP en 2022 contre 67 en 2017, année de référence, dont 60 % adhérant à l'accord cadre Interprofessionnel (ACI) assurant une certaine pérennité de ces structures. Toutefois, près de 15 MSP sont identifiées comme fragiles au regard du nombre de médecins généralistes ayant une activité dans ces dernières. L'ARS Centre-Val de Loire soutient financièrement la fédération des MSP afin d'accompagner les MSP en difficulté et développer de nouvelles en lien avec les professionnels de santé.
- 77 centres de santé contre 53 en 2017, dont 26 ont une activité de médecine générale. La démarche engagée par le Conseil Régional pour développer des centres de santé via le GIP Pro santé a permis d'engager une dynamique intéressante ces deux dernières années (7 CDS créés et en fonctionnement). La problématique de la viabilité financière des centres de santé reste toujours un enjeu important.
- L'expérimentation de création d'équipes de soins primaires, noyau pluri-professionnel permettant d'enclencher une dynamique de prise en charge coordonnée avec pour objectif d'être une première pierre vers la création de MSP. L'ARS Centre-Val de Loire s'est engagée avec la fédération des URPS à la création d'une cinquantaine d'ESP, avec un soutien financier sur 2 ans. Ces organisations seront soumises à évaluation. Elles sont au nombre de 27 actuellement.
- Le déploiement des CPTS avec un objectif affiché de couvrir l'ensemble de la région à la fin du PRS 2 afin d'avancer sur une organisation territoriale et populationnelle dont notamment les soins non programmés. La région Centre-Val de Loire, grâce à un travail de partenariat étroit avec la fédération des URPS, est l'une des régions les plus avancées en termes de couverture populationnelle et de contractualisation ACI. 28 CPTS ont eu leurs projets de santé validés par l'ARS sur les 33 projetées et 27 sont en fonctionnement avec un ACI.

Afin d'encourager les exercices coordonnés de soins tels que les MSP et les CDS, l'ARS Centre-Val de Loire les accompagne financièrement avec une aide au démarrage de 15K€. Le Conseil régional via le CPER est également un partenaire fort en termes de soutien à ces exercices.

L'ARS Centre-Val de Loire a également engagé une politique de formation afin de promouvoir la montée en compétence des coordonnateurs de MSP et de CPTS ainsi que les leaders de ces structures. Ces formations sont portées par un collectif d'acteurs que sont la fédération MSP, la fédération des URPS et l'EHESP. Ainsi,

en 2020/21, la formation PACTE a concerné 12 leaders MSP, 12 coordonnateurs de MSP et 16 coordonnateurs de CPTS.

Ces structures coordonnées et ces organisations territoriales, ainsi que la mobilisation des professionnels de santé libéraux, ont permis dans le cadre de la crise sanitaire d'avoir des relais essentiels dans la gestion de la crise tant sur le dépistage que la vaccination. Les exercices coordonnés ont démontré une forte capacité de réaction et d'organisation.

Le déploiement des DAC et la nouvelle labélisation des hôpitaux de proximité 2022 sont également des leviers à noter dans la structuration de l'offre de 1^{er} recours au bénéfice des parcours. En effet, les DAC viennent en appui des MSP, des CDS et des ESP en cas de situation de patients complexes et les appuient tant dans l'orientation que la coordination avec les acteurs du territoire. Leur rôle dans la fluidification des parcours s'est installé de façon encore inégale dans chaque département du fait de la création progressive des DAC sur la période du PRS2.

Quant aux hôpitaux de proximité 2022, ils ont pour ambition d'être un acteur de proximité et d'assurer une logique de parcours, avec un partenariat fort ville-hôpital à créer ou à développer avec les CPTS notamment.

De nouveaux leviers (exercice mixte, assistants médicaux, ...) doivent également être plus amplement utilisés afin de répondre aux enjeux de démographie médicale, de meilleure utilisation de la ressource médicale et paramédicale et d'accès aux soins.

2. Réalisation d'actions

a) Faits marquants :

- Aide au démarrage pour MSP et CDS – 15k€
- Financement des 27 ESP en avance de phase par rapport au national
- Travail de partenariat entre ARS/Assurance maladie pour le déploiement des ACI CPTS et MSP,
- Déploiement de postes de psychologues en MSP et CDS afin de proposer des consultations de psychologues à la population, sans avance de frais (EC)
- 2 SAS pilote en place fin 2021

b) Chiffres clés :

- 2022 : 28 CPTS, 90 % de la population est couverte par une CPTS
- 127 MSP, 60 % des MSP ont signé un ACI
- 2 SAS
- 10 Hôpitaux de proximité
- 6 DAC
- Déploiement de la télémédecine et de sphère

3. Indicateurs d'évaluation

N°	Intitulé indicateur d'impact	Valeur initiale 2016	Valeur cible à 5 ans	Valeur actuelle /la plus récente connue
1	Part de la population pouvant bénéficier d'un	0	100 %	90% (pour les CPTS)

	exercice coordonné ou d'une coopération territoriale			
2	Part de la population des + de 16 ans sans médecin traitant	13 %	10 %	15,8% source AM au 13/12/2021

4. Bilan/tendance de la réalisation de l'objectif dans les départements de la région

Il faut noter la forte dynamique relative aux structures de soins coordonnées, avec un partenariat étroit avec la fédération des URPS, des MSP, l'Assurance maladie et le Conseil régional. Cette cohérence d'actions doit se poursuivre au regard des enjeux demain en terme de démographie médicale et d'attractivité pour notre région.

5. Conclusion et commentaires

Cet objectif doit être poursuivi afin de consolider l'existant. Ces organisations sont en effet à un stade de maturité différente et restent tributaires de la mobilisation des leaders, d'où les actions mises en œuvre lors du PRS : ACi, formation Pacte...

Il s'agit également de poursuivre le développement de ces structures ou organisations coordonnées, avec pour ambition d'innover dans les pratiques professionnelles (IPA, assistants médicaux, télé-prescription, primo-prescription par des professionnels paramédicaux, ...). La pluridisciplinarité des professionnels participant au fonctionnement de ces organisations est un atout majeur sur lequel il est important de s'appuyer.

Chapitre 6 : Évolution de l'offre sanitaire

Objectif opérationnel n°10 : Organiser la réponse ambulatoire et hospitalière aux besoins de soins non programmés

1. Analyse de la mise en œuvre de l'objectif opérationnel

1/ Mieux communiquer

Des éléments de communication ont été mis en place, notamment sur le site de l'ARS. Localement, des informations ont pu également être diffusées, par exemple par les CPTS.

L'objectif d'une bonne information des usagers pour un usage raisonné des urgences demeure pleinement d'actualité, dans le contexte nouveau de la mise en place du SAS et de l'essor des CPTS.

2/ Organiser les Soins Non Programmés (SNP) en fonction des périodes d'activité.

2.1– concernant l'évolution de l'organisation du secteur libéral pour répondre aux soins non programmés.

a) La permanence des soins ambulatoires (PDSA) :

Le cahier des charges PDSA a été revu en 2019 à la suite de la parution du PRS2. Il n'avait pas été rénové depuis 2016. Les principaux axes liés à cette mise à jour ont été de :

- Positionner la régulation comme un axe majeur de la PDSA avec la possibilité d'expérimenter de la régulation déportée et de doubler la régulation en fonction des besoins identifiés par le SAMU.
- Déployer des effectives mobiles sur des secteurs élargis afin d'assurer les visites incontournables à domicile, en EHPAD, et les certificats de décès.
- Diminuer, en lien avec le déploiement de l'effectif mobile, des secteurs de garde ou des périodes horaires de PDSA.

Il est à noter également d'une manière générale une restriction des horaires de PDSA après 20h00.

Un des enjeux est donc le déploiement de la « mission soin non programmée » des CPTS afin d'organiser en journée une prise en charge des SNP et éviter un effet report de ce besoin de soins aux horaires de PDSA.

b) La mise en place de deux projets pilotes de services accès aux soins pilotes (36 et 37) :

Annoncée en septembre 2019 comme mesure du Pacte de refondation des urgences et réaffirmée dans le cadre du Ségur de la santé, l'expérimentation du Service d'accès aux soins (SAS) en région a été lancée fin 2020. Le SAS a pour objectif de répondre aux demandes de soins non programmés des patients. Selon la situation, il peut fournir un conseil ou une orientation vers une consultation non programmée, en ville ou à l'hôpital ou vers un service d'urgences ou, en cas d'urgence, déclencher l'intervention d'un service mobile d'urgence et de réanimation ou de toute autre équipe pré-hospitalière.

Le SAS a un périmètre plus large que l'actuel Centre 15. Il est fondé sur un partenariat étroit et équilibré entre les médecins de ville et les professionnels de l'urgence hospitalière des SAMU, en lien avec les services de secours. Le SAS doit permettre de coordonner les acteurs de la santé pour mieux répondre aux urgences. À la suite des conclusions du Ségur de la santé, un appel à projets a été lancé en juillet 2020 pour identifier les projets pilotes sur l'ensemble du territoire national.

Deux projets ont été retenus en Centre-Val de Loire pour préfigurer le SAS, dans l'Indre et en Indre-et-Loire. Dans l'Indre, le projet est porté par l'Inter-CPTS 36 et le Centre hospitalier Châteauroux-Le Blanc. En Indre-et-Loire, le projet est porté par le Collectif des CPTS et le Groupement hospitalier de territoire des établissements publics de santé d'Indre-et-Loire. Ces deux projets témoignent de la volonté des acteurs de la médecine de ville et de l'aide médicale d'urgence de travailler ensemble.

Les deux SAS pilotes ont démarré leur activité fin 2021. Il est à présent nécessaire de les consolider dans leurs organisations.

Cette nouvelle organisation, à savoir une régulation organisée pour les soins non programmés et une réponse adaptée en fonction du besoin à la population par le secteur libéral, doit s'étendre à l'ensemble des départements. Il s'agira pour le PRS 3 de se doter d'un SAS par département.

c) [Encourager l'expérimentation et le développement de structures ou d'organisations public/privé coordonnées au sein des établissements de santé pour désengorger les urgences.](#)

Les coopérations public / privé entre les établissements ont été enrichies par la crise sanitaire (mise à disposition de personnel, communication fluide concernant l'activité à date, transferts/ orientations de patients...). Ces liens sont à confirmer en phase d'activité plus classique. Une organisation territoriale des SNP de jour avec une offre diversifiée, cabinet de ville, MSP ou des centres de soins non programmés dédiés tels que ceux portés par la clinique de l'Archette, la polyclinique de Blois ou le CH de Dreux est à rechercher afin d'éviter l'afflux de patients aux urgences. Elles doivent toutefois être pensées au regard des évolutions en cours et à venir en terme de réforme des autorisations et de financement qui se fixent l'objectif d'une non prise en charge des soins dits non urgents par les services d'urgence. Il s'agira pour le PRS 3 d'innover en portant des organisations/ métiers nouveaux : les PASI (point d'accueil pour soins immédiats, les IPA, organisation d'antennes des SAU, ...).

d) [Organisation de soins non programmés en journée en ville en lien avec les MSP et les CPTS.](#)

La région Centre-Val de Loire, grâce à un travail de partenariat étroit avec la fédération des URPS, est l'une des régions les plus avancées en termes de couverture populationnelle par les CPTS. Les CPTS ont notamment comme mission de porter une organisation des SNP en journée en s'appuyant sur les médecins, MSP et CDS de leurs territoires. L'organisation des SNP reste toutefois inégale d'une CPTS à l'autre et est souvent peu lisible par les acteurs de santé et la population. C'est un enjeu important du PRS 3.

e) [Mieux coordonner et fluidifier afin d'éviter le passage aux urgences](#)

Les HAD interviennent à plusieurs niveaux dans le parcours de prise en charge et pour éviter les hospitalisations :

- La mise en place du dispositif IDE de nuit porté par une HAD (28, 37, 41, 45) depuis 2019. Les 1eres évaluations sont en cours afin d'estimer le nombre d'hospitalisations évitées,
- Pendant la crise sanitaire, des dérogations réglementaires ont pu permettre la prescription du médecin coordonnateur HAD en l'absence de médecin traitant,

Les parcours d'admissions directes pour les personnes âgées sont en cours de construction en région, suite à la parution du pacte de refondation des urgences, notamment sa mesure 5. Des crédits spécifiques (AC MCO) ont été accordés aux GHT pour la construction de ces parcours.

L'avancement des projets est différent en fonction des dynamiques territoriales et des ressources existantes. Des réunions régionales associant les gériatres de la région sont organisées depuis l'année 2020 afin de porter ce sujet, entre autres.

Pour aider à la construction des filières d'admission directe sur les territoires, l'ATIH a outillé les ARS et les établissements de santé d'une méthodologie d'analyse du potentiel d'admissions directes en service de médecine chirurgie. Cet outil doit :

- Permettre aux acteurs de réaliser leur propre diagnostic
- Evaluer le potentiel de passages aux urgences évitables
- Pouvoir cibler les efforts à produire en fonction des organisations et des contraintes propres à chaque établissement/territoire.

2.2 – concernant l'évolution de l'organisation de l'hôpital pour mieux prendre en compte les urgences

a) Le besoin journalier moyen en lits (BJML)

Partant du constat que la saturation de l'aval des urgences (manque de lits d'hospitalisation) est une composante importante de la saturation des services d'urgences, le Besoin Journalier Minimal en Lits (BJML) est un outil d'anticipation qui permet d'approximer, a minima, le nombre de lits d'aval nécessaires au quotidien pour les services d'urgences, sur une période donnée de l'année. La définition et l'affichage clair d'un objectif chiffré (BJML) peut concourir à une démarche vertueuse de fluidification de l'aval des urgences à travers une évaluation journalière de l'atteinte de cet objectif. La crise sanitaire n'a pas permis de se saisir complètement de cet outil.

Il est nécessaire de recommencer la démarche auprès des établissements et d'associer le BJML à la mise en place de cellules de gestion des lits: les deux démarches doivent aussi être associées à la réaffirmation de la nécessaire solidarité territoriale concernant les soins non programmés urgents, solidarité éprouvée ayant porté ses fruits au plus fort des vagues de Covid-19.

Ainsi, les articulations entre les services d'urgence, les cellules de gestion des lits et les structures d'aval doivent être renforcées afin d'assurer une fluidité pour la sortie d'hospitalisation.

C'est un enjeu fort pour le PRS 3 qui doit être enrichi de cette thématique avec en premier lieu un prisme EHPAD.

b) La mise en place d'un pool régional de remplacement des médecins urgentistes

Un des objectifs du PRS 2 était de créer un pool régional d'urgentistes afin de créer une solidarité régionale au regard de la problématique de démographie médicale et la difficulté des ES à maintenir l'ouverture des services d'urgence 24/24 h. Ce dispositif a été développé via l'outil WOOG mais n'a été utilisé qu'en Indre-et-Loire, il a été décidé de ne pas le renouveler.

La mise en place de la prime territoriale de solidarité à venir à l'échelle de la région pour les urgentistes est un véritable levier pour aider aux collaborations territoriales.

c) Création Observatoire régionale des urgences (ORU)

La création de l'ORU a abouti début 2021 après des réflexions menées entre l'ARS, le GIP e-santé Centre-Val de Loire, la faculté de médecine et Santé publique France. L'ORU Centre-Val de Loire, porté par l'ORS, rassemble et analyse l'ensemble des données disponibles concernant l'activité des structures d'urgences de la région et assure la démarche qualité. Il propose également aux établissements membres un accompagnement et un soutien logistique à la production ou l'échange d'informations.

Définition d'une organisation régionale de fonctionnement des HéliSMUR avec les professionnels pour harmoniser et optimiser l'utilisation des HéliSMUR et garantir une couverture régionale maximale.

La situation des services d'urgences de la région Centre-Val de Loire reste fragile. Il s'agira pour le PRS 3 de poursuivre les coopérations engagées public/public et public/privé afin de répondre aux besoins de la population, population qui elle-même devra prendre en compte les évolutions organisationnelles à venir.

2. Réalisation d'actions

a) Faits marquants :

- Création ORU
- 2 SAS pilotes en région
- Déploiement des CPTS avec des organisations de SNP en cours de mise en place

b) Chiffres clés :

- L'activité des urgences a progressé en nombre de passages au niveau régional de +3,5% entre 2018 (850 048) et 2019 (879 463) avant de diminuer, en 2020, à – 17,6% (724 992) puis d'augmenter à nouveau +11,7% (809 659) en 2021. 18% des passages sont classés en CCMU1 et 1% en CCMU 4-5. Le nombre d'appels régulés en 2020 s'établissait 795 636 appels soit 36.9% de plus qu'en 2019 (hausse régionale la plus forte).

Elements chiffrés sur les flux hospitaliers MCO pour les PA 75 ans et plus : données 2018 à 2020

Département du Cher			
Mode entrée	Nb de séjours 2018	Nb de séjours 2019	Nb de séjours 2020
Entrée directe	8 284	8 556	7 125
Avec Passages aux urgences	8 050	8 026	7 553
à partir de structure médico-social	58	78	52
TOTAL	16 392	16 660	14 730

Département d'Eure-et-Loir			
Mode entrée	Nb de séjours 2018	Nb de séjours 2019	Nb de séjours 2020
Entrée directe	9 200	9 368	7 987
Avec Passages aux urgences	12 458	12 848	12 005
à partir de structure médico-social	400	412	362
TOTAL	22 058	22 628	20 354

Département de l'Indre

Mode entrée	Nb de séjours 2018	Nb de séjours 2019	Nb de séjours 2020
Entrée directe	5 282	4 972	4 530
Avec Passages aux urgences	6 957	6 859	5 900
à partir de structure médico-social	85	66	43
TOTAL	12 324	11 897	10 473

Département d'Indre-et-Loire

Mode entrée	Nb de séjours 2018	Nb de séjours 2019	Nb de séjours 2020
Entrée directe	24 940	25 389	21 682
Avec Passages aux urgences	16 523	15 242	14 535
à partir de structure médico-social	193	240	184
TOTAL	41 656	40 871	36 401

Département de Loir-et-Cher

Mode entrée	Nb de séjours 2018	Nb de séjours 2019	Nb de séjours 2020
Entrée directe	9 048	9 185	8 082
Avec Passages aux urgences	8 054	8 182	7 048
à partir de structure médico-social	172	131	64
TOTAL	17 274	17 498	15 194

Département du Loiret

Mode entrée	Nb de séjours 2018	Nb de séjours 2019	Nb de séjours 2020
Entrée directe	20 360	20 482	20 528

Avec Passages aux urgences	13 392	13 607	11 289
à partir de structure médico-social	166	176	168
TOTAL	33 918	34 265	31 985

3. Indicateurs d'évaluation

N°	Intitulé indicateur d'impact	Valeur initiale 2016	Valeur cible à 5 ans	Valeur actuelle /la plus récente connue
1	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	-	Pas de donnée	14 % en 2020 A maintenir
2	Taux de respect des plages d'ouverture des organisations pluri-professionnelles bénéficiant de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI)	-	Pas de donnée	Indicateur neutralisé Ne pas maintenir, manque de possibilité de vérification.

4. Bilan/tendance de la réalisation de l'objectif dans les départements de la région

Sur la période du PRS 2, les acteurs de territoire ont pu s'appuyer sur de nouveaux leviers (CPTS, SAS, PTS, ...) afin de mieux organiser la réponse aux besoins de soins non programmés, ce qui a permis de soutenir l'organisation et l'accès aux soins à la population. Toutefois, il est nécessaire que les SNP se consolident et gagnent en visibilité afin d'appuyer les services d'urgences qui entrent dans un contexte évolutif en termes d'autorisations et de financement (retrait de la part des CCMU 1 dans le financement des SAU). De plus, la problématique RH médicale et paramédicale est particulièrement prégnante dans des services mis sous tension pendant la période Covid-19. Cette dernière a, toutefois, permis d'identifier des axes d'amélioration sur la gestion de lits intra-ES, des filières aval et du besoin de lisibilité de l'offre en SNP en journée. La création de l'ORU doit permettre de mieux objectiver l'organisation des SAU et des SMUR afin de faire évoluer l'offre.

5. Conclusion et commentaires

Dans le futur schéma régional, cet objectif pourra être modifié en renforçant l'organisation ville-hôpital concernant les SNP urgents et non urgents.

Commentaires :

Les évolutions récentes telles que la création de l'ORU, la mise en place des SAS, le déploiement de la réforme du financement des urgences et à venir des autorisations posent les bases de nouvelles organisations des SNP.

Les ACI MSP et CPTS tendent vers une organisation des soins non programmés de ville vertueuse, mais souffrent de la démographie médicale très défavorable ; le SNP de ville doit être organisé encore davantage et rendu lisible.

Les changements importants portés par les réformes et les dispositifs doivent être accompagnés d'une communication régionale avec déclinaisons territoriales infra départementales auprès de la population.

Chapitre 06 : Évolution de l'offre sanitaire

Objectif opérationnel n°11 : Optimiser le parcours de l'utilisateur et sa bonne orientation

1. Analyse de la mise en œuvre de l'objectif opérationnel

Rappel 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 :

- Asseoir le ROR en tant qu'outil des SNACs (services numériques d'appui à la coordination/e-parcours)
- Consolider l'utilisation de la plate-forme d'orientation ViaTrajectoire
- Utiliser tous lieux d'échanges intersectoriels structurés pour assurer une communication adaptée sur les outils ROR et ViaTrajectoire

Les outils ROR et Viatrajectoire ont été identifiés par le PRS2 comme les outils de référence permettant de mieux orienter les usagers dans le système de santé.

Concernant le ROR :

Le répertoire opérationnel des ressources vise à **décrire toutes les offres de soins** dispensées par les acteurs sanitaires et médico-sociaux. Le ROR n'étant pas un annuaire, il n'a pas vocation à être consulté en direct par les acteurs, contrairement à ce qui a été tenté de faire les années passées.

Un **annuaire national** (www.santé.fr), accessible par les professionnels et le grand public, a cependant été constitué par le SPIS en 2019 à partir des bases de données du ROR, FINESS et RPPS pour accéder aux données ambulatoires, sanitaires et médico-sociales.

Les **acteurs du secteur social** qui ne concourent pas directement à la prise en charge ne sont pas à ce stade décrits au sein du ROR et n'apparaissent pas sur Santé.fr. Dans l'attente et afin de déployer le projet SPHERE auprès des acteurs du social, le GRADES a créé un annuaire régional qu'il alimente à chaque demande de création de compte.

A noter que le ROR a été utilisé dans le contexte de **crise sanitaire**, en tant qu'outil de pilotage de la disponibilité de l'offre hospitalière : des tableaux de bord ont ainsi été conçus à partir du ROR et diffusés à l'ensemble des offreurs de soins afin que chacun dispose d'une visibilité sur les places disponibles en établissements de santé. Il a également servi au centre de crise pour les transferts inter-régionaux.

Pistes pour le PRS 3 :

- 1) Afin de rendre davantage visible l'offre de santé disponible en région Centre-Val de Loire, une réflexion devra être menée dans le cadre des travaux du prochain PRS pour permettre à la région de disposer, en complément de Santé.fr, d'un annuaire régional (accessible aux professionnels et grand public) recensant les acteurs du social ou d'autres structures qui ne sont pas référencés sur santé.fr

(soins de support en cancérologie, associations de lutte contre les violences faites aux femmes, structures prévention risque de suicide, structures en santé mentale, autisme,...)

- 2) Les applications régionales du GRADES qui s'appuyaient initialement sur des annuaires autonomes vont devoir évoluer pour s'appuyer sur les bases de données des référentiels socles nationaux (RPPS+, FINESS et ROR) afin de sécuriser les autorisations d'accès et habilitations des professionnels de santé, notamment vis-à-vis du logiciel de coordination SPHERE. Un process encadrant l'inscription des acteurs sociaux et de tous les acteurs intégrant le cercle de soin d'un usager mais ne faisant pas partie de l'équipe de soin devra être développé.

Concernant Viatrajectoire :

Viatrajectoire est un outil d'orientation pour organiser les parcours en direction des secteurs :

- Sanitaire (SSR HAD, expérimentations PRADO) (utilisation par les professionnels)
- Grand âge (EHPAD) (accessible aux professionnels, mais également aux familles)
- Handicap (accessible aux professionnels, mais pas encore aux familles)

On constate une augmentation des usages avec une hétérogénéité des pratiques en fonction des structures. Des actions de formation sont organisées par le GRADES auprès des professionnels de santé pour utiliser de manière opérationnelle cet outil au bénéfice de la population. A noter que l'augmentation du turn over dans les établissements impacte les usages sur VT et nécessite des formations + fréquentes pour faciliter l'appropriation de l'outil.

D'un point de vue technique, on constate que les actions visant à synchroniser les données entre le ROR et ViaTrajectoire augmentent sensiblement les usages des professionnels (cf plus de double saisies/mises à jour des dossiers et diminution des problèmes d'identité-vigilance).

Les données statistiques disponibles sur VT sont insuffisamment exploitées par les acteurs :

- Les tables de données du module sanitaire transmises aux ARS sont tronquées avec près de 10% de dossiers inexploitable.
- L'aide à la planification et la quantification des usages doivent être relativisées en raison du manque de fiabilité des données statistiques (pratiques des acteurs hétérogènes, dossiers ouverts sur VT non clôturés avec une finalisation des admissions réalisées en dehors de VT).

Des travaux sont en cours au niveau national avec les GRADES et les ARS pour fiabiliser le module statistique de Viatrajectoire afin de disposer d'un outil de pilotage plus ergonomique et exploitable.

Module sanitaire :

Un algorithme relatif aux HAD, ADOP-HAD, a été intégré. Il permet aux médecins prescripteurs (de ville et à l'hôpital) d'identifier rapidement si un patient est éligible à une HAD, quel que soit son âge, sa situation clinique et sa provenance (domicile, hôpital et établissements médico-sociaux ou sociaux avec hébergement). Toutefois, Viatrajectoire reste sous-utilisé pour l'HAD.

Les expérimentations PRADO ont été déployées à la demande des CPAM de 4 départements (sauf 41 et 45) pour fluidifier les parcours suivants (chirurgie, insuffisance cardiaque, BPCO).

Module Grand-âge : Déployé sur l'ensemble de la région, les usages progressent de manière hétérogène selon les départements. Près de 500 demandes d'admissions en structures d'hébergement PA sont réalisées chaque mois sur la région Centre-Val de Loire avec ViaTrajectoire, dont les 2/3 émanent de services hospitaliers et 1/3 de la ville (famille, médecin traitant, ...).

A noter que les DAC ont également été accompagnés par le GRADES pour aider des usagers ou des libéraux à constituer des dossiers de candidatures sur ViaTrajectoire (concernant certaines orientations complexes).

Module Handicap :

Le module handicap permet de suivre l'orientation des personnes en situation de handicap vers les établissements et services médicaux sociaux. Les 6 MDPH de la région intègrent les décisions d'orientation dans l'outil et promeuvent régulièrement Viatrajectoire auprès des ESMS. (près de 11 000 dossiers créés en 2021).

2. Réalisation d'actions

a) Faits marquants :

- Promotion de Santé.fr pendant la crise Covid-19 qui a été fortement utilisée par le grand public pour identifier l'offre de dépistage et de vaccination pendant la crise Covid-19

b) Chiffres clés :

A fin mars 2022 :

- 100% des structures PH, 91% des structures PA et 24% des établissements sanitaires ont déjà synchronisé les données du ROR avec VT. Le GRADES doit accompagner les 104 établissements restants sur 2022.
- Près de 11 000 dossiers créés sur VT HANDICAP en 2021
- + de 4400 demandes d'admissions en EHPAD réalisées sur VT GRAND AGE en 2021

3. Indicateurs d'évaluation

N°	Intitulé indicateur d'impact	Valeur initiale 2016	Valeur cible intermédiaire	Valeur cible à 5 ans	Valeur actuelle /la plus récente connue (2021)
1	Diminuer le taux d'hospitalisations potentiellement évitables	-	6,7 % en 2018	-	Indicateurs neutralisés
2	Taux d'établissements MCO utilisant Via-Trajectoire pour l'ensemble de leurs orientations en SSR	-	-	100 %	43/53 soit 81 %
3	Taux d'admissions en EHPAD réalisées avec Via Trajectoire	-	-	-	4411 admissions % inconnu. Proposition de raisonner en nbre d'admissions

4	Enquête de satisfaction des usagers du ROR (visibilité des ressources disponibles / Bonne orientation du patient)	Fiche jamais travaillée avec le COPIL ROR au moment de l'élaboration de l'enquête. Proposition de moduler l'indicateur pour identifier les ES transmettant leurs données capacitaires	-	-	En 2021 100 % des établissements sanitaires ont alimenté le tableau de bord des capacités MCO, SSR et PSY
---	---	---	---	---	--

4. Bilan/tendance de la réalisation de l'objectif dans les départements de la région

La crise Covid-19 a mis en évidence la nécessité de disposer d'outils robustes pour partager l'information sur la disponibilité des lits. Le ROR a permis de rendre ce service pour les activités de soins critiques (réanimation, surveillance continue). Le ROR a cependant montré des limites concernant l'exploitation des lits MCO du fait des hospitalisations hors cibles possibles et de la capacité des organisations à s'adapter face aux besoins. La question se pose de doter les GHT d'outils de bed-management ou de permettre aux SAMU/urgences de disposer d'un outil territorial de visualisation des lits. Cette réflexion, allant de pair avec une évolution des pratiques et des organisations sanitaires devrait faire l'objet d'un groupe de travail pour le prochain PRS.

5. Conclusion et commentaires

Dans le futur schéma régional, cet objectif pourra être proposé sous un format d'un chapeau socle – Enjeux et outils numériques avec un objectif de lisibilité vis-à-vis des professionnels et des usagers.

Chapitre 06 : Évolution de l'offre sanitaire

Objectif opérationnel n°12 : Garantir une gradation de l'offre de soins pour assurer un maillage adapté et sécurisé

1. Analyse de la mise en œuvre de l'objectif opérationnel :

Cet objectif opérationnel avait pour ambition trois axes :

- Définir clairement une offre de proximité, de recours et de référence ;
- Assurer la pérennité de cette gradation de l'offre ;
- Définir des protocoles de prises en charge graduée.

Le PRS 2 pose comme principe que tous les établissements de santé proposent une offre de proximité à la population y compris les établissements de recours et de référence. Sur la période du PRS 2, concernant les activités de médecine, de chirurgie et de services des urgences, il n'y a pas eu de fermetures de services à l'exception de la fusion de deux cliniques en Indre- et- Loire. Ce rapprochement n'a pas impacté l'offre sur le territoire.

Certains services connaissent cependant des problèmes de démographie médicale et doivent avoir un recours important à l'intérim pour assurer la continuité des soins ; il s'agit principalement des SAU, de services d'anesthésie, ou de petites maternités.

A ces problèmes d'effectifs médicaux s'ajoutent depuis peu des problèmes d'effectifs paramédicaux qui induisent des fermetures de lits dans certains services stratégiques de la région, mais également dans de nombreux SSR.

La situation reste donc difficile dans certains points du territoire et appelle des solutions à travailler localement.

1) De nouvelles organisations pour soutenir l'offre

Malgré ces tensions, les restructurations d'activités, ou nouveaux partenariats ont permis de conserver ou adapter une offre sur les territoires au plus près de la population afin de répondre aux enjeux à la fois de sécurité et de continuité des soins :

- La création de GCS public-privé à Chinon et St Amand Montrond
- La reprise de l'activité de la clinique de Gien par le CHRO
- La mise en place de 2 nouveaux CPP à Châteaudun et au Blanc suite à la fermeture des maternités en raison de l'impossibilité de garantir pour ces dernières les conditions de sécurité des parturientes et les conditions techniques de fonctionnement.

Conformément au PRS, les SSR de petites capacités sont par ailleurs en cours de regroupement ou de transformation vers une offre de service à la population orientée vers le médico-social tout en préservant les capacités d'hospitalisation sur les territoires en créant des plateaux pour permettre la qualité des prises en

charge. La bascule en HDJ ou l'implantation de nouvelles offres, quand elles répondent aux possibilités d'accès à l'offre de la population, se sont également mises en œuvre.

Les outils de e-santé, en particulier ceux qui permettent la coordination du parcours patient, se déploient ; ils doivent contribuer à renforcer les liens entre les acteurs.

L'ambulatoire, structuré en organisations coordonnées, représente une force pour la région. Son organisation plus ou moins mature sur tous les territoires offre un maillage qui a su montrer sa réactivité. Pour accompagner cette montée en puissance, l'ARS avec la région accompagnent ces différentes coordinations (ESP/MSP/CPTS/CDS) ; la mise en œuvre de missions particulières qui répondent aux besoins de la population peut donner lieu à des accompagnements ponctuels.

La télé-expertise, qui se met en place en gériatrie, avant de se déployer sur d'autres spécialité, doit également permettre quel que soit l'endroit du territoire, d'avoir un recours à un spécialiste (libéral ou hospitalier).

2) Le développement des autorisations sanitaires pour un meilleur maillage de l'offre

Au-delà de l'offre existante qui, comme vu supra, s'est globalement maintenue en médecine, chirurgie et urgences, le PRS, via les OQOS, comportait des enjeux de déploiement et/ou d'évolution de l'offre en région:

- Le développement de l'hospitalisation partielle (HDJ) en médecine, chirurgie, SSR et psychiatrie afin de répondre aux besoins de la population et à l'évolution des pratiques professionnelles. Le bilan du développement dans ce domaine est en deçà des attentes en médecine, avec uniquement une nouvelle autorisation HDJ autonome en médecine (45).
- L'offre en imagerie était un enjeu fort, avec une hausse prévisionnelle importante en nombre d'appareils (+ 16 IRM, + 17 scanners, + 6 gamma-camera, + 6 TEP, + 1 cyclotron) tout en évitant la dispersion des équipements. Début 2022, 20 autorisations d'appareils en EML sont encore disponibles. A noter qu'en sus, trois besoins exceptionnels ont été réalisés en implantations géographiques pour des IRM afin d'assurer une prise en charge au plus près de la population : Saint Amand (18), Le Blanc (36), et Châteaudun (28).
- L'objectif était également de faire évoluer l'offre en insuffisance rénale chronique notamment en dialyse médicalisée, en auto-dialyse et en dialyse péritonéale. Peu de promoteurs se sont positionnés sur les deux dernières modalités citées, enjeu du PRS 3.
- L'offre en SSR était également un enjeu du PRS 2, avec pour objectif le déploiement de spécialités et le développement de l'hospitalisation de jour. Afin de couvrir le besoin en HDJ, deux besoins exceptionnels en implantation géographique ont été reconnus (36 et 41). 4 autorisations d'HDJ SSR ont été accordées, de même qu'une autorisation de SSR oncohématologie en hospitalisation complète à fin 2021.

3) Concernant la gradation de l'offre de soins, l'analyse de l'activité des urgences et du MCO met en évidence :

Pour les urgences : L'activité des urgences a progressé en nombre de passages au niveau régional de +3,5% entre 2018 (850 048) et 2019 (879 463) avant de perdre en 2020 – 17,6% (724 992) et de s'établir à 809 659 en 2021. Ces évolutions ont été globalement communes à tous les services d'urgence de la région, à l'exception des urgences du centre hospitalier de DREUX, qui enregistrent une progression de +2,1% en 2020 et de +26% sur la période 2018-2021.

Pour le MCO :

Sur la période 2016-2020, l'activité de médecine a subi dans le secteur public une baisse de -13% en hospitalisation complète, une hausse de +4% en ambulatoire, et de +8,1% en séances. Cette variation est

contrastée dans le secteur privé, respectivement à – 16% en hospitalisation complète, -21,9% en ambulatoire et +16% en séances et venues.

En Chirurgie, la présentation est différente : dans le secteur public, -17% en hospitalisation complète, -5,2% en ambulatoire contre respectivement -32% et +4% dans le secteur privé.

En Obstétrique dans le public : -12,8% en hospitalisation complète, -39% en ambulatoire et -10% en séances et venue, pour respectivement -7,2%, -14% en ambulatoire, le privé ne réalisant pas de venues et séances en obstétrique.

Le scénario de cette baisse est quasiment le même, à savoir : une croissance de l'activité en pente douce jusqu'en 2019 puis une chute brutale en 2020.

Cette baisse ne traduit pas une augmentation des « fuites » extra régionales. En effet la part des fuites est relativement stable autour de 95 000 séjours /an avec une chute à 81 034 en 2020 et un quasi retour à la situation antérieure : 92 704 en 2021. L'attractivité suit la même évolution sur la même période : 32 500 séjours en moyenne jusqu'en 2019, 28 948 en 2020 et 31 705 en 2021. Les pathologies pour lesquelles sont enregistrées ces fuites de patients restent également stables avec comme trio de tête le domaine digestif, la traumatologie et l'ophtalmologie.

Les chiffres détaillés de l'activité sur 2016-2021 figurent en annexe et des éléments complémentaires sur l'activité sont à lire dans la fiche bilan de l'objectif n°13.

4) L'impact de la crise sanitaire

La crise sanitaire liée à la Covid-19 a renforcé à la fois la gradation et la complémentarité des établissements en identifiant, pour l'organisation de la réponse sanitaire :

- a. des ES dits de 1ere ligne et de 2eme lignes : établissements de support de GHT et établissements autorisés en réanimation
- b. des établissements de 3eme ligne : établissements de santé avec une capacité de médecine et d'unité de soins critiques, SSR et HAD.

Gradation et complémentarité ont garanti l'adaptabilité du système de santé pour répondre aux besoins de la population, notamment :

- Adaptabilité des services de réanimation et de soins critiques pour répondre à la population avec une régulation régionale,
- Mise en place ou renforcement d'astreintes gériatriques et soins palliatifs,
- Forte croissance de l'activité d'HAD.

5) L'offre de soins de recours et de référence

Dans le cadre d'une réflexion des ES de recours et de référence, un travail conjoint a été lancé sur la cardiologie et sur la neuroradiologie interventionnelle entre le CH de Tours et le CHRO. Les coopérations mises en œuvre sur ces 2 spécialités ont permis de conforter le service de cardiologie du CHRO et de débiter une activité de neuroradiologie interventionnelle dans cet établissement.

Sur l'évolution de l'offre en terme de recours, il peut être donné en exemple l'offre développée dans le cadre du plan maladie neurodégénérative (PMND) avec :

- la création de 2 Unités cognitives-comportementales (une au Blanc et une à Vendôme),
- la labellisation d'un centre expert Parkinson qui a pu se faire grâce à la mobilisation active des acteurs associatifs (notamment France Parkinson) et des acteurs professionnels qui a permis la mise en œuvre d'une coopération entre le CHRU de Poitiers et le CHU de Tours,

- la labellisation d'un centre de ressources et de compétences SEP avec recommandation de l'ARS de travailler étroitement avec les autres experts (Alzheimer et Parkinson) autour d'une compétence transversale en incitant les partenariats et synergies de compétences.

2. Réalisation d'actions :

a) Faits marquants :

Maintien de l'offre en médecine, chirurgie et urgences,
Développement des autorisations en imagerie, HDJ MC, SSR et psychiatrie notamment
Labélisation des hôpitaux de proximité « nouvelle génération »
Impact de la crise Covid-19 sur l'activité et sur la gradation de l'offre

b) Chiffres clés

CF annexe

3. Indicateurs d'évaluation

N°	Intitulé indicateur d'impact	Valeur initiale 2016	Valeur cible intermédiaire	Valeur cible à 5 ans	Valeur actuelle /la plus récente connue
1	Taux d'évolution du volume annuel de séjours ayant une durée dépassant la borne haute des durées de séjour en médecine	1,89 %	2 % en 2018	Taux < 1 %	Indicateur neutralisé

4. Conclusion et commentaires :

Les faiblesses liées à la démographie médicale ont impacté particulièrement les urgences, notamment les ES support de GHT par rapport aux hôpitaux périphériques, l'anesthésie, la néphrologie et la pédiatrie sur le CHRO.

Le Berry est particulièrement impacté par les problèmes de démographie médicale tant sur l'accès à la médecine générale qu'aux spécialistes (néphrologie et urologie). Les services d'urgences du Cher sont extrêmement sous tension également.

Les 2 établissements de référence de la région se sont affirmés dans le cadre de l'organisation mise en place pendant la période Covid-19, de même pour les établissements support de GHT. Les liens se sont renforcés entre les établissements sanitaires et médico-sociaux par les appuis apportés (EOH, HAD) et l'ambulatoire.

La déclinaison des plans nationaux (santé mentale, pacte de refondation des urgences, FRD PMND, ...) et le renfort des financements en psychiatrie et SSR ainsi que la mise en œuvre de nouvelles autorisations d'activité de soins, ont été de vrais leviers qui ont permis de réduire les inégalités inter-régionales, et infra départementales et de développer des projets de territoire ainsi que l'offre de soins.

Le PRS 3 devra s'attacher à définir l'offre en proximité afin de répondre aux enjeux démographiques tant de la population (vieillesse de la population) que des professionnels de santé en coordonnant mieux

les dispositifs et l'offre existants et en facilitant l'accès à l'offre de recours et de référence. L'orientation voire la régulation de l'accès à l'offre de soins seront des leviers majeurs afin de répondre aux enjeux de santé de demain de la population de la région Centre-Val de Loire.

Annexe – Etude croisée de l’activité en région Centre-Val de Loire – MCO

Etude réalisée hors centres de dialyse et hôpitaux de proximité ; en distinguant les établissements publics et privés, et les établissements de + 15 000 séjours et < 15 000 séjours.

1a) Activité médicale et chirurgicale dans les établissements privés

Dans les établissements privés de la région de + 15 000 séjours, en dehors de l’effet Covid-19 de 2020, l’activité médicale et chirurgicale est relativement stable et revient en 2021 presque qu’au même niveau qu’en 2019 ou au-delà.

PMSI MCO - GHM - ASO	C - Chirurgie					
catégorie	+ 15 000 séjours					
Structure - Statut Tarifaire	Privé					
Somme de Nb Séjours		Année				
Département		2017	2018	2019	2020	2021
18		9 005	9 497	9 970	8 332	9 156
28		10 434	9 714	9 997	8 322	9 340
37		37 819	39 079	38 224	32 470	36 222
41		9 777	9 317	9 613	8 117	9 249
45		33 802	34 471	35 175	31 948	35 725
Total général		100 837	102 078	102 979	89 189	99 692

PMSI MCO - GHM - ASO	M - Médecine					
catégorie	+ 15 000 séjours					
Structure - Statut Tarifaire	Privé					
Somme de Nb Séjours		Année				
Département		2017	2018	2019	2020	2021
18		10 769	10 790	13 586	13 425	14 572
28		12 314	11 821	11 173	9 727	10 342
37		59 534	61 068	60 284	58 054	60 767
41		41 886	41 100	42 483	42 183	43 448
45		20 615	20 957	21 315	19 801	23 308
Total général		145 118	145 736	148 841	143 190	152 437

Dans les établissements privés < 15 000 séjours, l’activité médicale et chirurgicale est à l’arrêt sur deux départements (18 et 37) en 2021 après avoir subi une chute très importante en 2020. Elle repart à la hausse difficilement en 2021 dans le 45 et mieux dans le 41 et le 36.

PMSI MCO - GHM - ASO	C - Chirurgie					
catégorie	< 15 000 séjours					
Structure - Statut Tarifaire	Privé					
Somme de Nb Séjours		Année				

Département		2017	2018	2019	2020	2021
18		3 504	3 443	2 503	836	
36		4 471	4 952	5 268	4 779	5 638
37		2 344	2 178	2 355	395	
41		4 835	4 777	4 935	4 136	4 450
45		7 498	7 619	7 402	3 894	4 308
Total général		22 652	22 969	22 463	14 040	14 396

PMSI MCO - GHM - ASO	M - Médecine					
catégorie	< 15 000 séjours					
Structure - Statut Tarifaire	Privé					
Somme de Nb Séjours		Année				
Département		2017	2018	2019	2020	2021
18		3 061	3 058	3 169	888	
36		5 278	5 376	4 359	3 842	4 769
37		2 548	2 568	2 544	438	
41		2 503	2 658	1 805	1 690	1 840
45		16 567	16 830	16 282	10 497	13 716
Total général		29 957	30 490	28 159	17 355	20 325

1b) Activité médicale et chirurgicale dans les établissements publics

Dans les établissements publics < 15 000 séjours, l'activité médicale et chirurgicale est restée relativement stable ; elle n'a pas été sensible à la crise de 2020, et a augmenté de façon très significative en 2021 notamment dans le 18 (+35% en chirurgie) et le 28 (+83% en chirurgie).

PMSI MCO - GHM - ASO	C - Chirurgie					
catégorie	< 15 000 séjours					
Structure - Statut Tarifaire	Public					
Somme de Nb Séjours		Année				
Département		2017	2018	2019	2020	2021
18		2 725	2 582	2 615	2 976	4 027
28		2 414	2 422	2 526	2 822	5 170
36		199	153	153	237	227
37		4 313	4 529	4 367	5 853	7 179
41		3 247	3 067	2 888	2 503	2 919
45		541	611	564	567	540
Total général		13 439	13 364	13 113	14 958	20 062

PMSI MCO - GHM - ASO	M - Médecine					
catégorie	< 15 000 séjours					
Structure - Statut Tarifaire	Public					
Somme de Nb Séjours		Année				
Département		2017	2018	2019	2020	2021
18		11 816	12 085	12 152	11 373	12 222
28		11 344	11 098	11 062	9 391	8 894
36		2 571	2 265	2 122	2 283	2 717
37		14 408	14 765	15 101	15 566	16 207
41		12 884	12 694	13 165	12 483	12 957
45		6 323	6 597	6 420	5 776	5 970
Total général		59 346	59 504	60 022	56 872	58 967

Concernant les établissements publics de la région de + 15 000 séjours, le Loiret est le département qui a le moins subi l'effet de la crise en 2020 avec une baisse de l'activité de seulement 4% entre 2020 et 2019, alors que dans tous les autres départements cette baisse est à deux chiffres entre -15% dans le 37 et -20% dans le 41 et le 36. Entre 2017 et 2019, cette activité a été relativement stable.

PMSI MCO - GHM - ASO	C - Chirurgie					
catégorie	+ 15 000 séjours					
Structure - Statut Tarifaire	Public					
Somme de Nb Séjours		Année				
Département		2017	2018	2019	2020	2021
18		7 996	8 796	8 873	7 180	7 840
28		12 763	12 545	12 734	10 470	11 876
36		6 749	7 152	6 398	5 090	5 515
37		30 579	30 612	30 561	25 676	28 222
41		7 777	7 604	7 499	5 981	6 724
45		20 122	20 027	19 244	18 410	20 043
Total général		85 986	86 736	85 309	72 807	80 220

PMSI MCO - GHM - ASO	M - Médecine					
catégorie	+ 15 000 séjours					
Structure - Statut Tarifaire	Public					
Somme de Nb Séjours		Année				
Département		2017	2018	2019	2020	2021
18		35 402	35 986	36 496	35 821	36 070
28		51 008	52 928	57 061	52 175	56 209
36		26 547	25 745	25 080	23 388	24 279
37		124 891	126 687	125 391	118 525	121 315
41		22 695	22 286	21 355	19 559	20 384

45		112 596	116 066	115 581	114 150	118 929
Total général		373 139	379 698	380 964	363 618	377 186

2a) Activité d'obstétrique des établissements publics

L'activité d'obstétrique des établissements publics de + 15 000 séjours est relativement stable entre 2017 et 2021 avec très peu d'impact de la crise de 2020. Il en est de même pour les établissements publics plus petits sauf dans le 28 où on constate une chute très importante de -62% en 2018. Cette baisse s'aggrave en 2019. Une reprise s'amorce en 2020 qui tend à se confirmer en 2021.

PMSI MCO - GHM - ASO	O - Obstétrique					
catégorie	+ 15 000 séjours					
Structure - Statut Tarifaire	DGF					
Somme de Nb Séjours		Année				
Département		2017	2018	2019	2020	2021
18		2 089	1 994	2 063	1 870	1 925
28		6 484	6 332	6 312	5 810	5 807
36		2 377	2 317	2 223	2 131	2 104
37		5 661	5 783	5 701	5 738	5 966
41		2 406	2 462	2 424	2 293	2 352
45		9 430	10 004	10 175	9 612	9 395
Total général		28 447	28 892	28 898	27 454	27 549

PMSI MCO - GHM - ASO	O - Obstétrique					
catégorie	< 15 000 séjours					
Structure - Statut Tarifaire	DGF					
Somme de Nb Séjours		Année				
Département		2017	2018	2019	2020	2021
18		1 478	1 343	1 343	1 272	1 134
28		588	221	29	57	107
36		32	32	48	41	52
37		856	1 171	1 097	1 071	1 095
41		618	619	646	601	563
45		1 257	1 238	1 304	1 265	1 231
Total général		4 829	4 624	4 467	4 307	4 182

2b) Activité d'obstétrique des établissements privés

L'activité d'obstétrique dans les centres privés < 15 000 séjours se déroule essentiellement dans le 41. Elle est relativement stable sur la période 2017-2021. Dans les établissements privés de + 15 000 séjours, cette activité a été relativement stable sans constat d'effet sensible de la crise de 2020.

PMSI MCO - GHM - ASO	O - Obstétrique					
catégorie	< 15 000 séjours					
Structure - Statut Tarifaire	OQN					
Somme de Nb Séjours		Année				
Département		2017	2018	2019	2020	2021
36		1	3	5	2	
41		670	720	718	691	693
45		3	3	1	4	
Total général		674	726	724	697	693

PMSI MCO - GHM - ASO	O - Obstétrique					
catégorie	+ 15 000 séjours					
Structure - Statut Tarifaire	OQN					
Somme de Nb Séjours		Année				
Département		2017	2018	2019	2020	2021
18		543	674	641	678	757
28		56	46	77	71	35
37		3 127	2 995	2 961	2 704	2 693
41		864	870	821	874	861
45		776	816	798	779	784
Total général		5 366	5 401	5 298	5 106	5 130

Chapitre 07 : Évolution de l'offre sanitaire

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

1. Analyse de la mise en œuvre de l'objectif opérationnel

Un des enjeux majeurs concernant cet objectif a été de développer les formes alternatives à l'hospitalisation complète par la création ou la transformation de lits en place d'hôpitaux de jour en médecine et en SSR.

Le PRS 2 a posé comme principe que toute autorisation de médecine, de psychiatrie et de SSR accordée en hospitalisation complète pouvait donner droit à une autorisation d'hospitalisation partielle (HDJ) dès lors que le projet médical était conforme à la réglementation. Des HDJ autonomes étaient également identifiés. Cette possibilité a permis de développer 11 HDJ dont un autonome en médecine (45), 6 en psychiatrie (3 adultes/3 enfants) et 4 en SSR. Cet objectif de déploiement d'alternatives à l'hospitalisation sera repris dans le cadre du PRS 3.

Au-delà du développement de l'offre (sur la période 2016/2020),

- Concernant la médecine : Le nombre de lits et places en médecine a baissé de - 2% entre 2016 et 2020 (- 2,4% dans le public et + 2,1% dans le privé), alors que nombre de places en ambulatoire a progressé dans le même temps de 9% (+7,4% dans le secteur public et + 23,1% dans le secteur privé dans le même temps). Le poids des établissements publics sur cette offre de lits et places en médecine est entre 85% et 90 %, le rapport est le même qu'en 2016.
Ces évolutions capacitaires se traduisent en médecine par une baisse globale de -14% de l'activité en médecine en hospitalisation complète, mais principalement concentrée sur l'année 2020 (-12% en un an) ; l'évolution a été contrastée selon les secteurs : -13,9% dans le public, + 36% dans les ESPIC (mais faibles volumes) et -16% dans le privé. On observe également une baisse globale de l'activité en médecine ambulatoire de -7,4%, exclusivement dans le secteur privé : +4,5% dans le secteur public, de 0 à près de 3 914 séjours dans les ESPIC, et de -21,9% au total dans le secteur privé (soit - 5% entre 2016 et 2019 et - 17% entre 2019 et 2020).
- Concernant le SSR : Le nombre de lits en SSR est resté globalement stable, +0,4%. Soit dans le secteur public - 2,5% et dans le privé +4,7%. Le nombre de places a quant à lui augmenté de 21% (- 12 % dans le secteur public et +43% dans le secteur privé, hors ESPIC dont les données ne sont pas disponibles dans la SAE). L'activité en SSR a diminué dans la région de -13% sur la période (- 12% dans le public, -11% en ESPIC et - 14% dans le privé) mais cette baisse se concentre sur l'année 2020, atypique (- 11% en 2020 et - 1,8 % entre 2016/2019). L'activité en hospitalisation de jour a nettement régressé : -27,8% sur la période, dont - 34,3% en 2020, année Covid-19 et -9,7% hors période Covid-19. Cette baisse est de - 38% dans le secteur public, - 36% en ESPIC et -9% dans le secteur privé.
- Le développement de la chirurgie ambulatoire :

En chirurgie complète, le nombre de lits a diminué de -23% alors que le nombre de places a augmenté de 1% dans l'ensemble. Cette faible évolution cache en réalité une augmentation de 18% (de 206 à 243) du nombre de places installées dans le secteur public, contrastée par une baisse de 7,5% (de 398 à 368 places) dans le secteur privé. L'activité en hospitalisation complète est en baisse de - 23% avec une baisse brutale en un an de -15% en période Covid-19 (et un taux d'évolution entre 2016 et 2019 de - 9%). Cette baisse se ventile en -17,5% dans le secteur public, -32% dans le secteur privé, et en période d'installation dans les ESPIC (de 24 à 921 séjours entre 2016 et 2020).

L'activité chirurgicale en ambulatoire, quant à elle, est en baisse de - 3,3% sur la période, avec toutefois une augmentation de 12% de 2016 à 2019 et une baisse de 14% en 2020. Cette baisse se ventile en -5,2% dans le secteur public, -21% dans le secteur privé, et en période d'installation dans les ESPIC (de 1 à 1730 séjours en 5 ans). Le taux de chirurgie ambulatoire croît de façon continue : on passe de 52,34% en 2016 à 58,55% en 2020 (62,19% en 2021). Le taux est toutefois en deçà de la cible nationale et l'écart à la cible tend à s'accroître (8 points en 2020 contre 3 en 2016), en région Centre-Val de Loire comme dans les autres régions, témoignant de progrès moins rapides qu'espéré.

Activités (séjours) Région Centre-Val de Loire						
Medecine	2016	2017	2018	2019	2020	Evolution
Hosp-com	251297	248760	248644	246594	215565	-14%
Ambu	112723	110516	111360	112655	104427	-7%
Chirurgie						
Hosp-com	112697	108514	105429	101955	86209	-24%
Ambu	108695	114742	120220	122300	105113	-3%
SSR						
Hosp-com	1382552	1369796	1334017	1357527	1202213	-13%
Ambu	73747	81318	77685	80946	53210	-28%
HAD						
	6394	6332	6932	6970	9377	47%

De nouvelles prises en charge au plus près du domicile:

- L'Hospitalisation à domicile (HAD) : La crise Covid-19 a été un accélérateur puissant du développement de l'activité d'HAD. En 2019, le taux de recours régional était de 22,2 pour 100 000 habitants, inférieur à la moyenne nationale (24,5). En 2020 l'activité a crû fortement (+24,8%) avec un taux de recours (27,7) supérieur à la moyenne nationale. La crise a particulièrement eu un impact sur les prescriptions de chimiothérapie à domicile en HAD, qui ont connu une hausse significative en 2020. Certains établissements HAD sont venus en appui des établissements MCO pour des patients à faire sortir des services oncologie, notamment dans le Loiret, Loir-et-Cher et Indre-et-Loire. Au sein des EHPAD, au moment le plus fort de la crise (ex : certains ailes d'EHPAD étaient dédiées exclusivement aux patients Covid+ pris en charge en HAD), les mesures dérogatoires pour l'intervention de l'HAD dans les EHPAD ont permis, entre autre, que le médecin coordonnateur de l'HAD soit prescripteur en l'absence de médecin traitant. L'HAD a trouvé toute sa place dans la prise en charge de la personne âgée, que ce soit à travers l'intervention en EHPAD ou à travers les astreintes IDE de nuit en EHPAD, dont une majorité sont portées par des HAD. Afin d'améliorer leur visibilité (notamment auprès des établissements MCO), certains établissements HAD ont développé des antennes au sein de centres hospitaliers, grâce à la présence d'IDE de liaison dans les services MCO, participant ainsi à la fluidification des parcours MCO-HAD. Il est à noter que les HAD ont également développé des liens avec les DAC et CPTS de leur territoire.

- Le déploiement des différents PRADO portés par l'assurance maladie, avec pour objectif d'anticiper les besoins du patient liés à son retour à domicile après l'hospitalisation et fluidifier le parcours hôpital-ville. Les PRADO développés en région Centre-Val de Loire sont au nombre de 5 : Chirurgie, personnes âgées, pathologies chroniques dont BPCO et insuffisance cardiaque, Maternité et un spécifique dédié au Covid-19.

De manière générale, l'adhésion à ces programmes a dépassé les objectifs fixés par l'assurance maladie (120% en moyenne annuelle depuis 2018). Toutefois, on peut noter une baisse du nombre d'adhésions en 2020 en lien avec la crise Covid-19. A noter un PRADO personnes âgées mis en place pendant la crise en 2020 et ayant obtenu 208 adhésions essentiellement réparties dans le 18 (27 adhésions) et le 37 (179 adhésions).

Adhésions PRADO Tous volets

dpt	indicateur	2018	2019	2020	2021	Total
dpt18	objectif	329	473	183	150	1135
	nb adhésion	374	505	525	131	1535
dpt28	objectif	562	1228	414	382	2586
	nb adhésion	699	1293	831	703	3526
dpt36	objectif	170	149	155	150	624
	nb adhésion	136	374	156	270	936
dpt37	objectif	1156	1211	1180	1200	4747
	nb adhésion	1201	1479	1857	1512	6049
dpt41	objectif	447	1380	735	250	2812
	nb adhésion	957	1452	666	491	3566
dpt45	objectif	1260	1835	1345	450	4890
	nb adhésion	1377	2462	2156	939	6934
CVL	objectif	3 924	6 276	4 012	2 582	16 794
	nb adhésion	4 744	7 565	6 191	4 046	22 546

- Les équipes mobiles personnes âgées ont été renforcées et des équipes mobiles SSR ont été créées.
- Le développement de l'accès direct à l'hospitalisation plus particulièrement pour les personnes âgées de plus de 75 ans afin d'éviter le passage aux urgences injustifiées et fluidifier la prise en charge (astreintes gériatriques, ...)

De premières initiatives de prises en charge par « parcours » afin de favoriser une prise en charge pluridisciplinaire et globale de la personne. Sont à noter à titre d'exemples, trois démarches engagées en région Centre-Val de Loire :

- La mise en place des premiers parcours d'insuffisance rénale chronique : 10 établissements inscrits sur la liste nationale des établissements éligibles aux forfaits alloués aux établissements de santé – en contrepartie ces 10 établissements se sont engagés à mettre en place une équipe pluri professionnelle (consultations médicales, IDE, diététicien, psy...) favorisant ainsi un suivi des patients concernés dans la durée.
- Sur le champ de la santé mentale, la démarche d'élaboration des projets territoriaux de santé mentale au sein des 6 départements a permis la structuration d'un parcours de santé et de vie autour des besoins et des attentes des usagers et la promotion de nouvelles pratiques

professionnelles (offre de soins orientée vers le rétablissement via le déploiement de la réhabilitation psychosociale et de l'ETP, développement des prises en charge ambulatoire et à domicile, réduction des hospitalisations au long cours, prévention du recours aux hospitalisations)

- Le démarrage de consultations d'évaluation pluri-professionnelle post-AVC en SSR

Le développement de nouveaux métiers tels que les infirmières de pratiques avancées ou les assistants médicaux a été poursuivi ou enclenché et doit être conforté dans le cadre du PRS 3.

Le déploiement de nouvelles technologies de télésanté. A titre d'exemple, la mise en place de la télé-réadaptation en HDJ SSR neuro-locomoteur dans certains établissements depuis la crise sanitaire ou le projet en cours de constitution d'un annuaire de télé experts en gériatrie (une trentaine de médecins volontaires) dédié, entre autres, aux médecins coordonnateurs en EHPAD. En effet, la crise sanitaire a été un booster concernant les pratiques de téléconsultations notamment et de télé-expertises. L'enjeu du PRS 3 sera que ces nouvelles modalités engagées s'ancrent au quotidien dans les pratiques des professionnels.

L'apport d'équipes de coordination de référence et d'expertise pour promouvoir les innovations en terme de prises en charge et améliorer les pratiques professionnelles avec les travaux réalisés par les réseaux Oncocentre, périnatalité, soins palliatifs, neuro-centre en lien avec les centres experts et la création d'une Équipe régionale de vieillissement et de maintien de l'autonomie – ERVMA.

2. Réalisation d'actions :

Faits marquants :

Développement de la télémédecine

Développement de l'HAD

Crise sanitaire Covid-19 – Développement de pratiques professionnelles innovantes et permettant de faire évoluer les périmètres d'intervention de certaines structures : Télémédecine, développement de l'HAD, ...

Taux de chirurgie ambulatoire : 62,19 % en 2021 contre 52,34 % en 2016

3. Indicateurs d'évaluation

N°	Intitulé indicateur d'impact	Valeur initiale 2016	Valeur cible à 5 ans	Valeur actuelle /la plus récente connue
1	Augmentation du taux global de chirurgie ambulatoire	52,3 %	69 %	62.31 en 2021
2	Diminution de 50 % du taux de ré-hospitalisation à 30 jours	11 %	8 %	11,1% année 2020 source scansanté

4. Conclusion et commentaires :

La crise Covid-19 a permis de développer des pratiques innovantes sur lesquelles il est important de capitaliser dans la perspective du PRS 3 : Télémédecine, élargissement des missions HAD, ...

L'analyse sur le développement des hospitalisations partielles et le « aller vers » est plus difficilement interprétable du fait de la crise Covid-19 mais doit se poursuivre sur le PRS 3.

Chapitre 07 : Evolution de l'offre médico-sociale Anticiper les risques de rupture dans les parcours de santé des personnes en perte d'autonomie

Objectif opérationnel n°14 : Favoriser l'inclusion tout au long de la vie - PH

1. Analyse de la mise en œuvre de l'objectif opérationnel

Dans le cadre de cet objectif, l'ARS Centre-Val de Loire a lancé en mars 2019 un appel à manifestation d'intérêt (AMI) transformation de l'offre. Cet AMI avait pour objectif de faire émerger des projets innovants contribuant directement à la transformation de l'offre médico-sociale pour l'adapter aux besoins des personnes handicapées. Au total, sur les 103 projets proposés, 41 ont été retenus.

Une enveloppe globale de plus de 5 000 000 € a été attribuée et répartie sur des projets en lien avec :

Aller vers l'école inclusive sur tout le territoire régional

Résolution de cas complexes

Amélioration de l'autonomie au sein d'un habitat adapté

Création d'une offre de répit

Renforcement des plateformes de services

Favoriser l'insertion professionnelle

Développer les accompagnements hors les murs

2. Réalisation d'actions

Dans le champ de la petite enfance :

La mise en place des plateformes de coordination et d'orientation (PCO) dans tous les départements permet un meilleur repérage et une meilleure prise en compte des troubles du neuro développement. Cette prise en compte précoce va limiter l'impact des troubles et favoriser les capacités d'inclusion des enfants en situation de handicap.

Dans le champ de l'enfance :

La transformation de l'offre est engagée et le fonctionnement en dispositif favorise l'adaptation des réponses au plus près des besoins.

L'ensemble des ITEP fonctionne désormais sous le format « dispositif ».

En ce qui concerne les IME et SESSAD de la région, 19 Dispositifs d'Accompagnement Médico-Educatifs (DAME) permettent aux enfants d'accéder à une passerelle entre établissement spécialisé et accompagnement en milieu ordinaire.

Les dispositifs de scolarité se sont ainsi multipliés et la région Centre-Val de Loire ne compte pas moins de 110 dispositifs inclusifs (UEE, UEEA, UEMA, DAR...)

D'autre part, chaque département bénéficie d'une équipe mobile d'appui à la scolarisation proposant des prestations d'appui aux professionnels de l'Education nationale afin de mieux cerner compétences et difficultés des enfants et ainsi soutenir leur inclusion en école ordinaire.

Dans le champ adulte :

Le dispositif d'emploi accompagné a été déployé dans chaque département et doit permettre l'accès à l'entreprise aux travailleurs en situation de handicap.

Par ailleurs la région expérimente le dispositif VETA qui a pour objectif de rendre accessible un emploi en milieu ordinaire à des adultes initialement orienté en FAM ou MAS présentant des troubles de l'autisme.

En ce qui concerne la vie sociale, l'habitat inclusif s'est considérablement développé afin de proposer un lieu de vie de « droit commun ». L'ARS finance ainsi 20 habitats inclusifs pour 800 000€ (chiffres 2021).

Les GEM sont indiqués comme des outils de lutte contre l'isolement et de promotion de la participation sociale pour les personnes souffrant de troubles psychiques.

Fin 2021 en région Centre-Val de Loire, 20 GEM ont été financés pour un total de 1 585 520€ soit un montant moyen de 79 276€ par GEM.

Par ailleurs, l'ARS a commandé fin 2021 auprès du CREAL une étude concernant l'évaluation des GEM et de leurs impacts, et ce dans le contexte plus large de l'évaluation du PRS 2.

Les résultats de ces travaux sont attendus pour la fin de l'année 2022.

Chiffres clés :

- Dispositifs d'inclusion scolaire : 110
- DEA : 5 Dispositifs en région qui couvrent les 6 départements pour 930 000€ en 2022.

3. Indicateurs d'évaluation

N°	Intitulé indicateur d'impact	Valeur initiale 2016	Valeur cible à 5 ans	Valeur actuelle /la plus récente connue
1	Taux d'ITEP fonctionnant en dispositif intégré (indicateur CNSA)	7 %	100 %	100 % (3 autorisations en cours)
2	Taux d'IME fonctionnant en dispositif intégré	0 %	50 %	26 % (73 IME principaux et 19 DAME autorisés)
3	Taux de places nouvelles pour enfants accompagnés en établissement spécialisé avec une scolarisation en milieu ordinaire	-	100 %	Indicateurs neutralisés
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*)	+ 14 % (495 fin 2021)
5	Part dans l'offre médico-sociale pour adultes et enfants, des services proposant un accompagnement en milieu ordinaire	-	50 %	Par définition les services accompagnent en milieu ordinaire

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

4. Bilan/tendance de la réalisation de l'objectif dans les départements de la région

Les dispositifs favorisant l'inclusion tout au long de la vie des personnes en situation de handicap se déploient et constituent une part importante de l'offre en région Centre-Val de Loire.
La transformation de l'offre enfant en dispositif doit se poursuivre de manière organisée et homogène. Un cadre réglementaire pourrait favoriser son accélération et sa structuration.

5. Conclusion et commentaires

a) Dans le futur schéma régional, cet objectif serait à :

Modifier et orienter vers la fluidité des parcours

b) Commentaires :

Les dispositifs sont nombreux et diverses. Il convient de les organiser afin de les rendre plus efficaces et complémentaires.

6. Quelques exemples d'actions / chiffres clés dans les départements

Eure-et-Loir :

- Mise en place d'UEE dans tous les DAME du département.
- Transformation de tous les IME en DAME (or IME poly)
- Mise en place de réunions de répartition des adultes maintenus dans le secteur enfance poly (Creton) pour orientation régulée vers les ESMS adultes poly
- Mise en place des fonctions ressources dans tous les DAME dans un objectif d'accompagnement vers le milieu ordinaire.
- Mis en place d'habitats passerelles (FAM St Fulbert, FAM Gerard Vivien ...)

Chapitre 07 : Evolution de l'offre médico-sociale Anticiper les risques de rupture dans les parcours de santé des personnes en perte d'autonomie

Objectif opérationnel n°14 : Favoriser l'inclusion tout au long de la vie – PA

1. Analyse de la mise en œuvre de l'objectif opérationnel

a) La prévention des ruptures de parcours

- Favoriser l'intervention la plus précoce possible :
 - Les actions de prévention de perte d'autonomie mises en œuvre par les EHPAD et financées par les conférences des financeurs ou des crédits dédiés de l'ARS ont été ouvertes pour 30% d'entre elles aux personnes âgées à domicile depuis 2019
 - Dans le but de structurer un programme d'actions en faveur de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées de la région, l'ARS finance depuis 2019 à hauteur de 250 000€ par an une Equipe Régionale Vieillesse et Maintien de l'Autonomie (ERVMA) basée au CHRU de Tours. Cette équipe a pour objectif de renforcer les synergies entre les acteurs et professionnels des territoires de la région et de coordonner les actions en faveur de la prévention de la perte d'autonomie.
 - L'ERVMA est très investie dans la démarche ICOPE. L'ARS soutient fortement ce projet retenu par le Ministère dans le cadre d'une expérimentation nationale. L'expérimentation est portée par sur 2 territoires : CPTS d'Tours (37) et la Salamandre (41).

b) Le développement des réponses inclusives et l'évolution des prestations servies pour mieux répondre aux besoins :

- L'ouverture vers l'extérieur de l'offre institutionnalisée:
 - Un premier projet d'EHPAD « centre de ressources » dans le Loir-et-Cher est en cours avec un démarrage possible en 2022.
 - Quatre dispositifs d'habitats inclusifs ont été développés en faveur des personnes âgées.
 - Un projet de tiers lieux dans le Loir-et-Cher a été retenu dans le cadre d'un appel à candidature.
- L'accompagnement dans la réponse aux besoins de résidents très dépendants et poly pathologiques
 - Au domicile :
 - L'offre en plateformes de répit et d'accompagnement a été augmentée de 6 à 12 dispositifs sur la région.
 - Un SSIAD pour la prise en charge des personnes atteintes de Parkinson est déployé dans le Loiret.

- La prise en charge à domicile est facilitée par l'aide en sortie d'hospitalisation via le déploiement de places d'hébergement temporaire dédiées, également mises en œuvre dans le cas de défaillance soudaine de l'aidant et par l'expérimentation de SSIAD renforcés.

- En institution :

- Le dispositif mutualisé d'IDE de nuit s'est développé, permettant d'installer ou de conforter les liens entre les EHPAD et les HAD. De plus, les interventions conjointes SSIAD/HAD sont possibles et il a été constaté une augmentation des prises en charge coordonnées durant la crise sanitaire.
- Les mesures dérogatoires pour l'intervention de l'HAD dans les EHPAD ont permis, entre autre, que le médecin coordonnateur de l'HAD soit prescripteur en l'absence de médecin traitant.

- En institution et à domicile :

1 équipe mobile expérimentale d'évaluation, d'orientation et de suivi coordonné en faveur des personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques et psycho-comportementaux à domicile et en institution est autorisée depuis juillet dans le Loiret.

c) [La mise en place d'une organisation territoriale au service de la fluidité des parcours](#)

- Gouvernance, Organisation graduée

Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) ont été construits dans chaque territoire. Leur organisation et leur fonctionnement doivent répondre au maintien de la dynamique de structuration des parcours de santé avec une gouvernance territoriale équilibrée qui permette l'analyse partagée des ruptures de parcours observés et la construction de réponses adaptées au territoire.

d) [L'amélioration en continu de la qualité des accompagnements en favorisant l'adaptation des pratiques](#)

- L'adaptation des pratiques et la qualité de vie au travail :

- L'axe visant à développer des organisations et des leviers d'amélioration de la qualité de vie au travail, favoriser l'adaptation des pratiques pour améliorer en continu la qualité des accompagnements est obligatoirement développé dans le cadre de la contractualisation avec les EHPAD.
- Une convention multi partenariale pour l'attractivité des métiers du grand âge intègre un volet relatif à la qualité de vie au travail et vise à favoriser le recrutement et la fidélisation des professionnels AS et IDE, en établissement et à domicile.
- 4 projets ont été déposés en réponse à l'appel à projet national pour le développement des plateformes des métiers de l'autonomie et visent à favoriser l'attractivité des métiers.

- La qualité des accompagnements :
 - Des formations des personnels de nuit des EHPAD à la prise en charge des urgences ont été mises en œuvre.
 - Une équipe territoriale d'hygiène est déployée auprès des EHPAD de la région pour améliorer la gestion du risque infectieux.

- Le développement de l'outillage en systèmes d'information :
 - Des investissements ont été renforcés à partir de 2021 dans le champ du numérique à travers le programme ESMS numérique avec pour objectif notamment de soutenir les pratiques professionnelles et favoriser le partage de l'information à travers l'interopérabilité des systèmes d'information.

- L'efficacité des établissements :
 - Les partenariats entre établissements et avec le secteur sanitaire sont encouragés via la contractualisation avec les établissements (63 CPOM signés concernant 93 ESMS).

- La prévention des ruptures de parcours
 - Une astreinte gériatrique dans chaque département a été mise en œuvre avec l'appui des centres hospitaliers supports de GHT permettant ainsi d'organiser l'expertise gériatrique en réponse aux sollicitations des EHPAD.

- e) Le développement des réponses inclusives et évolution des prestations servies pour mieux répondre aux besoins :
 - Prise en charge à domicile :
 - Expérimentation de 2 SPASAD intégrés en Indre-et-Loire et Loir-et-Cher ;
 - Expérimentation de 8 SSIAD renforcés répartis dans chacun des départements de la région;
 - Déploiement d'un SSIAD Parkinson dans le cadre des mesures issues du PMND ;
 - Incitation des SSIAD à conventionner avec une structure de HAD.

 - Ouverture vers l'extérieur de l'offre institutionnalisée
 - Un dispositif en faveur du maintien de l'autonomie des personnes âgées à domicile et en EHPAD est expérimenté sur un territoire du Loir-et-Cher. Ce dispositif mobilise les synergies entre l'offre au domicile et l'offre en établissement.

 - Accompagnement des EHPAD dans la réponse aux besoins de résidents très dépendants et polypathologiques.
 - 5 UHR supplémentaires ont été créées depuis 2018 avec à terme pour 2022, 2 à 3 UHR par département, portant le nombre total à 13 pour la région.
 - Les dispositifs d'IDE de nuit mutualisés ont été développés et ont permis de faciliter les liens entre EHPAD et HAD et d'améliorer la prise en charge de nuit. De plus une formation spécifique à destination des personnels de nuit a été initiée pour sécuriser et professionnaliser ces personnels à la prise en charge des urgences.
 - Des places d'hébergement temporaire sont dédiées à la prise en charge des sorties d'hospitalisation et cas de défaillance soudaine d'un aidant.
 - Un PASA de nuit expérimental est en cours de conventionnement.

f) L'amélioration en continu de la qualité des accompagnements en favorisant l'adaptation des pratiques

- L'adaptation des pratiques

- Une convention multi partenariale pour l'attractivité des métiers du grand âge a été signée par 31 partenaires de la région. Les fiches actions qui y sont annexées traitent de l'adaptation des pratiques en vue de renforcer attractivité et fidélisation des professionnels.
- 3 GCSMS d'EHPAD ont été constitués permettant des mutualisations d'actions ou de moyens.
- La constitution d'une équipe territoriale d'hygiène répartie sur les 6 départements de la région au profit des ESMS afin de renforcer les compétences en matière de gestion du risque infectieux au sein de ces établissements.
- La contractualisation avec les EHPAD prévoit systématiquement un axe portant sur l'efficience en encourageant les coopérations entre ESMS et avec le sanitaire.

- Développement des systèmes d'information au travers du programme ESMS numérique

Un premier appel à projet ESMS numérique a permis de :

- Développer l'usage du numérique pour soutenir les pratiques professionnelles et favoriser le partage de l'information à travers l'interopérabilité ;
- Renforcer la possibilité, pour une personne accompagnée, d'être actrice de son parcours ;
- Disposer de données pour piloter le secteur en améliorant la connaissance des personnes accompagnées et de leurs besoins.

Malgré la question de la démographie des professionnels de santé qui reste une difficulté majeure de la région, la réponse à la crise sanitaire a sollicité des modes de coopération spontanés et simplifiés.

La crise sanitaire a accéléré la mise en œuvre d'astreintes gériatriques qui contribuent à l'amélioration de la prise en charge des résidents en EHPAD.

Le développement des dispositifs mutualisés d'IDE de nuit portés par des structures de HAD a permis une amélioration du recours à la HAD en facilitant les relations et en améliorant la connaissance de ce dispositif.

Les aspects financiers limitent la diversification et la création de dispositifs ou de places qui sont créées plutôt par des opérations de redéploiement au sein même d'établissements et portent essentiellement sur l'offre d'hébergement permanent ou temporaire. Des créations de PASA sont également observées en dehors de plan dédié.

Les mesures du Ségur de la santé permettront dans le cadre de la restructuration des EHPAD, de prendre en compte l'aspect de l'ouverture de l'EHPAD vers l'extérieur à travers la réalisation de tiers lieux notamment.

2. Réalisation d'actions :

a) Faits marquants :

- Les dispositifs d'IDE de nuit mutualisés sont largement déployés, dans l'objectif d'une couverture du territoire de 100% des établissements. Ils complètent les organisations internes d'établissement

EHPAD/SSR qui permettent déjà aux EHPAD de disposer d'IDE la nuit. Ils améliorent la qualité et la sécurité des soins en EHPAD la nuit en limitant les hospitalisations aux urgences des personnes âgées résidentes en EHPAD, en diminuant les séjours hospitaliers grâce aux prescriptions anticipées (fin de vie, douleurs, actes techniques...). Ils facilitent également le retour en institution lorsque l'hospitalisation a été inévitable. Associés à une formation déployée auprès des personnels de nuit pour la prise en charge de urgences, ils contribuent à professionnaliser les équipes et participent à l'adaptation des pratiques. Ces dispositifs sont majoritairement portés par des structures de HAD et dans ce cadre ont permis de développer les coopérations avec les EHPAD et de favoriser leur intervention au sein des EHPAD.

- Des places d'hébergement temporaire sont dédiées aux sorties d'hospitalisation et aux défaillances soudaines des aidants et permettent de raccourcir la durée de l'hospitalisation par un accueil temporaire durant lequel le retour à domicile peut être préparé avec des conditions adaptées à la perte d'autonomie de la personne âgée. Ce dispositif évite également l'absence d'accompagnement de la personne âgée dans le cas d'une défaillance de son aidant non anticipée. Le bon accès à ce dispositif est lié à une parfaite coopération entre les établissements sanitaires et les EHPAD.
- Diverses actions concourent à l'amélioration de la qualité de vie au travail. Une convention engageant 31 partenaires en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge et de l'accompagnement a été signée en octobre 2021. Un volet relatif à la qualité de vie au travail, en partenariat notamment avec l'ARACT et la CARSAT, y est intégré.
Un dispositif mutualisé d'ergonome a été développé dans le Loir-et-Cher auprès du GCSMS SEPIA constitué entre les EHPAD publics autonomes du département.
- Une équipe territoriale d'hygiène médico-sociale, dédiée aux EHPAD et ESMS pour personnes en situation de handicap, a été constituée par le renforcement des équipes opérationnelles d'hygiène des centres hospitaliers support de GHT. La mise en place de ce dispositif est issue des différents retours d'expériences réalisés en marge de la crise sanitaire Covid-19. Cette équipe est coordonnée par le centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (Cpias). L'équipe territoriale d'hygiène médico-sociale est chargée tout particulièrement d'apporter un appui aux établissements médico-sociaux en matière de prévention et de protocolisation de la gestion du risque infectieux, de formation, d'évaluation des pratiques, d'appui au signalement et à la gestion des alertes sanitaires.
- Un dispositif innovant permettant la prévention de la perte d'autonomie et son accompagnement chez les personnes âgées est mis en place dans le Loir-et-Cher. Ce dispositif positionne l'EHPAD comme une ressource territoriale de proximité et mobilise les partenaires du domicile et de l'institution. Il apporte une réponse graduée aux besoins du vieillissement et du maintien de l'autonomie. Expérimenté auprès des EHPAD du GCSMS SEPIA, il a vocation à se généraliser pour une couverture totale du territoire.
- La région Centre-Val de Loire a été retenue pour l'expérimentation visant à améliorer la santé visuelle des résidents en EHPAD. Un appel à candidature en décembre 2021 a permis le conventionnement entre EHPAD et opticiens qui peuvent intervenir pour renouveler des équipements visuels. Dans le cadre d'une autorisation délivrée par le directeur général de l'ARS, ils peuvent réaliser une réfraction et adapter, dans le cadre d'un renouvellement de délivrance :

- Les prescriptions médicales initiales de verres correcteurs en cours de validité, sauf opposition du médecin ;
- Les corrections optiques des prescriptions médicales initiales de lentilles de contact oculaire, sauf opposition du médecin.

En cas de perte ou de bris des verres correcteurs d'amétropie, l'opticien peut réaliser un examen de la réfraction pour délivrer un nouvel équipement dans le respect des conditions réglementaires en vigueur.

3. Chiffres clés :

- 2 PFR /département excepté dans l'Indre où il a été procédé à l'extension de la PFR existante.
- 11 UHR installées (2 dans le 18, 2 dans le 28, 1 dans le 36, 1 dans le 37, 3 dans le 41 et 2 dans le 45). 2 UHR restent à installer (1 dans le 36 et 1 dans le 37).
- Taux de couverture IDE de nuit (tous dispositifs confondus : 78.6% du territoire (246 EHPAD couverts et 23 378 places)
- Nombre de personnes formées aux urgences de nuit : 14 stagiaires formés en 2020 (effet d'annulation cause crise sanitaire), 102 en 2021
- Renforcement de 6 SSIAD dans le 18/28/36/41/45.
- 59 conventions SSIAD/HAD
- 92 conventions HAD/EHPAD
- 3 GCSM regroupant 38 EHPAD ont été créés
- Intervention de l'HAD en EHPAD
- 27 places d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation
- 24 EHPAD ont conventionné avec 10 opticiens
- 7M€ pour le soutien à l'investissement numérique pour 44 ESMS PA (SSIAD EHPAD et accueil de jour)

4. Bilan/tendance de la réalisation de l'objectif dans les départements de la région

L'enjeu du PRS 2 était de proposer des réponses de proximité dans un parcours sans rupture, inscrit dans une offre permettant d'accompagner les personnes âgées dans leur choix de vie. Cet objectif nécessite un accompagnement coordonné à toutes les étapes du parcours, du domicile à l'institution au plus près du lieu de vie de la personne âgée. La sensibilisation, la mobilisation et la coordination de l'ensemble des acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires sont des éléments clé et des avancées sont apparues dans la coordination entre établissements et l'appui apporté aux professionnels. La crise sanitaire a sollicité des modes de coopération spontanés et simplifiés et a facilité l'ouverture des établissements vers l'extérieur, permettant une organisation dans la prise en charge visant à une meilleure réponse aux besoins des personnes âgées.

Cet aspect est à poursuivre et amplifier et devra s'accompagner du développement des centres ressources.

L'adaptation des pratiques des professionnels aux différentes pathologies est à poursuivre pour prendre en compte les profils des personnes accompagnées.

5. Conclusion et commentaires

a) Dans le futur schéma régional, cet objectif serait à modifier :

Un seul objectif devra être poursuivi intégrant les 3 fiches du PRS2 : parcours de la personne âgée

b) Commentaires :

Mettre l'accent sur le développement des services autonomie / guichet unique qui permet de répondre à un besoin de services et donc d'accompagner au domicile (dans la cité) des résidents dans des situations plus complexes (virage domiciliaire) en lien avec la réforme des services à domicile.

Developper le concept d'EHPAD plateforme de ressources de proximité avec transformation de l'offre de places en offre de services en anticipant les perspectives de la forme de ce que pourrait être l'EHPAD ressources « départementalisé » à la lumière des dispositions de la LFSS 2022 et développer les passerelles entre le secteur du domicile et l'institution.

Poursuivre l'adaptation des pratiques professionnelles permettant la prise en charge des différentes pathologies.

Prendre en compte les choix de vie des personnes âgées dans l'évolution de l'offre et sa programmation en anticipant les choix de lieu de vie et de mode de vie.

6. Quelques exemples d'actions / chiffres clés dans les départements

Cher :

- IDE de nuit. Trois dispositifs sur le département du Cher permettant la couverture de 20 EHPAD, soit 1841 résidents (total de 42 établissements / 4200 places dans le Cher).
- PFR – UHR, PASA. L'offre sur le territoire se compose de 10 PASA, 2 PFR et 4 UHR.
- GCSMS EHPAD Public. Les établissements se sont réunis sous la forme d'un Groupement de Coopération Sociale et Médico-sociale (GCSMS) nommé « GCSMS EPAC » (GCSMS des EHPAD Publics Autonomes du Cher). Il regroupe 10 EHPAD.
- 1 projet en réponse à l'AAP CNSA 1/3 lieux

Eure-et-Loir :

6) Favoriser l'inclusion / les initiatives

- 5 projets en réponse à l'AAP CNSA 1/3 lieux EHPAD qui démontrent une volonté des ETS à se saisir du sujet.
- 2020 puis 2021 -> AAC habitat inclusif ARS CFPPA. On note pour autant peu de répondants à ces AAC. 0 projet éligible sur les 2 dossiers déposés en 2021.
- un projet d'habitat inclusif PA PH à Anet qui peine à fidéliser son public
- le passage du forfait habitat inclusif à l'AVP

7) Transformation d'une offre de places en offre de services

- a. La connaissance de l'offre du territoire, la dynamique d'animation territoriale couplées à au processus de contractualisation de type CPOM (axe 6 -> projet innovant) permettent de révéler les initiatives locales en termes de transformation de l'offre et le cas échéant de les accompagner dans une stratégie de planification préalablement définie et en lien à l'expression des besoins des infra territoires.
- b. Disposer d'une planification régionale des AAC, AAP
- c. Disposer d'une enveloppe départementale pour mettre en œuvre la réponse à des besoins spécifiques du territoire.
- d. Mobiliser l'outil AMI pour faire du sourcing sur des thématiques comme les PH vieillissantes. La matière récoltée dans des dispositifs type AMI donnerait « un champ des possibles » sur les territoires en matière de disponibilités à la transformation.

Indre :

- IDE de nuit. Un dispositif mis en place dans le cadre d'un AAC au CDGI. Elargissement en cours sur le nord de l'Indre

- UHR : mise en fonctionnement d'une nouvelle UHR en 2022
- 2 projets en réponse à l'AAP CNSA 1/3 lieux

Indre-et-Loire :

- Déploiement de l'opération « un emploi près de chez moi » en partenariat avec Pôle Emploi et le Conseil régional sur 3 territoires (Lochois, Amboise/Bléré et Chinonais)
- Création d'une nouvelle direction commune pour 3 EHPAD (Preuilly La Celle-Guénand et Villeloin Coulangé)
- 4 projets en réponse à l'AAP CNSA 1/3 lieux

Loir-et-Cher :

- Coopération entre ESMS : SEPPIA 41
- Soutien d'actions développées par un GCSM de 15 établissements, visant à favoriser l'attractivité des métiers et améliorer la QVT :
 - Dispositif mutualisé d'ergonome
 - Création d'un pool de remplacement mutualisé, actions de renforcement de la professionnalisation (plan de formation, charte de QVT), soutien à la mobilité
 - 5 projets en réponse à l'AAP CNSA 1/3 lieux : 1 retenu au niveau national

Loiret :

- Réponse à l'appel à projet national « plateforme des métiers de l'autonomie » retenu au niveau national
- Pas de projet déposé pour l'AAP CNSA 1/3 lieux

Chapitre 07 : Evolution de l'offre médico-sociale Anticiper les risques de rupture dans les parcours de santé des personnes en perte d'autonomie

Objectif opérationnel n°15 : Améliorer l'équité dans la répartition de l'offre médico-sociale – PH

1. Analyse de la mise en œuvre de l'objectif opérationnel

Le renforcement de l'offre Adulte/enfants et la transformation de l'offre enfant ont participé à débiter le rééquilibrage de l'offre médico- sociale PH.

2. Indicateurs d'évaluation

N°	Intitulé indicateur d'impact	Valeur initiale 2016	Valeur cible à 5 ans	Valeur actuelle /la plus récente connue
1	Taux de personnes handicapées du territoire hébergées en Belgique repérées et orientées	Indicateurs neutralisés	100 %	Indicateurs neutralisés
2	Ecart 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 %	PA : 12,4% PH Adultes : 47,4% PH Enfants : 34,3%
3	Ecart 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 %	18% Indicateurs neutralisés

3. Quelques exemples d'actions / chiffres clés dans les départements

Loiret :

- Transformation des 3 ITEP et 2 SESSAD en DITEP départemental permettant une adaptation de l'offre aux besoins,
Difficulté actuelle en termes de recrutements de professionnels médicaux et paramédicaux
- Transformation en cours de l'ensemble IME et SESSAD en DAME sur le Loiret à horizon fin 2021
- Sur le secteur adulte, le développement de prestations à domicile en complémentarité de l'hébergement (APF avec MAS SAMSAH SSIAD)
Et la transformation en plateforme de services : Cents Arpents,
- Dispositif ressource au sein du DAME de Gien, pour les familles, aidants (écoute, étayage)
- Expérimentation SSIAD PEP45 comme service d'appui au maintien à domicile en lien avec les services d'aides à domicile

Chapitre 07 : Evolution de l'offre médico-sociale Anticiper les risques de rupture dans les parcours de santé des personnes en perte d'autonomie

Objectif opérationnel n°15 : Améliorer l'équité dans la répartition de l'offre médico-sociale - PA

1. Analyse de la mise en œuvre de l'objectif opérationnel

L'objectif d'amélioration de l'équité a été pris en compte dans le développement des dispositifs bénéficiant de moyens nouveaux : 15 places de SSIAD et 27 places d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation, 6 UHR et 98 places de PASA. D'autres dispositifs sont déployés dans une perspective d'équité entre les territoires. Il en est ainsi des dispositifs supplémentaires de PFR et d'UHR et du dispositif mutualisé d'IDE de nuit qui vise une couverture de 100% des EHPAD de la région par un dispositif, mutualisé ou non.

L'équité recherchée est à prendre en compte non seulement entre les départements mais au sein des territoires eux-mêmes.

De plus l'accès aux dispositifs et places, même répartis équitablement ne saurait se résumer au nombre de places ou dispositifs existants mais doit interroger les distances et la bonne connaissance de l'offre pour assurer un accès égal à chaque usager.

Evolution des taux d'équipements de 2018 à 2021

départements	taux d'équipement ‰>75 ans						taux d'équipement ‰ >60 ans	
	hébergement permanent		hébergement temporaire		accueil de jour		SSIAD et SPASAD	
	2018	2021	2018	2021	2018	2021	2016	2021
Cher	108,6	109,3	2,1	2	2,4	2,4	7,7	7,7
Eure et Loir	99,9	98,1	1,9	1,9	1,5	1,3	5,7	5,8
Indre	105,7	105,5	2	1,9	1,3	1,5	8,9	8,9
Indre et Loire	98,6	97,8	1,9	1,9	2,8	2,6	8	8
Loir et cher	111,4	111,6	2,8	2,8	2,4	2,4	7,5	7,5
Loiret	102,2	98,6	2,4	2,6	2	1,8	7	7,1
Région	104	101,9	2,2	2,2	2,1	2,1	7,8	7,4

L'évolution des taux d'équipement s'explique principalement par l'évolution de la population, le nombre de créations de places étant relativement limité, en l'absence de plans de création dédiés.

Le taux d'équipement moyen en places d'hébergement permanent diminue par rapport à 2018, du fait de l'augmentation de la population de plus de 75 ans au regard d'un nombre stable de places offertes. Globalement le nombre de places régional diminue de 38. Des opérations de créations de places sont notées dans les départements d'Eure-et-Loir, d'Indre-et-Loire et du Loir-et-Cher, tandis qu'une diminution est enregistrée dans le Loiret avec la fermeture d'un EHPAD, en attente d'une reconstruction. Le Loir-et-Cher demeure le département le mieux équipé. L'Eure-et-Loir, le Loir-et-Cher et le Loiret restent les départements les moins équipés au regard de leur population.

Le taux d'équipement en hébergement temporaire est stable. Des opérations de requalification de places dans le Loiret ont permis d'augmenter l'offre dans ce département.

La fermeture d'accueil de jour dans l'Eure-et-Loir et l'Indre-et-Loire et la création d'une structure dans l'Indre impactent les taux d'équipement. Le département d'Eure-et-Loir devient le moins équipé, l'Indre-et-Loire conservant le meilleur taux d'équipement de la région.

De nouvelles places de SSIAD ont été autorisées dans l'Eure-et-Loir et le Loiret, expliquant l'augmentation des taux d'équipement de ces 2 départements. Pour autant, la population augmentant, le taux d'occupation régional est en baisse.

L'amélioration de l'équité repose essentiellement sur le financement en mesures nouvelles de places dans les départements sous dotés : le frein rencontré est l'absence de crédits nouveaux. Des PASA sont créés à coût constant par certains EHPAD.

2. Réalisation d'actions

a) Faits marquants :

- Le dispositif mutualisé d'IDE de nuit vise une couverture de 100% des EHPAD de la région. Fin 2021, la couverture était réalisée à hauteur de 78.46 % des EHPAD du territoire régional. Les actions se poursuivent pour déployer le dispositif dans le 18/36/41 pour atteindre une couverture de 100% des EHPAD. Ce dispositif vise à éviter des hospitalisations via un passage aux urgences
- Chaque département bénéficie d'une possibilité de recours à une astreinte gériatrique et soins palliatifs départementale (appui des acteurs du secteur sanitaire aux personnes âgées en EHPAD et à domicile).
- La répartition géographique des places concernant le dispositif d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation ou en cas de défaillance soudaine de l'aidant a été réalisée au regard de la population de plus de 60 ans recensée dans chaque département et en veillant à un maillage géographique des places au sein de chaque département.
- Chaque département dispose de 2 Plateformes de répit et d'accompagnement (PFR) installées ou d'une PFR dont le périmètre est étendu, soit 11 PFR en région.
- Des UHR supplémentaires ont été créées avec à terme pour 2022 2 à 3 UHR par département, portant le nombre total à 13 pour la région.

b) Chiffres clés :

- Indicateurs astreintes gériatriques : 1/département
- Taux équipement IDE de nuit/dpt : 78.6% des EHPAD en région
- 2 PFR /département excepté dans l'Indre où il a été procédé à l'extension de la PFR existante.
- 11 UHR installées (2 dans le 18, 2 dans le 28, 1 dans le 36, 1 dans le 37, 3 dans le 41 et 2 dans le 45). 2 PRF restent à installer (1 dans le 36 et 1 dans le 37).

3. Indicateurs d'évaluation

N°	Intitulé indicateur d'impact	Valeur initiale 2016	Valeur cible à 5 ans	Valeur actuelle /la plus récente connue
1	Ecart de taux d'équipement entre le département le plus doté et le moins doté	9%	9%	12,4% en 2020
2	Ecart de coût habitant entre le département le plus doté et le moins doté	15%	10%	18% en 2020

4. Bilan/tendance de la réalisation de l'objectif dans les départements de la région

En l'absence de plan d'ampleur de mesures nouvelles, l'équité de la répartition des places entre les départements repose majoritairement sur des opérations de redéploiement territoriaux ou entre catégories d'accueil.

Ces opérations nécessitent l'accord des établissements et impliquent des reclassements de personnels. La réaction auprès des populations peut s'avérer négative lors de la fermeture de places.

Le fait qu'un département ou une catégorie d'offre soient les mieux équipés n'implique pas forcément que l'offre soit suffisante pour répondre à la demande. L'application stricte d'une équité par le simple jeu de redéploiements n'est pas envisageable de façon systématique.

5. Conclusion et commentaires

Maintenir dans son principe mais l'amélioration de l'équité est tributaire des crédits dédiés. Les seules opérations de redéploiement et transformation de places sont insuffisantes pour améliorer l'équité entre départements

Il faut prendre en compte les difficultés d'accès en zone rurale et considérer la connaissance de l'offre ou son fonctionnement qui peuvent en limiter l'accès même si elle est suffisante ou le recours. Il faut interroger les modes de fonctionnement en plus de l'offre quantitative.

- Prendre en compte les besoins départementaux et infra départementaux
- Cartographier l'offre/besoins
- Etudier les possibilités de rapprochement/fusion/coopération d'établissements /services
- Prendre en compte les personnels et les différents statuts dans les opérations de redéploiement

6. Quelques exemples d'actions / chiffres clés dans les départements

Cher :

- Trois dispositifs mutualisés d'IDE de nuit sur le département du Cher permettent la couverture de 20 EHPAD, soit une couverture de 40% des EHPAD du Cher par un dispositif d'IDE de nuit
- Répartition des EHPAD sur le territoire. Le département du Cher dispose de 42 établissements répartis sur l'ensemble du territoire.
- Couverture du territoire par les SSIAD. L'ensemble du département du Cher est couvert par un SSIAD.
- Bilan de l'offre /demande en hébergement temporaire en cours pour mailler le territoire.

Eure-et-Loir :

- La validation des projets d'investissement MS du Ségur de la santé permet d'améliorer sur certains infra territoire la qualité de l'offre d'hébergement en EHPAD.
- Ecueil -> Asymétrie d'accès à l'offre du territoire sur certains dispositifs. Ex des PFR rayonnement sur 15 km autour de l'EHPAD support. Pour autant développement d'une expertise et de compétences pro sur ces PFR → Déploiement d'antennes rattachées aux PFR initiales ?
- Une couverture importante du dispositif IDE de nuit mutualisées en EHPAD avec des adhérents nouveaux. Pour autant un besoin d'évaluation qualitative de l'offre. Ce dernier est directement remonté par les directions d'EHPAD partenaires.
- Des besoins saillants en accueil de jour mais une évaluation nécessaire et préalable sur l'activité des accueils de jour déjà en place.
- Se pose de nouveau le sujet d'EHPAD plateformes ressources de proximité dans un maillage et partenariat direct avec l'EHPAD ressource (départementalisé).

Indre :

- Deux dispositifs mutualisés d'IDE de nuit sur le département permettent la couverture de 10 EHPAD, soit une couverture de 24% des EHPAD par un dispositif d'IDE de nuit. Concertation en cours avec les partenaires impliqués pour assurer une couverture à 100% du département
- Répartition des EHPAD sur le territoire. Le département de l'Indre dispose de 48 établissements répartis sur l'ensemble du territoire.
- Couverture du territoire par les SSIAD. L'ensemble du département de l'Indre est couvert par un SSIAD.

Loiret :

- 100%, couverture du département par le dispositif IDE de nuit
- La transformation de l'offre intègre un maillage territorial de proximité
- Besoin de développer une réponse d'HT avec un maillage plus pertinent (une évaluation spécifique préalable est nécessaire)
- Les AJ semblent être une modalité intéressante d'accueil mais il existe une disparité d'occupation des places sur le département. Des dispositifs plus souples devraient être développés =>Les AJ de jour itinérants, une offre mixte PASA /AJ permettant de mixer les personnes du domicile avec celles de l'EHPAD (mais frein réglementaire)
- Des réflexions avec le conseil départemental sont en cours autour du virage domiciliaire : DRAD et EHPAD ressources font l'objet d'échanges avec les EHPAD ; la réflexion autour des futurs services autonomie est en cours (groupe de travail SAAD SSIAD du 9.03.22 restitution de l'étude départementale SAAD SSIAD réalisée par l'ORS sur le Loiret).

Chapitre 07 : Evolution de l'offre médico-sociale Anticiper les risques de rupture dans les parcours de santé des personnes en perte d'autonomie

Objectif opérationnel n°16 : Anticiper les risques de rupture dans les parcours de santé – PH

1. Analyse de la mise en œuvre de l'objectif opérationnel

- Favoriser l'accès à la prévention et aux soins

Différents dispositifs de prévention ont vu le jour pour lutter contre les risques de rupture :

- Actions de prévention : campagne de sensibilisation du dépistage du cancer colorectal (37)
- Programme de prévention et de compétences psychosociales pour les enfants en situation de handicap : expérimentation de l'adaptation de programmes probants, en ESMS pour enfants (Tina et Tony) dans le Loiret et en ESAT (TABADO) dans le Cher. L'expérimentation est prévue sur 3 ans et a débuté en 2021.
- Dépistage des troubles bucco-dentaires par la télémédecine dans les ESMS PA-PH dans le département du Cher (18).

Par ailleurs différents dispositifs ont pu se mettre en place afin de favoriser l'accès aux soins :

- Dispositifs Handi-consult présents dans 4 Centres hospitaliers (Tours, Orléans, Chartes, Dreux). L'activité reste faible et il convient de favoriser la communication et le développement de consultations spécialisées adaptées à l'accueil des personnes en situation de handicap.

- Consultations bucco-dentaires

Au CH du Blanc le projet Albatros a pour objectifs notamment de :

- Permettre aux enfants à besoins spécifiques, notamment aux enfants présentant un handicap mental, du département de l'Indre, d'accéder et de recevoir des soins bucco-dentaires adaptés,
- De proposer à tout praticien, chirurgien-dentiste ou médecin stomatologiste du département de l'Indre, un soutien méthodologique et technique dans la prise en charge de ses patients (enfants) à besoins spécifiques.

Au CHR d'Orléans, des consultations et des soins bucco-dentaires dédiés aux personnes en situation de handicap sont ouverts aux enfants et aux adultes.

- Consultation gynécologique et obstétrique dédiée au CHRU de Tours. 55 000€ ont été attribués en 2021, et 53 800€ avaient été octroyés en 2020. Elle s'intègre dans le cadre d'un centre ressource régional dédié à la vie affective, sexuelle et aide à la parentalité pour les personnes en situation de handicap porté par APF France handicap. L'association dispense des formations/soutiens aux structures confrontées à des questionnements liés à la vie intime et sexuelle des personnes en situation de handicap (grossesse, désir d'enfant, questionnements autour de la parentalité, soutien aux aidants et aux professionnels)

- Favoriser la continuité des parcours d'accompagnement des personnes en situation de handicap dans le champ médico-social :

Différents dispositifs permettent de soutenir cet objectif et sont à renforcer :

- Les communautés 360 et équipes territoriales, déployées dans le cadre de la crise Covid-19, sont présentes dans le 6 départements. Elles permettent une réponse de premier niveau afin d'orienter les personnes en situation de handicap en fonction de leur demande. L'activité reste faible à l'heure actuelle. Toutefois, les communautés sont amenées à se développer en fonction du récent cahier des charges et en collaboration avec les conseils départementaux et MDPH.
- Le déploiement de PCPE généraliste dans chaque département permet d'avoir un nouveau dispositif permettant un appui à l'accompagnement tant en ESMS qu'au domicile.
- Des Equipes départementales de renfort RH ont été financées dans chaque département afin de venir en appui aux situations complexes. La mission de ces équipes a été formalisée dans un cahier des charges
- L'ARS Centre-Val de Loire est partenaire de l'étude recherche-action NEXTHEP, menée par FAHRES, le Centre National de Ressources Handicaps Rares à composante Epilepsie Sévère dont un des objectifs est le repérage des ESMS ayant acquis un savoir-faire dans la prise en charge adaptée des personnes porteuses d'épilepsie sévère.
- La région est région préfiguratrice dans le cadre du déploiement d'unités résidentielles situations très complexes. Un projet d'Unité de Vie pour Adultes Autistes (UVAA) en Indre-et-Loire est en cours. La mise en place de ce projet nécessite la structuration d'un réseau de partenaires pour l'accès aux soins somatiques et psychiatriques des personnes accueillies. Ce projet se concrétisera en 2022 par l'accueil de 3 situations déjà priorisées par la commission régionale installée en novembre 2021.
- Afin de renforcer la fluidité de certains parcours, l'ARS a confié :
 - Au CREA un travail sur le repérage des savoir-faire spécifiques des équipes des EMS dans le but de mettre en place des fonctions ressources pouvant permettre la continuité d'accompagnement au sein d'un ESMS ;
 - A l'ORS le même travail spécifiquement dédié aux troubles sensoriels.

2. Réalisation d'actions

a) Faits marquants :

Par la grande diversité des réponses apportées aux besoins spécifiques des personnes et/ou de leur complexité, les 6 PCPE concourent objectivement à la mobilisation de toutes les ressources de l'environnement de la personne dans une approche agile et systémique du projet individualisé.

- Installation d'une Unité de Vie pour Adultes Autistes situations très complexes (UVAA) ((37)

1/ Public cible

- Personnes adultes de plus de 16 ans avec TSA, associés à des comorbidités relevant d'autres troubles du neuro-développement en situation très complexe, résistantes jusqu'alors à toute stratégie médicale ou éducative.
- Des dérogations d'âge pourront être décidées suivant les situations cliniques.

La nature des troubles se caractérise par des comportements d'auto-agression et d'hétéro-agression difficilement maîtrisables et requérant des programmes de soutien aux comportements très spécialisés, ainsi que des environnements sécurisés et raisonnés sur le plan sensoriel, combinant des espaces individuels suffisants et des espaces collectifs restreints.

2/ Cadre d'intervention général

Il s'agit d'unités de 3 places soit 6 personnes au total, adossées à une MAS. L'ouverture est prévue 365 j/an et 24h/24

L'accompagnement requiert :

- Transversalité et mutualisation des compétences et des interventions entre les secteurs médico-social et sanitaire
- Formation/supervision
- Garantie du respect des droits des personnes dans les pratiques éducatives et thérapeutiques
- Architecture/aménagement des espaces adaptés aux besoins des personnes

L'objectif général est de proposer un accueil durable à des personnes dont le parcours est souvent fait de ruptures. Néanmoins, les personnes accueillies, bien que très lourdement handicapées, pourront à la faveur de l'amélioration significative de leur situation et selon leur choix, prétendre à d'autres lieux de vie.

Grâce à l'expertise développée en leur sein, les unités ont vocation à constituer un pôle ressource territorial dont les professionnels pourront intervenir sur une partie de leur temps auprès d'autres établissements ou services sanitaires ou médico-sociaux du territoire.

b) Chiffres clés :

- Handi-consult : 5 dispositifs installés en région Centre-Val de Loire depuis 2016 pour un montant total de 1 274 135€

A cela s'ajoutent 144 000€ attribués pour des consultations somatiques spécifiques au CH de Chinon et au CHRU de Tours dans le département de l'Indre-et-Loire dans le cadre de l'ouverture de l'unité résidentielle pour adultes autistes.

- Consultations et soins bucco-dentaires dédiés aux personnes en situation de handicap est ouverte aux enfants et aux adultes du CHR d'Orléans : File active 1000 personnes – plus 200 patients par an
- Bilans régional PCPE : file active (2020) 214 situations pour 29 000 interventions
- Soutien financier pour éviter les ruptures de parcours :
Le financement par des CNR représente environ 2,4M€ par an sur les 2 dernières années 2020 et 2021. Une majorité des CNR sont demandés pour financer du renfort de personnel des équipes dans les structures et/ou lors des transports, sans pour autant résoudre de façon durable ces situations que l'on retrouve souvent d'une année sur l'autre. 78 situations (54 enfants et 18 adultes) ont bénéficié de CNR en 2021. Le nombre des situations critiques et leur complexité ne peuvent se résumer aux situations qui bénéficient de CNR car à ces situations s'ajoutent celles qui bénéficient :
 - des renforts apportés par les dispositifs dédiés (PCPE, équipe mobile d'appui ...), notamment sur des situations à domicile, dans le cadre d'une modalité de renfort unique ou associée à un renfort de CNR ;
 - des conventions entre établissements pour organiser des prises en charge pluri partenariales.

3. Indicateurs d'évaluation

N°	Intitulé indicateur d'impact	Valeur initiale 2016	Valeur cible intermédiaire	Valeur cible à 5 ans	Valeur actuelle /la plus récente connue
1	Part de séjours HAD en provenance d'ESMS (indicateur national)	5 % en 2015	Indicateurs neutralisés	10 %	18% Source PMSI 2021

4. Bilan/tendance de la réalisation de l'objectif dans les départements de la région

Globalement l'ARS Centre-Val de Loire a pu déployer différents dispositifs pour lutter contre les ruptures de parcours. Ces dispositifs sont connus des acteurs et des personnes concernées. Le travail actuel sur le repérage des expertises et ressources, le renforcement des compétences et la généralisation des bonnes pratiques professionnelles vont dans le sens d'une démarche de prévention robuste.

5. Conclusion et commentaires

a) Dans le futur schéma régional, cet objectif serait à modifier :

- Il semblerait intéressant de considérer le parcours des personnes dans sa globalité afin d'éviter les ruptures.

Il convient de définir les différents champs afférents aux ruptures de parcours. Il peut y avoir confusion entre ce qui relève :

- De la prévention :
 - Définir les signes avant-coureurs
 - Identifier les dispositifs et modalités d'intervention
- Du traitement de la rupture
 - Identifier les dispositifs et modalités d'intervention
 - Structurer de manière systémique ces mêmes dispositifs pour construire une réponse

b) Commentaires :

- Prévention des ruptures
 - Définir un programme régional de formation des équipes des ESMS concernant la prise en charge des troubles du comportement voire pour la prise en charge des TSA.
 - Inciter les ESMS à s'engager dans une démarche de certification qualité autisme
 - Renforcer les dispositifs d'accès au droit commun à l'hôpital, tout particulièrement pour les soins psychiatriques
 - Cartographier les accès dédiés
 - Encourager le déploiement et la montée en charge des dispositifs d'accès aux soins (handiconsult) et consultations dédiées aux personnes en situations de handicap.
- Traitement des ruptures
 - Structurer la réponse accompagnée pour tous
 - Renforcer les types de dispositifs de réponse si nécessaire afin d'avoir une palette régionale de réponses pour faire face aux différentes typologies de rupture.
 - Cartographier les dispositifs de réponse

6. Quelques exemples d'actions / chiffres clés dans les départements

Eure-et-Loir :

- Actuellement, le dispositif Handisanté sur CHARTRES et DREUX fonctionne mais de manière scindée.
- Travail actuel pour coordonner les actions de ces 2 pôles.

- Dans le cadre de la stratégie polyhandicap, déploiement du dispositif d'ASSAD-HAD sur les ESMS poly du département afin d'assurer la continuité des soins des résidents en nocturne.
- Déploiement de l'équipe mobile EMA (CAROSM) et de l'ERI-TND sur les ESMS PH du département pour les suivis psy des résidents et des troubles du comportement, la prévention, les évaluations.

Indre-et-Loire :

- Unité résidentielle.

Loiret :

- Fin 2021 : Dispositif handiconsult au CHRO suite à COPIL associant des représentants ESMS – en phase d'amorçage
- Au sein du CHRO, une unité soins bucco-dentaire pour personnes en situation de handicap avec une file active de 1000 patients (région et hors région)

Chapitre 07 : Evolution de l'offre médico-sociale Anticiper les risques de rupture dans les parcours de santé des personnes en perte d'autonomie

Objectif opérationnel n°16 : Anticiper les risques de rupture dans les parcours de santé – PA

- Analyse de la mise en œuvre de l'objectif opérationnel

L'approche globale de la personne et l'ouverture des ESMS aux actions de prévention et de santé de droit commun

- Actions de prévention

Les actions de l'ARS ont visé à favoriser l'intervention la plus précoce possible :

- Les actions de prévention de perte d'autonomie mises en œuvre par les EHPAD et financées par les conférences des financeurs ou des crédits dédiés de l'ARS ont été ouvertes pour 30% d'entre elles aux personnes âgées à domicile depuis 2019.
- Dans le but de structurer un programme d'actions en faveur de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées de la région, l'ARS finance depuis 2019 à hauteur de 250 000€ par an une Equipe Régionale Vieillesse et Maintien de l'Autonomie (ERVMA) basée au CHRU de Tours. Cette équipe a pour objectif de renforcer les synergies entre les acteurs et professionnels des territoires de la région et de coordonner les actions en faveur de la prévention de la perte d'autonomie.
- L'ERVMA est très investie dans la démarche ICOPE. L'ARS soutient fortement ce projet retenu par le Ministère dans le cadre d'une expérimentation nationale. L'expérimentation est portée par sur 2 territoires : CPTS d'Tours (37) et la Salamandre (41).

- Actions de santé

- Développement du parcours d'admission directe non programmée des personnes âgées de 75 ans et plus : Ces parcours d'admissions directes sont en cours de construction. Des crédits spécifiques (AC MCO) ont été accordés aux GHT pour la construction de ces parcours dans le cadre de la mesure 5 du pacte de refondation des urgences. Un dispositif est déjà fonctionnel en Indre-et-Loire : PAD'âge 37.
- L'appui des établissements de santé aux EHPAD s'est développé durant la crise sanitaire :
 - Mise en place d'astreintes (hotlines) gériatriques et soins palliatifs au sein des CH et essentiellement dédiées aux résidents d'EHPAD.
 - Intervention des équipes mobiles de gériatrie sur les lieux de vie des personnes âgées (EMG extra-hospitalière en Indre-et-Loire dans le cadre de l'expérimentation PAERPA et en projet dans d'autres départements notamment en Loir-et-Cher). Le cadre d'orientation paru le 19/11/2021 va permettre la généralisation de l'activité extrahospitalière de ces équipes. Des crédits supplémentaires ont été accordés aux EMG existantes afin de développer ce type d'intervention.
 - Projet en cours de constitution d'un annuaire de télé experts en gériatrie (une trentaine de médecins volontaires) dédié, entre autres, aux médecins coordonnateurs en EHPAD.

- La prise en charge territorialisée
- La prise en charge à domicile est facilitée par l'aide en sortie d'hospitalisation via le déploiement de places d'hébergement temporaire dédiées, également mises en œuvre dans le cas de défaillance soudaine de l'aidant et par l'expérimentation de SSIAD renforcés.
- Une astreinte gériatrique dans chaque département a été mise en œuvre et développée à la faveur de la crise sanitaire qui a permis d'organiser l'expertise gériatrique en réponse aux sollicitations des EHPAD.
- Le dispositif mutualisé d'IDE de nuit s'est développé, permettant d'installer ou de conforter les liens entre les EHPAD et les HAD. De plus, les interventions conjointes SSIAD/HAD sont possibles et il a été constaté une augmentation des prises en charge durant la crise sanitaire.
- Les mesures dérogatoires pour l'intervention de l'HAD dans les EHPAD ont permis entre autres que le médecin coordonnateur HAD soit prescripteur en l'absence de médecin traitant.
- Développement des évaluations gériatriques personnalisées en oncogériatrie.
- Ce projet est parti du constat d'un maillage partiel de la région en Evaluations Gériatriques Personnalisées (EGP) conduisant notre région à être en dessous du nombre théorique d'EGP attendu au niveau national.
- Ce maillage parcellaire s'explique, entre autres, par les sous-effectifs en terme médical et paramédical et par le manque de personnel formé à l'EGP.
- L'objectif est donc d'améliorer le maillage des consultations en oncogériatrie (projet porté par l'antenne Oncogériatrie du réseau régional Oncocentre).
- Un plan d'actions est planifié avec la nécessité de sensibiliser les gériatres hospitaliers et de s'appuyer sur les IPA, voire de conventionner entre établissements pour renforcer cette offre.

- L'ouverture vers l'extérieur de l'offre institutionnalisée :
- Un premier projet d'EHPAD centre ressources dans le Loir-et-Cher est en cours avec un démarrage possible en 2022.
- L'inclusion est un enjeu dont les partenaires ont conscience, notamment via les habitats inclusifs développés en faveur des personnes âgées et la création de tiers lieux qui ouvrent les établissements vers l'extérieur et favorisent les liens sociaux.

- La qualité des accompagnements et l'adaptation des pratiques
- Dans le cadre de la contractualisation avec les EHPAD, l'axe visant à développer des organisations et des leviers d'amélioration de la qualité de vie au travail, favoriser l'adaptation des pratiques pour améliorer en continu la qualité des accompagnements est retenu obligatoirement.
- Une convention multipartenariale pour l'attractivité de métiers du grand âge intègre le volet de la qualité de vie au travail et les axes de chaque partenaire permettant de favoriser le recrutement et la fidélisation des professionnels AS et IDE, en établissement et à domicile.
- 4 projets ont été déposés en réponse à l'appel à projet national pour le développement des plateformes des métiers de l'autonomie.
- Des formations à la prise en charge des urgences de nuit ont été mises en œuvre dans les EHPAD.
- Une équipe territoriale d'hygiène est déployée auprès des EHPAD de la région pour améliorer la gestion du risque infectieux.

- Le renforcement de l'intervention des équipes d'hospitalisation à domicile
- Les interventions HAD en EHPAD sont en augmentation (en partie due à la crise sanitaire et aux mesures dérogatoires mises en place en 2020 pour faciliter l'intervention des HAD en EHPAD) mais elles restent variables en fonction des territoires.

- L'utilisation des évaluations anticipées (faisant l'objet d'un financement spécifique) a également vocation à favoriser l'intervention de l'HAD au sein des EHPAD.
- Le dispositif mutualisé d'IDE de nuit s'est développé, permettant d'installer ou de conforter les liens entre les EHPAD et les HAD. De plus, les interventions conjointes SSIAD/HAD sont possibles et il est constaté une augmentation des prises en charge durant la crise sanitaire.
- Les SSIAD ont été encouragés à conventionner avec une structure de HAD.

- L'intervention des équipes mobiles de psychiatrie au sein de structures médico-sociales

2 Équipes mobiles sont constituées dans l'Indre et dans le Loiret.

- Le développement des dépistages des troubles visuels, auditifs et la prévention et les soins buccodentaires

- Une expérimentation d'intervention d'opticiens en EHPAD permet de faciliter l'accès des résidents à un équipement visuel.
- Un article 51 dans le Cher permet des repérages des besoins en soins dentaires par des personnels formés.
- Un projet est en cours dans l'Eure-et-Loir pour développer un bus équipé, avec l'intervention de chirurgiens-dentistes, itinérant dans les EHPAD du département pour la prise en charge des résidents des EHPAD.

- La prévention des chutes

Un exemple : le dispositif « RESTER DEBOUT » financé depuis 2020 et qui vise à prévenir les chutes. Il couvre 3 territoires du Loir-et-Cher (10 EHPAD) dont la coordination est assurée par le GCSMS SEPIA 41. Ce dispositif est innovant dans sa conception et son périmètre. Il associe un binôme enseignant en activité physique adaptée / psychomotricien. Les ateliers associent l'activité physique adaptée, la prévention des chutes, le bien-être et l'estime de soi.

Ils s'adressent à tous les résidents des 10 EHPAD via des ateliers individuels ou collectifs sur la mobilité. L'élargissement aux personnes âgées à domicile est envisagé pour 2022.

L'anticipation des risques de rupture de parcours a été au cœur du déploiement des politiques de l'ARS. Cet objectif nécessite un accompagnement coordonné à toutes les étapes du parcours, du domicile à l'institution au plus près du lieu de vie de la personne âgée. Des avancées sont apparues dans la coordination entre établissements et l'appui apporté aux professionnels. La crise sanitaire a sollicité des modes de coopération spontanés et simplifiés et a facilité l'ouverture des établissements vers l'extérieur, permettant une organisation dans la prise en charge visant à une meilleure réponse aux besoins des personnes âgées. C'est ainsi qu'une astreinte gériatrique a pu être mise en place dans chaque département.

Le repérage des fragilités est la première étape du parcours et doit permettre de prévenir l'entrée dans la dépendance. La sensibilisation, la mobilisation et la coordination de l'ensemble des acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires sont un élément clé pour une action en amont de la perte d'autonomie.

Le déploiement d'actions de prévention dans le domaine dentaire et visuel est également en cours.

La concertation avec les conférences des financeurs doit permettre de construire des programmes de prévention coordonnés, la recherche de leur pérennisation étant essentielle.

Les coopérations et l'ouverture des établissements sur l'extérieur ont été favorisées lors de la crise sanitaire et seront à poursuivre et encourager dans le cadre du prochain PRS. La crise sanitaire et la mise en place des dispositifs d'astreintes mutualisées d'IDE de nuit en EHPAD portés majoritairement par des HAD dans la région ont permis une amélioration du recours à l'HAD en EHPAD en facilitant les relations et en améliorant la connaissance de ce dispositif.

L'avancement des projets de parcours d'admission directe est différent en fonction des dynamiques territoriales et des ressources existantes. Pour aider à la construction des filières d'admission directe sur les territoires, l'ATIH a outillé les ARS et les établissements de santé d'une méthodologie d'analyse du potentiel d'admissions directes en service de médecine chirurgie.

La ressource en médecin gériatre insuffisante peut impacter le développement des équipes mobiles de gériatrie extra hospitalières.

- Réalisation d'actions

- a) Faits marquants :

Un dispositif innovant permettant la prévention de la perte d'autonomie et son accompagnement chez les personnes âgées est mis en place dans le Loir-et-Cher. Ce dispositif positionne l'EHPAD comme une ressource territoriale de proximité et mobilise les partenaires du domicile et de l'institution. Il apporte une réponse graduée aux besoins du vieillissement et du maintien de l'autonomie. Expérimenté auprès des EHPAD du GCSMS SEPIA, il a vocation à se généraliser pour une couverture totale du territoire.

27 places d'hébergement temporaire sont dédiées aux sorties d'hospitalisation et aux défaillances soudaines des aidants et permettent de raccourcir la durée de l'hospitalisation par un accueil temporaire durant lequel le retour à domicile est sécurisé par la préparation de conditions adaptées à la perte d'autonomie de la personne âgée. Ce dispositif évite également l'absence d'accompagnement de la personne âgée dans le cas d'une défaillance de son aidant non anticipée. Le bon accès à ce dispositif est lié à une parfaite coopération entre les établissements sanitaires et les EHPAD

Les dispositifs d'IDE de nuit mutualisés sont largement déployés, dans l'objectif d'une couverture du territoire de 100% des établissements. Ils complètent les organisations internes EHPAD/SSR qui permettent déjà à certains EHPAD d'avoir des IDE la nuit. Ils améliorent la qualité et la sécurité des soins en EHPAD la nuit en limitant les hospitalisations de nuit aux urgences des personnes âgées résidentes en EHPAD, en diminuant les séjours hospitaliers en appliquant les prescriptions anticipées la nuit (fin de vie, douleurs, actes techniques...). Ils facilitent également le retour en institution lorsque l'hospitalisation a été inévitable. Associés à une formation déployée auprès des personnels de nuit pour la prise en charge des urgences, ils contribuent à professionnaliser les équipes et participent à l'adaptation des pratiques. Ces dispositifs sont majoritairement portés par des structures de HAD et dans ce cadre ont permis de développer les coopérations avec les EHPAD et de favoriser leur intervention au sein des EHPAD.

La crise sanitaire a permis la mise en œuvre d'astreintes gériatriques qui contribuent à l'amélioration de la prise en charge des résidents en EHPAD. Une astreinte gériatrique a ainsi été mise en œuvre et développée dans chaque département permettant d'organiser l'expertise gériatrique en réponse aux sollicitations des EHPAD.

La constitution de l'équipe territorialisée d'hygiène répartie dans chacun des départements devra permettre de faire monter en compétence les professionnels des ESMS en matière de gestion du risque infectieux. Leur mise à disposition au sein des EOH des CH des GHT permet de renforcer la coopération entre sanitaire et médico-social.

La région Centre-Val de Loire a été retenue pour l'expérimentation visant à améliorer la santé visuelle des résidents en EHPAD. Un appel à candidature en décembre 2021 a permis le conventionnement entre EHPAD et opticiens qui peuvent intervenir pour renouveler des équipements visuels. Dans le cadre d'une autorisation délivrée par le directeur général de l'ARS, ils peuvent réaliser une réfraction et adapter, dans le cadre d'un renouvellement de délivrance :

- Les prescriptions médicales initiales de verres correcteurs en cours de validité, sauf opposition du médecin ;

- Les corrections optiques des prescriptions médicales initiales de lentilles de contact oculaire, sauf opposition du médecin.

En cas de perte ou de bris des verres correcteurs d'amétropie, l'opticien peut réaliser un examen de la réfraction pour délivrer un nouvel équipement dans le respect des conditions réglementaires en vigueur.

b) Chiffres clés :

Taux de couverture IDE de nuit/dpt : 78.6 % du territoire de la région Centre-Val de Loire

Evolution 2018-2020 du nombre de séjours HAD en EHPAD

Nb de séjours en EHPAD (source : PMSI)	2018	2019	2020
	Nb séjours	Nb séjours	Nb séjours
CHER	28	48	150
CH JACQUES COEUR DE BOURGES	10	26	20
KORIAN PAYS DES TROIS PROVINCES	18	22	130
EURE-ET-LOIR	19	19	27
ASSAD HAD D'EURE-ET-LOIR	19	19	27
INDRE	25	42	31
CH DE CHATEAUROUX - LE BLANC	25	42	31
INDRE-ET-LOIRE	201	274	409
HAD VAL DE LOIRE	146	197	282
ASSAD HAD D'INDRE-ET-LOIRE	57	77	129
LOIR-ET-CHER	60	68	369
HAD LOIR-ET-CHER	60	68	369
LOIRET	247	306	546
ASSAD HAD DU LOIRET	16	18	28
HAD ORLEANS MONTARGIS	232	288	519
TOTAL GENERAL	580	757	1 532

- Indicateurs astreintes gériatriques : 1/département
- 24 EHPAD ont conventionné avec 10 opticiens

- Indicateurs d'évaluation

N°	Intitulé indicateur d'impact	Valeur initiale 2016	Valeur cible intermédiaire	Valeur cible à 5 ans	Valeur actuelle /la plus récente connue
	Part de séjours HAD en provenance d'ESMS	5%	-	10%	18%
	Taux de réhospitalisation des PA >75 ans en médecine et chirurgie pour le même motif	17,2%	-	16%	16,6%

	taux de passage aux urgences des résidents EHPAD	8.1	2020 : 19.4	Indicateurs neutralisés	Indicateurs neutralisés (données non fiables)
--	--	-----	-------------	-------------------------	---

- Bilan/tendance de la réalisation de l'objectif dans les départements de la région

La programmation des actions de prévention de perte d'autonomie doit être structurée avec les conférences des financeurs et les actions doivent pouvoir être pérennisées. L'ERVMA aura un rôle majeur dans cet aspect de la prise en charge des personnes âgées.

La démographie médicale est à prendre en compte pour la généralisation et le déploiement des équipes mobiles gériatriques extra hospitalières qui sont un élément pivot de la prévention de la rupture des parcours des personnes âgées.

La convention pour l'attractivité des métiers du grand âge constitue une avancée notable dans la recherche d'appuis aux ESMS pour attirer et fidéliser les professionnels permettant un fonctionnement sécurisé des structures accompagnant les personnes âgées. L'aspect d'adaptation des compétences de ces professionnels est pris en compte dans certaines actions spécifiques et sera à soutenir dans le prochain PRS.

- Conclusion et commentaires

a) Dans le futur schéma régional, cet objectif serait à :

- Modifier : envisager l'aspect médico-social du parcours PA dans sa globalité, en intégrant la transformation de l'offre nécessaire et l'adaptation des pratiques

b) Commentaires :

Le dispositif « ressources » positionné dans une recherche de maillage territorial sera un élément essentiel de la prise en charge des personnes âgées, devant prendre en compte leurs attentes et leurs besoins, dans une optique de prévention des risques de rupture de leur parcours.

L'intervention des équipes mobiles extra hospitalière en sera un élément clé.

Les admissions directes en établissement sanitaire seront à déployer.

- Quelques exemples d'actions / chiffres clés dans les départements

Cher :

- Le DAC du Cher a été mis en place au 01/01/2021. Il est porté par l'association Appui Santé Berry
- Trois dispositifs mutualisés d'IDE de nuit sur le département du Cher permettent la couverture de 20 EHPAD, soit une couverture de 40% des EHPAD du Cher par un dispositif d'Ide de nuit
- 4 places d'hébergement en sortie d'hospitalisation sont déployées depuis juin 2021. Le dispositif est porté par l'EHPAD de Bellevue à Bourges
- SPASAD en cours de constitution
- Actions de prévention de perte d'autonomie
- Astreinte gériatrique. L'ensemble du territoire est couvert par une astreinte gériatrique.
- Equipe médico-sociale : évolution à prendre en compte dans le cadre du développement des fonctions ressources des EHPAD

Eure-et-Loir :

- Le DAC Appui Santé 28 présente une maturité de fonctionnement et est de plus en plus reconnu et mobilisé sur le territoire par les professionnels de santé et ESSMS.

Un dispositif mutualisé d'IDE de nuit permet la couverture de 38 EHPAD, soit une couverture de 93% des EHPAD par un dispositif d'IDE de nuit. Dispositif dont le maillage territorial est conséquent mais qui nécessite une évaluation qualitative dans la réponse aux besoins

- 5 places d'hébergement en sortie d'hospitalisation sont déployées depuis octobre 2020.
- Certains EHPAD hospitaliers ne sont pas signataires d'une convention avec HAD ce qui ne favorise pas toujours le développement attendu d'une culture MS au sein de l'HAD.

A partir de la mise en œuvre des astreintes gériatriques évolution à soutenir vers une structure pilote de l'expertise gérontologique et gériatrique sur le département et d'ESSMS PA plateformes de ressources de proximité avec un maillage territorial conjoint entre le sanitaire et le médico-social.

- Actions de prévention de perte d'autonomie : projet de bus dentaire
- Des partenariats nombreux de télé-expertise

Indre :

- Le DAC de l'Indre a été mis en place et est porté par l'association Appui Santé Berry
- Deux dispositifs mutualisés d'IDE de nuit sur le département permettent la couverture de 10 EHPAD, soit une couverture de 24% des EHPAD par un dispositif d'IDE de nuit
- 5 places d'hébergement en sortie d'hospitalisation sont déployées depuis septembre 2021.
- Equipe géronto-psychiatrie portée par le CH de Châteauroux Le Blanc desservant les EHPAD du territoire.
- Hébergement en sortie d'Urgence. Le dispositif est porté par 3 EHPAD. 4 places sont ouvertes.
- Astreinte gériatrique. L'ensemble du territoire est couvert par une astreinte gériatrique.

Indre-et-Loire :

- Le DAC est en fonctionnement depuis 2019.
- Deux dispositifs mutualisés d'IDE de nuit sur le département permettent la couverture de 53 EHPAD, soit une couverture de 93% des EHPAD par un dispositif d'IDE de nuit
- 74 places d'hébergement en sortie d'hospitalisation sont déployées depuis juin 2021. Leur mise en œuvre s'est échelonnée entre juillet 2020 et janvier 2022
- Equipe géronto-psychiatrie portée par le CHRU desservant les EHPAD du territoire (en télé-expertise ou en établissement)
Astreinte gériatrique portée par le CHU avec proposition d'évolution vers un dispositif de parcours d'admissions directes aux urgences appuyé sur le GHT
- Création d'un SPASAD expérimental regroupant 2 SSIAD publics et 2 SAAD privés

Loir-et-Cher :

- Deux dispositifs mutualisés d'IDE de nuit sur le département permettent la couverture de 36 EHPAD, soit une couverture de 94% des EHPAD par un dispositif d'IDE de nuit
- 2 places d'hébergement en sortie d'hospitalisation sont déployées depuis décembre 2020. 3 places restent à déployer
- Evolution de l'organisation des astreintes gériatriques départementales dans le cadre du projet de parcours d'admissions directes
- DAC
- Action de soutien des aidants
- Actions de prévention de santé
- Actions de prévention de perte d'autonomie
- Développement de la HAD en EHPAD (soins palliatifs)

Loiret :

- Mise en place du DAC
- Trois dispositifs mutualisés d'IDE de nuit sur le département permettent la couverture de 67 EHPAD, soit une couverture de 100% des EHPAD
- 5 places d'hébergement en sortie d'hospitalisation sont déployées depuis janvier 2022. 2 places restent à déployer

- Mise en place d'un PASA de nuit expérimental en cours
- Astreinte gériatrique portée par le CHU avec proposition d'évolution vers un dispositif de parcours d'admissions directes aux urgences appuyé sur le GHT
- Equipe géronto-psy : évolution à prendre en compte dans le cadre du développement des fonctions ressources des EHPAD
- Développement de la culture gériatrique et des soins palliatifs
- Télémédecine
- Dispositif d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation
- Action de soutien des aidants
- Actions de prévention de santé
- Actions de prévention de perte d'autonomie
- Développement de la HAD en EHPAD (soins palliatifs)
- Développement de la télémédecine

Chapitre 08 : Evolution de l'offre de biologie médicale - Pérenniser le maillage harmonieux des sites de biologie médicale

Objectif opérationnel n°17 : Adapter les conditions d'exercice des professionnels à leurs attentes, pour renforcer l'attractivité régionale

1. Analyse de la mise en œuvre de l'objectif opérationnel

La réforme de la biologie médicale et notamment l'obligation d'accréditation imposent aux laboratoires de biologie médicale (LBM) de déposer un dossier comportant des informations relatives à l'ensemble des examens représentatifs réalisés au sein de la structure en vue de l'accréditation de la totalité de leur activité auprès du comité français d'accréditation (Cofrac).

Il s'agit ainsi de s'inscrire dans une démarche de qualité et de sécurité des soins tout en veillant à un maillage territorial pertinent puisque 60 et 70% des diagnostics médicaux se fondent sur les résultats des examens de biologie médicale.

Afin de minimiser le risque de fermeture induit par l'absence d'accréditation de LBM et ainsi garantir le maillage, l'ARS Centre-Val de Loire a accompagné de façon étroite chaque laboratoire dans sa démarche de déclaration des examens dits « représentatifs »¹, garantissant le bon déroulement de toutes les étapes de la procédure d'accréditation, toujours en cours, et évitant toute cessation non justifiée d'activité. A date, 19 laboratoires sur 21² sont accrédités sur 100% de leur activité ou ont déposé une demande d'extension de leur accréditation.

Tous les LBM de la région ont pu déclarer leurs examens représentatifs et un grand nombre de demandes d'accréditation ont été déposées. La région Centre-Val de Loire dispose au 31 janvier 2022 d'une répartition harmonieuse de sites de laboratoires de biologie médicale publics et privés. Toutes les communes de la région, à l'exception de huit, sont situées à moins de 30 minutes de trajet motorisé d'un LBM (indicateur fixé pour cet objectif) et toutes sont à moins de 35 minutes.

2. Réalisation d'actions

a) Faits marquants :

- Accompagnement des laboratoires de biologie médicale dans leur démarche d'accréditation
- Fusion des zones du schéma régional de santé (arrêté de janvier 2020) pour permettre des coopérations plus larges entre LBM en passant de 6 zones (une par département) à 2 zones (Sud-Est: 36-37-41 et Nord-Ouest :18-28-45).

¹ <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/biologie-medicale/foire-aux-questions-sur-les-accréditations-des-laboratoires-biologie-medicale/>

² Les LBM dont le siège est situé hors région ou l'EFS, ne sont pas inclus dans ce chiffre

- La crise de la Covid-19 a retardé le processus d'accréditation, qui devrait retrouver un rythme normalisé courant 2022. 19 laboratoires sur 21 sont accrédités sur 100% de leur activité ou ont déposé une demande d'extension de leur accréditation. Les deux laboratoires restants feront l'objet d'un suivi spécifique.

b) Chiffres clés en Centre-Val de Loire :

- **128 sites** (inchangé depuis 2019) ouverts au public **du secteur privé**
- **13 sites** (inchangé depuis 2019) ouverts au public **du secteur public**

3. Indicateurs d'évaluation

N°	Intitulé indicateur d'impact	Valeur initiale 2016	Valeur cible à 5 ans	Valeur actuelle /la plus récente connue
1	Taux de couverture du territoire en accès à un LBM en moins de 30 minutes	-	100%	99.86%

4. Conclusion et commentaires

Dans le futur PRS, l'objectif est à maintenir comme un élément de l'accessibilité aux soins.

Chapitre 09 : Attractivité des territoires pour les professionnels de santé

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

1. Analyse de la mise en œuvre de l'objectif opérationnel

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

- Pour les médecins :
 - Augmentation des étudiants formés en 2^e année de médecine
 - Augmentation du nombre de postes d'internes offerts en région (De 234 en 2018 à 300 en 2022 ; soit +28%) dont une augmentation plus marquée en médecine générale (de 84 en 2018 à 110 en 2022 ; soit + 31%)
 - Augmentation du nombre de postes pris par les internes et du taux de postes pourvus (De 214 en 2018 soit 91,5% des postes pourvus ; à 257 en 2021 soit 96,6%)
 - Création d'Ambition PACES devenu « Ambition SUP Santé », en partenariat avec le rectorat et l'université, pour favoriser la diversité sociale et géographique des étudiants en région. 14 puis 20 lycées y ont participé. Leurs élèves ont bénéficié d'un tutorat. Les premiers résultats sont satisfaisants : + 13 % d'étudiants qui proviennent de lycées partenaires en 2020. + 36% depuis 2017 dans le Cher.

- Pour les infirmiers :
 - Recrutement des étudiants infirmiers par Parcoursup à partir de 2019 permettant d'augmenter le nombre de candidatures aux IFSI
 - Augmentation progressive et anticipée des quotas :
 - 1 166 en 2018
 - 1 200 en 2019
 - 1 271 en 2020
 - 1 351 en 2021
 - 1 431 en 2022
 - Développement de la simulation en santé

- Pour les aides-soignants :
 - Annualisation de la formation pour consolider les compétences
 - Double rentrée mise en place ce qui permet aux établissements de recruter au fil de l'eau
 - Augmentation progressive et anticipée des quotas :
 - 1 040 en 2018
 - 1 091 en 2019
 - 1 322 en 2022

La progression des effectifs dans d'autres professions paramédicales, dont les kinés, est également à noter : 90 en 2018, 100 en 2022.

Cette augmentation doit être poursuivie et accentuée et s'accompagner d'évolution dans les pratiques en formation et en exercice.

Concernant la capacité de formation et le nombre de professionnels formés, les actions prévues sont bien avancées (cf. supra). Une instance de concertation s'est imposée comme incontournable en région : la Commission Régionale de l'ONDPS. Cette-dernière se réunit chaque année en présence des Ordres, de l'URPS, des instituts de formation, de l'université, des représentants des étudiants, et des fédérations pour évaluer les propositions d'évolution PS à former en fonction des besoins et des capacités de formation.

Concernant l'évolution des pratiques en termes de formation, le Collegium-santé dont le but est de promouvoir la pluridisciplinarité et la pluri-professionnalité a réuni l'ensemble des instances de formation des professionnels de santé de la région au moins deux fois par an, y compris en période de crise sanitaire en 2020 et 2021. Le développement de cours à distance et la simulation ont été accélérés dans leur usage pendant la crise Covid-19 qui a eu un effet catalyseur. Un état des lieux exhaustif des utilisations et des besoins en termes de simulation en santé est en cours de finalisation par le Collégium.

L'attractivité des professionnels de santé s'est appuyée au cours des 5 dernières années sur :

- Une diversification des types de stages proposés via une augmentation des stages en ambulatoire (+46) :
 - 2018 : 371 stages (Spé : 31 ; MG : 340)
 - 2021 = 417 stages (Spé : 49 ; MG : 368)
- Un fort recours aux contrats d'engagement de service public : 16 en 2018, 19 en 2022
- Un accompagnement personnalisé des projets des CESP : 30 installations en zone sous-dense depuis 2010 et 84 encore en cours de formation ; présentation des projets de territoire 1 fois par an (CPTS, MSP, Centres de santé, aide administrative pour installation en cabinet)
- Un guichet unique d'information et d'orientation avec un référent installation pour les professionnels de santé : téléphone, mail, site internet PAPS, participation aux forums et congrès des étudiants, organisation de journées de l'installation
- Un renforcement des coopérations avec les collectivités territoriales : site internet « installe-toi doc » en partenariat avec le Conseil Régional, page internet pour les externes s'orientant vers la médecine générale et les internes de cette spécialité en partenariat avec les agences d'attractivité des départements.

Facteurs encourageants : Pour les étudiants en médecine, des efforts importants ont été réalisés par les établissements de santé en termes d'encadrement pédagogique, de logement, de découverte du territoire en partenariat avec les collectivités territoriales.

Le nombre de professionnels de santé formés en région a augmenté sur la période de manière importante, notamment pour les médecins (+28%) et les infirmiers (+22%).

Création du statut de chef de clinique territorial en partenariat avec le Conseil Régional et la faculté de médecine pour promouvoir les carrières universitaires et accompagner la qualité de la formation dans les territoires.

La création d'une faculté d'odontologie en région accueillant, dès la rentrée 2022, 49 étudiants.

L'annonce par le Premier Ministre de la création d'un CHU à Orléans qui permettra de renforcer l'attractivité de la région.

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

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

Concernant les internes de médecine, leur faible présence hors axe ligérien persiste avec grande acuité (situation qui se dégrade, voir tableau du point 3) ; les départements du Cher, de l'Indre et d'Eure-et-Loir demeurent fortement sous-dotés par rapport aux départements du Loiret, du Loir-et-Cher et surtout d'Indre-et-Loire malgré la stricte application du taux d'inéquation de 107%.

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

2. Réalisation d'actions

a) Faits marquants :

- Augmentation continue du nombre d'étudiants en médecine (+28%)
- Augmentation continue du nombre d'étudiants en soins infirmiers (+22%)
- Mise en place des Chefs de clinique territorial. 4 déployés la 1ère année à Orléans (X2), Bourges et Blois.
- Création du poste de référent installation pour conseiller les étudiants en formation (guichet unique, site internet, participation à événements, coordination des demandes d'information venant des départements)
- Réalisation d'une enquête déclarative sur 6 cohortes d'étudiants en soins infirmiers : analyse et traitement des résultats. Réunions de travail par département et déploiement de 6 plans d'action avec des axes d'amélioration autour des stages, de la formation hybride, de la simulation.

b) Chiffres clés :

- Internes de médecine (postes ouverts) : De 234 en 2018 à 300 en 2022 (+28%)
- Etudiants de pharmacie hospitalière : De 108 en 2019 à 120 en 2022 (+11%)
- Etudiants en odontologie : De 29 formés hors région à 49 formés (en région et hors région) à partir de la rentrée 2022
- Formation IDE : De 1 166 en 2018 à 1 431 en 2022 (+22%)
- Formation MK : De 90 places en 2018 à 100 en 2022 (+11%)
- Formation d'aide-soignant : De 1 040 en 2019 à 1 322 en 2022 (+27%)

3. Indicateurs d'évaluation

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

4. Bilan/tendance de la réalisation de l'objectif dans les départements de la région

Les départements de l'Indre, du Cher et d'Eure-et-Loir n'ont pas bénéficié des augmentations du nombre d'internes au niveau régional (cf supra).

5. Conclusion et commentaires

Dans le futur schéma régional, cet objectif serait à maintenir en insistant, d'une part, sur l'ensemble des actions à réaliser en cours de formation afin d'améliorer la fidélisation dans la région des professionnels de santé qui y sont formés et, d'autre part, en identifiant des dispositifs territoriaux ciblés en faveur des départements hors axe ligérien pour leur permettre de compenser leurs désavantages « naturels » (éloignement à la faculté de médecine, transports difficiles, méconnaissance des services par les étudiants...).

Chapitre 09 : Attractivité des territoires pour les professionnels de santé

Objectif opérationnel n°19 : Inciter les professionnels de santé à s'installer en Région Centre-Val de Loire

1. Analyse de la mise en œuvre de l'objectif opérationnel

Si les efforts en termes d'incitation sont réels au niveau régional (voir infra), les résultats sont inégalement atteints en fonction des territoires.

Un bilan du 1er zonage médecin (2017-2020) fait apparaître pour la médecine générale un creusement des inégalités entre l'Indre-et-Loire et les autres départements de la région (le 37 est le seul territoire ayant un solde positif d'installation), laissant suggérer que le zonage contribue, au mieux, à ralentir un processus de désertification causé par un nombre important de départs en retraite dans des territoires qui sont déjà particulièrement dépourvus de médecins généralistes.

Département	Installations en ZIP	Installations en ZAC	Installations hors zonage	Nombre total d'installations	Nb total de départs	Solde en MG
18	12	14	0	26	36	-10
28	18	2	10	30	54	-24
36	9	11	0	20	27	-7
37	11	21	59	91	74	+17
41	8	13	10	31	43	-12
45	36	32	11	79	79	0
Total région	94	93	90	277	313	-36

Concernant les autres spécialités médicales, tous types d'exercices confondus, le constat est plus nuancé.

Si la région reste dernière en termes de densité médicale, la situation s'est légèrement améliorée dans l'ensemble des départements entre 2018 et 2021 à l'exception du Loir-et-Cher, seul département où elle se détériore. En revanche, la détérioration du rang de classement de l'ensemble des départements à l'exception notable de l'Eure-et-Loir indique que l'amélioration de la densité médicale au niveau régional s'est faite moins vite que dans les autres régions de France.

	Nombre de PS en 2021	Densité 2021	Rang en 2021
37 - Indre-et-Loire	1 426	233,74	17
45 - Loiret	1 003	147,41	61
41 - Loir-et-Cher	412	125,05	78
28 - Eure-et-Loir	557	129,06	74
18 - Cher	343	113,46	88
36 - Indre	212	96,66	94
Département	Nombre de PS en 2018	Densité 2018	Rang en 2018
37 - Indre-et-Loire	1 385	227	13
45 - Loiret	987	145,05	58
41 - Loir-et-Cher	422	128,08	70
28 - Eure-et-Loir	512	118,64	81
18 - Cher	339	112,14	87
36 - Indre	199	90,74	95

Cette différenciation des progressions d'effectifs au niveau régional entre médecins généralistes et spécialistes s'explique, en partie, par des tendances nationales structurelles, de telle sorte qu'il **est difficile d'apprécier la part que jouent les politiques régionales d'attractivité**. En France, le recul des effectifs de médecins en activité s'est produit depuis 10 ans exclusivement au détriment des médecins généralistes. Les spécialités chirurgicales et les autres spécialités médicales sont en augmentation (Rapport de la Conf. Nationale du 26 mars 2021 - Objectifs nationaux pluriannuels de professionnels de santé à former 2021-2025).

Concernant les paramédicaux, la région reste l'une des moins bien pourvues malgré des améliorations en termes de densité des professionnels. Comme pour les médecins spécialistes, la densité de la région augmente moins vite que la moyenne nationale et des écarts infra régionaux se creusent entre Indre-et-Loire et les autres départements (i.e infirmiers).

	total infirmiers	densité en infirmiers (pour 100 000 habitants)	Evolution 2018-2021 en %
Cher	2 919	984	6,42%
Eure-et-Loir	3 573	834	6,28%
Indre	2 007	926	6,87%
Indre-et-Loire	6 915	1 135	11,05%
Loir-et-Cher	2 964	908	3,96%
Loiret	6 187	905	8,32%
Région	24 565	959	7,87%
France entière	764 260	1 136	9,03%

Répertoire ADELI- Drees, données au 1er janvier 2021 INSEE estimations au 01/01/2021 arrêtées au 1er mars 2021

Concernant l'accompagnement des professionnels de santé, les trois actions envisagées dans le cadre du PRS ont pleinement été réalisées.

Le guichet unique d'information et d'orientation pour l'exercice des professionnels de santé accessible par téléphone, mail et Internet (PAPS) a bien été mis en place. Ce rôle est tenu par le référent installation qui dorénavant ne se contente pas d'être à disposition mais se projette également au contact des professionnels (participation aux forums et congrès, création d'une soirée installation)

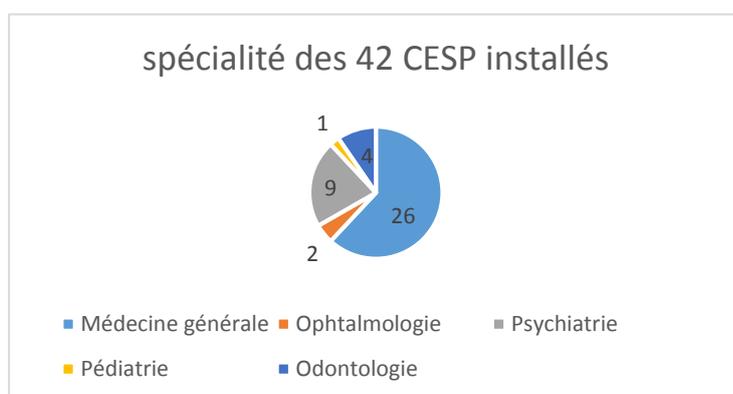
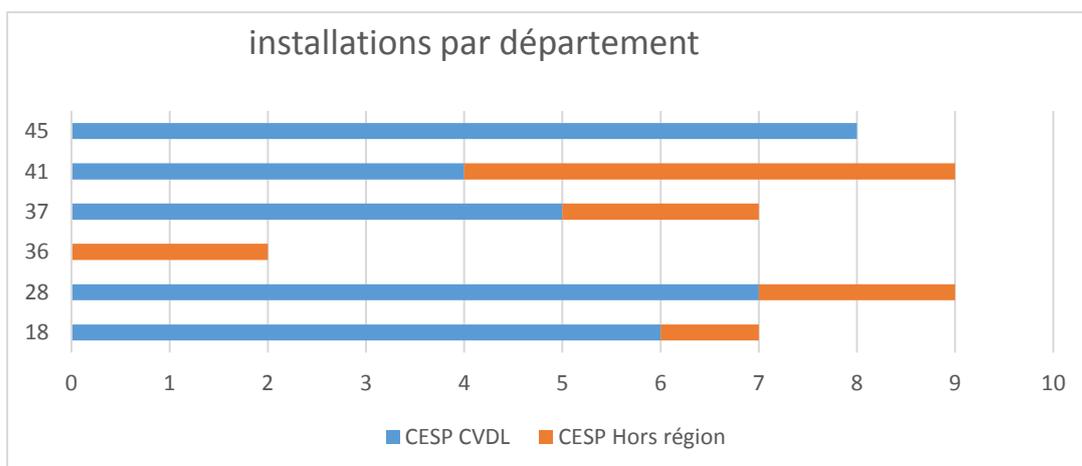
La mise à disposition d'informations adaptées et la simplification administrative sont passées par la mise à jour du Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé (PAPS) et la mise à disposition en délégation départementale de notes, fiches et dépliants afin que les référents ambulatoires des DD puissent être des relais au plus près des demandes du terrain.

L'accompagnement des projets professionnels et personnels (emploi du conjoint, transports, équipements scolaires, culturels ou sportifs) se fait en partenariat dans chacun des départements avec les agences d'attractivité des collectivités territoriales.

Concernant les mesures incitatives prévues, les actions ont également été menées à bien :

Les internes en dernière année de formation sont informés par mail et lors d'actions de communication des dispositifs d'aides et des types d'exercice possible avec interventions de partenaires (assurance maladie, Gip Pro Santé, AGA association de médecins ...). Ces efforts doivent être étendus aux autres professions médicales et paramédicales.

L'étude de l'impact du CESP (cf. infra) a été réalisée et son efficacité est plus facilement observable que d'autres dispositifs, notamment le zonage et ses aides associées (CAIM, COSCOM) en termes d'installation (cf. supra). Depuis 2010, le CESP a permis 42 installations dont 39 depuis 2016 en zones exclusivement sous-denses notamment dans les territoires les plus sous-dotés en MG comme le Cher et l'Eure-et-Loir.



Enfin, comme prévu, la communication a également été renforcée par la mise en place du PAPS et la diffusion progressive de visuels et outils de communication divers (dépliants, kakémonos, stands communs avec les

partenaires institutionnels). L'exercice mixte doit être davantage valorisé et illustré par des exemples pratiques de professionnels de santé en exercice.

Facteurs encourageants :

- Réseau de plus en plus construit et organisé avec les acteurs territoriaux (conseils départementaux, conseil régional, communautés d'agglomération) permettant de clarifier les outils à disposition dans les territoires
- Relais auprès des PS bien identifiés (URPS, CPTS, représentations étudiants)
- Soirées annuelles de l'installation en cours d'institutionnalisation pour les médecins
- Demande croissante des plus jeunes pour l'exercice coordonné
- Connaissance croissante de la part des jeunes professionnels de santé des dispositifs d'aide individuelle au début d'exercice (PTMG, PTMA, PTMR, CDE). 7 contrats en 2018, 21 en 2021.

Difficultés rencontrées :

- Baisse de la démographie médicale au niveau national pour les MG. Compétition autour des professionnels de santé qui s'intensifie de facto
- Crise Covid-19 et épuisement des PS – axe de travail sur la QVT à développer
- Craintes des PS à l'installation seul et/ou en milieu rural
- Ressources et efforts d'accompagnement à ne pas concentrer uniquement sur les médecins

2. Réalisation d'actions

a) Faits marquants :

- Anticipation d'un an des nouvelles règles nationales du zonage médecin en décembre 2020 avec la mise en place d'un dispositif incitatif « ad hoc » en région : La Zone d'Action Complémentaire Régionale (ZACR) ouvrant droit aux mêmes montants d'aide que la CAIM et la CAI en ZIP. 23 contrats passés en 1 an.
- Mise en place du zonage médecin en décembre 2021 : 58,8 % de la population est dorénavant classée en ZIP (contre 39,8% auparavant), 34% en ZAC (contre 52,5% avant) ; soit au total 92,8% de la population régionale reconnue en zone sous-dense.
- Zonages des autres PS remis à jour durant la période du PRS 2 :
 - Sage-femme : 20 février 2020
 - Orthophonistes : 16 juillet 2018
 - M-K : 16 novembre 2018
 - Infirmiers : 6 août 2020
- Création du poste de référent installation ainsi que du portail d'accompagnement des professionnels de santé (mise à jour régulières des données, de la réglementation, des contacts...) et Insta toi doc (site internet commun à l'ARS Centre-Val de Loire et le Conseil Régional donnant une visibilité sur les différentes aides financières dans les territoires et les accompagnements à la famille)
- Mise en place d'un accompagnement individualisé dans le cadre du contrat de début d'exercice créé en 2020. Le médecin signataire d'un CDE bénéficie d'un accompagnement renforcé sur la gestion entrepreneuriale (comptabilité, gestion, fiscalité, fonction d'employeur...) ⇒ L'ARS fait ici appel largement à ses partenaires pour proposer cette offre qui représente un facteur important

d'attractivité du CDE en donnant les contacts privilégiés des Associations de Gestion Agréé (AGA), URPS, associations de médecins, CPTS ...

- Apporter un accompagnement individualisé dans le cadre des contrats d'engagement de service public (CESP) : Mise en place de réunions d'information en visioconférence afin de présenter le zonage, les modalités d'installation, les modes d'exercice (libéral, salariat, collaboration) avec la participations d'intervenants externes pour présenter ces différents modes (GIP PRO SANTE pour le salariat, ARAPL Grand CENTRE pour l'accompagnement des AGA des PS libéraux).

b) Chiffres clés :

- **Mise en place d'un dispositif « ad hoc » appelé zone d'action complémentaire régionale (mesure financière incitative) :** 23 contrats concernant les ZACR ont été passés en un an, dont 21 pour les médecins libéraux et 2 pour deux médecins salariés d'un Centre de santé
- **Nombres de visites du site internet PAPS de 2018 à 2021 :**
 - 2018 : 18 749
 - 2019 : 19 929
 - 2020 : 30 287
 - 2021 : 28 230
- **Signature de Contrats de Début d'Exercice (CDE) médecins en 2021 :**
Le CDE regroupe en un seul et même contrat les anciens contrats de praticiens territoriaux (PTMG, PTMA, PTMR, PIAS) :
 - 2018 : 4 PTMG, 3 PTMA, 0 PTMR
 - 2019 : 10 PTMG, 0 PTMA, 0 PTMR
 - 2020 : 15 PTMG, 3 PTMA, 2 PTMR
 - 2021 : 5 PTMG, 0 PTMA, 0 PTMR, 16 CDE
- **CESP :** En 2022 l'ARS est en charge du suivi de 98 contrats d'engagement de service public (CESP). 42 signataires d'un CESP se sont installés en zone sous-dense en région Centre-Val de Loire. 30 contrats ont été signés par des internes en formation à la faculté de Tours et 12 proviennent d'une autre région.

3. Indicateurs d'évaluation

Intitulé indicateur de résultats	valeur cible initiale (APL 2015)	valeur cible intermédiaire	valeur cible à 5 ans	valeur APL 2019
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).	18,90%		15%	36,30%

Selon l'APL 2019, la proportion est passée à 36,3 % (+17,4 points) de la population, résidant dans 68 TVS. Il y a donc eu une dégradation globale de l'accessibilité à un médecin général sur la période. Cette dégradation est observée sur l'ensemble du territoire national. Il apparaît que la valeur cible de 15% n'était pas réaliste au vu de l'évolution de la démographie médicale de MG au niveau national sur la période.

4. Bilan/tendance de la réalisation de l'objectif dans les départements de la région

Cf : supra

5. Conclusion et commentaires

La quasi-totalité des actions prévues a été mis en place. L'évaluation du succès de ces mesures est difficile à effectuer tant il est également tributaire des tendances nationales en termes de démographie de PS et de dynamiques territoriales plurifactorielles (logement, transport, emploi du conjoint, crèches, écoles ...).

Néanmoins, les actions menées en région (suivi personnalisé, promotion de l'exercice coordonné, lisibilité et complémentarité des dispositifs d'aides des collectivités territoriales et de l'Agence) répondent à un besoin exprimé par les PS lors d'études et enquêtes nationales

- Les premières études montrent que les territoires de vie avec une faible accessibilité aux soins et dans lesquels sont implantées des maisons de santé connaissent une meilleure évolution de l'offre des soins en attirant davantage de jeunes médecins de moins de 45 ans (Bachelet et al. 2017).
- Dans les territoires ruraux aux populations fragiles, en association avec le zonage, les maisons de santé ont un effet positif en atténuant la diminution de l'offre due aux départs en retraite (Chevillard et Mousquès - IRDES, 2020)
- L'enquête du Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM - 2019) réalisée auprès de 13 000 médecins et de 2 400 internes confirme que le cadre de vie, les conditions d'exercice, le travail en réseau avec d'autres professionnels de santé sont des facteurs clefs pour l'installation des médecins sur les territoires.

Dans le futur schéma régional, cet objectif serait à :

Développer en renforçant 4 aspects

- 1) Accélérer une politique « d'aller vers » au contact des professionnels de santé et des étudiants afin d'anticiper les sollicitations, proposer/élargir le champ des possibles de PS ayant des représentations biaisées de certains territoires ruraux,
- 2) Affirmer une plus grande proximité et réactivité aux questionnements des acteurs de terrains, avec des relais dans les départements du référent régional installation
- 3) Accentuer la visibilité des dynamiques de territoire (MSP, projets CPTS, Centre de santé) et des aides à disposition fournies par les collectivités territoriales et l'Agence.
- 4) Mieux communiquer à l'extérieur sur les attraits de l'exercice en région Centre-Val de Loire avec des ambassadeurs composés de PS.

Chapitre 09 : Attractivité des territoires pour les professionnels de santé

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

1. Analyse de la mise en œuvre de l'objectif opérationnel

Les actions menées en région (suivi personnalisé, promotion de l'exercice coordonné, lisibilité et complémentarité des dispositifs d'aides des collectivités territoriales et de l'Agence) répondent à un besoin exprimé par les PS lors d'études et enquêtes nationales :

- Selon Bachelet et al. (2017), les territoires de vie avec une faible accessibilité aux soins mais dans lesquels sont implantées des maisons de santé connaissent une meilleure évolution de l'offre des soins en attirant davantage de jeunes médecins de moins de 45 ans.
- Dans les territoires ruraux aux populations fragiles, associé au zonage, les maisons de santé ont un effet positif en atténuant la diminution de l'offre due aux départs en retraite (Chevallard et Mousquès - IRDES, 2020)
- L'enquête du Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM - 2019) réalisée auprès de 13 000 médecins et de 2 400 internes confirme que le cadre de vie, les conditions d'exercice, le travail en réseau avec d'autres professionnels de santé sont des facteurs clefs pour l'installation des médecins sur les territoires.

L'adaptation des conditions d'exercice des professionnels à leurs attentes s'est matérialisée dans l'accompagnement du déploiement de 3 modes d'exercices en développement par rapport au cabinet libéral isolé :

- La promotion et le développement des Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) conformément aux exigences d'exercice coordonné des plus jeunes générations exerçant en libéral (Objectif opérationnel n°9 : 127 MSP ouvertes, antennes comprises, et 13 projets de santé validés.
- Le déploiement de Centres de santé pour les professionnels qui souhaitent privilégier un exercice salarié en ville (77 centres de santé dont 26 avec de la MG et 5 centres de santé pluri professionnels). L'accompagnement, dans ce cadre, du déploiement du Gip Pro-Santé porté par le Conseil Régional (7 CDS autorisés et en fonctionnement et 5 CDS en projet de constitution)
- Le renforcement des liens ville/hôpital avec, notamment, la création de postes d'assistants ville/hôpital en rhumatologie, gynécologie médicale et dermatologie en Indre-et-Loire et dans le Loir-et-Cher

L'adaptation s'est aussi appuyée sur l'accompagnement des changements de pratique permettant délégations de tâche (protocoles de coopération, IPA) et optimisation du temps médical (infirmiers Asalée, assistants médicaux, télémedecine) afin d'améliorer la qualité de vie au travail des PS et donc l'attractivité du territoire.

Nombre d'assistants médicaux créés en région chaque année (dispositif créé en sept. 2019)

	2019	2020	2021
CPAM 18	1	10	5
CPAM 28	3	15	11
CPAM 36	2	12	24
CPAM 37	3	7	4
CPAM 41	Indicateurs neutralisés	11	1
CPAM 45	19	28	21
TOTAL :	28	83	66

Enfin, la coopération entre les acteurs publics (ARS, Assurance maladie, Conseil Régional, Conseils départementaux, communautés d'agglomération) afin de coordonner les financements et rendre plus visibles les aides matérielles et organisationnelles (inscription en crèche, aide à la recherche de logement ...) répondent à une demande de longue date des PS. Cette coopération est réelle et bien avancée aujourd'hui.

La méthodologie retenue pour s'adapter au mieux aux attentes des ES a été celle de la concertation s'appuyant, notamment, sur la mise en place de Comités Territoriaux de Santé (CTS) présents dans chaque département et rassemblant URPS, représentants de modes d'exercice coordonné, Ordres, usagers ...

Les projets de territoire sont mieux affinés grâce, notamment, aux CPTS qui couvrent la quasi-totalité de la région. En revanche, il conviendrait d'avoir des documents de présentation diffusables en ligne pour une plus grande accessibilité de ces projets.

L'ensemble des actions prévues comme « réponse collégiale et partenariale aux besoins des patients » ont été menées à bien et doivent être poursuivies :

- Développement des MSP et des Centre de Santé
- Développement des protocoles de coopération et des pratiques avancées
- Mieux organiser la prise en charge des soins non programmés
- Mieux organiser les fonctions d'appuis

La qualité du lien ville/hôpital varie beaucoup d'un territoire à un autre en fonction des actions au quotidien mises en œuvre par les acteurs de terrain. L'Agence a fait de cet axe de travail un des objectifs des GHT et des CPTS.

Facteurs encourageants :

- Développement rapide et répandu de l'exercice coordonné en région
- Couverture du territoire par les CPTS

Difficultés rencontrées :

- Difficultés d'implantation des IPA faute d'adressage suffisant de patients
- Les projets assistant ville/hôpital sont difficiles à mettre en place car nécessitent des liens entre les structures en termes de SI, de facturation, des personnels administratifs à mettre à disposition.
- Le manque de médecins et les départs à la retraite ne permettent pas toujours d'assurer la pérennité des MSP et Centres de santé créés.

2. Réalisation d'actions

Faits marquants et chiffres clés :

- 4 assistants partagés ville/hôpital en rhumatologie (MSP Montrichard), gynécologie médicale (Cabinet d'échographie Mosaïque Santé à Blois) et dermatologie (MSP Montrichard et MSP du Véron Avoine), tous en partenariat avec le CHU
- 27 MSP ouvertes antennes comprises et 13 projets de santé validés ; 60% avec ACI
- 77 centres de santé dont 26 centres de santé avec de la médecine générale et 5 centres de santé pluri professionnels
- Accompagnement GIP pro-santé – 7 CDS autorisés et en fonctionnement et 5 CDS en projet de constitution
- 37 protocoles de coopérations passés en région
- 13 IPA diplômés en 2021 dont
 - 8 mention pathologies chroniques et stabilisées
 - 1 mention maladie rénale
 - 3 mention oncologie hématologie
 - 1 mention santé mentale
- 14 IPA sous réserve de diplomation en juin 2022 dont
 - 6 mention pathologies chroniques et stabilisées
 - 1 mention maladie rénale
 - 2 mention oncologie hématologie
 - 5 mention santé mentale

3. Conclusion et commentaires

Le sujet de l'adaptation des pratiques est à intensifier afin d'anticiper les difficultés nationales attendues en termes de démographie médicale de MG notamment Ainsi, dans le futur schéma régional, cet objectif serait à associer directement à celui sur l'incitation à l'installation, la QVT jouant aujourd'hui un rôle prépondérant dans les choix d'installation.

Chapitre 10 : Innovation en santé Relance de la conception d'un écosystème favorable à l'innovation et démarrage opérationnel des premiers projets Article 51

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

1. Analyse de la mise en œuvre de l'objectif opérationnel :

Le dispositif « article 51 » a impulsé une dynamique d'innovation en santé avec les équipes ARS et les partenaires de la région. Il a ainsi permis d'installer un écosystème favorable à l'innovation, bien que les modalités aient été quelque peu différentes de celles imaginées lors de la construction du PRS2. Ainsi, l'objectif a été globalement atteint, avec toutefois une appréciation plus nuancée concernant l'accompagnement des projets qui se sont avérés non éligibles au dispositif 51.

Le lancement du dispositif national dit « article 51 » en 2018, concomitamment à la fixation d'un objectif régional consistant à mettre en œuvre un écosystème favorable à l'innovation en santé, a conduit à focaliser la démarche sur ce nouveau dispositif. En effet, le dispositif « article 51 » reprenait peu ou prou les deux grands leviers imaginés en région :

- Détecter, faire connaître et mettre en relation,
- Accompagner les porteurs de projets à fort potentiel de généralisation par des financements et une évaluation externe.

L'article 51 de la LFSS pour 2018 a ouvert le champ des possibles en permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé reposant sur des modes de financement nouveaux pour améliorer le parcours des patients, l'efficacité et la pertinence du système de santé, l'accès aux soins. Il apparaît comme le dispositif idéal pour impulser une dynamique autour de projets innovants proposant de nouvelles organisations, et comme un des leviers de la transformation du système de santé.

Ainsi, dès 2018, l'accent est mis sur la communication sur le dispositif article 51 et sur l'accompagnement des acteurs de terrain dès le stade de « l'idée » afin de les orienter et de détecter les projets éligibles à ce nouveau dispositif.

L'intérêt du dispositif de l'article 51 réside dans sa capacité à accompagner l'éclosion de projets portés par des acteurs de terrain et à ensuite assurer leur mise en œuvre à l'échelle d'un territoire. Les projets des porteurs sont éminemment variés et reflètent leurs multiples préoccupations.

L'animation régionale autour de l'article 51 a ainsi permis d'installer un écosystème composé des acteurs nationaux (l'équipe nationale 51, la CNAM, la DREES...), ainsi que d'acteurs régionaux et locaux (CPAM, groupements hospitaliers de territoire, URPS, établissements sanitaires ou médico-sociaux, CPTS, professionnels libéraux...).

Les expérimentations « article 51 » confirment les évolutions souhaitées de Ma Santé 2022 :

- Décloisonnement et délégation de tâches entre la ville et l'hôpital.
- Coordination de la prise en charge globale du patient, intégrant des soins support.

- Incitation à la collaboration et à une prise en charge centrée sur la qualité des soins via de nouveaux modèles de financement et à l'aide d'outils numériques.

Le présent bilan en région porte sur la situation au 31/12/21.

En région Centre-Val de Loire, 14 expérimentations sont en cours (cf. éléments détaillés en partie 2) :

- 2 Appels à Manifestation d'Intérêt : Incitation à une prise en charge partagée (IPEP) dans le Loiret et un financement à l'épisode de soins pour les patients atteints de cancer du côlon (EDS Colon)
- 5 projets régionaux
- 7 projets nationaux impliquant des acteurs de la région

Elles recouvrent des thèmes variés : la prise en charge des maladies chroniques, l'accès à des soins urgents ou non programmés, l'accès à la prévention et au dépistage pour les personnes dépendantes ou en situation de handicap...

Les 5 projets régionaux mobilisent 4,5M€ et concernent plus de 8 000 patients.

Les expérimentations « article 51 » montrent, au travers d'expériences concrètes, l'importance :

- ***d'articuler la ville et l'hôpital dans la mise en œuvre des projets :***

Les projets « article 51 » ont permis d'initier une réflexion sur l'optimisation de la prise en charge au niveau du parcours patient intra et extra hospitalier, à la recherche d'une efficacité tant dans la qualité que dans l'économie globale de la prise en charge.

Dans le Loiret, depuis 2018, une expérimentation est autorisée sur l'incitation à la prise en charge des soins partagée IPEP : expérimenter une incitation collective des professionnels de santé à s'organiser au bénéfice d'une patientèle commune. Elle a pour objectifs d'améliorer le service rendu aux patients et l'efficacité des dépenses de santé, ainsi que de responsabiliser les acteurs du système de santé pour une population donnée.

Les SI partagés ville/hôpital à disposition des acteurs en sont encore à un stade précoce de mise en œuvre. Un important travail a dû être conduit dans le cadre de cette expérimentation pour permettre un partage d'information ville/hôpital pour permettre une réelle coordination dans la prise en charge des patients.

- ***de déployer les outils d'information et du numérique pour connecter les professionnels de santé entre-eux :***

Les expérimentations permettent en effet de mettre en exergue les besoins d'évolution des systèmes d'information remontés par les professionnels de terrain. Elles participent à nourrir la réflexion relative à l'adaptation des outils à l'évolution des prises en charge du patient, notamment par des acteurs d'horizons différents (Cf. fiches bilan PRS2 sur le numérique et les systèmes d'information).

- ***de renforcer les partenariats (ville, hôpital, médico-social, associations) :***

Une forte dynamique partenariale et des collaborations sont nécessaires pour sortir du cadre conventionnel et faire face aux difficultés qui peuvent être rencontrées, notamment lors des instructions de projet (accélérateur de projet) ou lors de la préparation à la mise en œuvre de l'expérimentation (anticiper les outils SI, créer des partenariats autour du projet, communiquer sur le projet...).

- ***de faire émerger les méthodes de travail en gestion de projets, d'assurer la transversalité ou pluridisciplinarité des équipes :***

La constitution de collectif de travail est déterminante pour affronter les difficultés. L’instruction des projets s’avère parfois laborieuse, bien souvent chronophage pour les porteurs et leurs équipes. A titre d’exemple, l’instruction du projet TIMEO dans le Cher a duré plus deux ans pour aboutir en 2021 à un avis favorable du Comité technique pour l’innovation en Santé. De même, des projets régionaux sont en cours d’instruction, parfois depuis plusieurs mois (Cf. annexe).

Une fois le projet autorisé, l’expérience a montré également des délais parfois longs avant la première inclusion de patients ou une montée en charge moins rapide que prévue. Ces délais s’expliquent principalement par la nécessité de régler les modalités opérationnelles et concrètes de l’expérimentation (communication, mobilisation des prescripteurs, définition des circuits de facturation, répartition des enveloppes financières globales...). Ainsi, le projet TOPASE pédiatrique dans le Loiret a démarré l’inclusion des premiers patients un an après avoir été autorisé. Le projet bucco-dentaire dans le Cher a fait l’objet d’une prolongation de la durée d’expérimentation pour atteindre la file active nécessaire.

- ***d’associer les expertises pour construire les nouveaux modèles de financements :***

Les expérimentations « article 51 » portent des modifications importantes des organisations, font émerger des nouvelles fonctions voire des nouveaux métiers. Ces modifications s’accompagnent de modes de financement innovants tels que le paiement à la capitation, à l’épisode de soins ou sur objectifs ou résultats. Certains de ces paiements peuvent être substitutifs au droit commun, d’autres complémentaires à celui-ci.

La notion de « forfait » solidaire et collectif est utilisée dans de nombreuses expérimentations permettant de renforcer la coordination des acteurs à l’exécution d’une séquence de soins et modifier les pratiques.

Depuis 2020, en Indre-et-Loire, l’expérimentation de paiement à l’épisode de soins (EDS) pour la prise en charge chirurgicales (colectomies pour cancer) est portée par le Centre hospitalier régional universitaire de Tours. Il s’agit d’établir un forfait globalisé de l’ensemble des prestations réalisées par les acteurs impliqués dans la prise en charge, qu’ils soient hospitaliers ou en ville.

De même, les projets de prise en charge de l’obésité en Centre-Val de Loire (TIMEO et TOPASE) prévoient un financement forfaitaire d’équipes pluridisciplinaires à partager entre des acteurs appartenant à des secteurs différents (médecin de ville, établissements de santé, diététiciens, psychologues...).

Afin de mettre en place ces expérimentations, l’Article 51 a été doté d’un système d’information « la plateforme Article 51 » (PF51) permettant de financer les expérimentations et récupérer les données nécessaires au contrôle et à l’évaluation. Un processus de co-construction des circuits de facturation avec les porteurs de projets et les équipes de l’assurance maladie (CNAM) a été mis en place.

- ***d’élaborer de manière collective, le protocole d’évaluation de l’expérimentation en utilisant des données et des indicateurs fiables, robustes et concertés***

L’évaluation du projet est pensée dès son élaboration. Ainsi, les critères d’évaluation sont définis dans le cahier des charges, puis au lancement de l’expérimentation un protocole d’évaluation est réalisé par un évaluateur externe en lien avec le porteur de projet et les équipes nationales. Un rapport intermédiaire permet d’avoir une première évaluation à mi-parcours, avant le rapport final qui permettra de prononcer sur la généralisation du modèle expérimenté.

La crise de la Covid-19 a ralenti la montée en charge des expérimentations. Ainsi, le projet porté par l’URPS biologie n’a pas pu démarrer comme prévu en 2019 en raison de la forte mobilisation des biologistes sur la gestion de crise sanitaire. Elle est reportée jusqu’en 2023. Cependant, la dynamique a été maintenue à chaque fois que cela été possible au regard notamment de la disponibilité des porteurs de projet. La crise sanitaire a également eu des effets positifs : le développement de la prise en charge à distance pour les

projets en cours et la naissance de projets issus de la crise avec notamment l'expérimentations « Régulation des urgences dentaires ».

Enfin, la difficulté a pu être de réorienter un projet vers un autre dispositif que l'article 51 ou de proposer un autre financement pouvant soutenir l'innovation. Des passerelles ont pu se mettre en place comme, par exemple : la duplication de projets « article 51 » (exemple sur les soins bucco-dentaires), l'évolution de la réglementation permettant la mise en œuvre dans le cadre du droit commun (filière visuelle, télésurveillance, transports sanitaires), les dispositifs spécifiques portés par nos partenaires (appels à projet du conseil régional ou des conseils départementaux...). Ainsi, une dizaine de projets régionaux ont fait l'objet d'une réorientation lorsqu'ils étaient pertinents mais non éligibles au dispositif « article 51 ». Enfin, des appels à projets innovants ont été lancés dans le champ de la santé mentale et dans le champ médicosocial.

2. Réalisation d'actions :

L'objectif des projets innovants « article 51 » est d'améliorer les parcours de soins et notamment la coordination autour de ces derniers, la deuxième préoccupation des porteurs est liée à l'accès aux soins, avec le souhait d'améliorer le recours à de nouvelles prestations concernant certaines pathologies (psychologues, diététiciens, conseillers médicaux en environnement intérieur, éducateurs en activité physique adapté, etc.)

Concrètement, cela se traduit dans notre région par la mise en place de plusieurs projets. Soit des projets nationaux ou proposés par le national auxquels participent des acteurs de santé de nos territoires, soit des projets impliquant des acteurs de santé de notre région, soit en réponse à des appels à projets nationaux ou à manifestation d'intérêt (AMI).

• Sur le territoire national :

- 103 expérimentations ont été autorisées depuis le lancement en 2018 et portent sur différentes pathologies (cancer, santé mentale, bucco-dentaire, obésité, maladie cardio-vasculaire...) ou population (précaires, âgées, en situation de handicap, enfance...), sur 570 projets recevables.
- Plus d'un million de patients concernés.
- 460 M€ de dépenses autorisées depuis la création du dispositif.
- 213 projets en cours d'instruction « article 51 ».
- 176 projets ont déjà été rejetés sur le fond (non éligible aux disposition de l'article 51 »).
- 127 projets réorientés (FIR, recherches, conseils départementaux, autres appels à projet...).

• En région Centre-Val de Loire :

- **2 projets issus d'un appel à manifestation d'intérêt national (AMI)**

Titre AMI	Année d'autorisation	Objet du projet	Porteur	Fin du projet	Chiffres clés
IPEP Incitation à la prise en charge des soins partagée	2018 (première vague AMI)	visé à tester un nouveau modèle de financement collectif incitatif à la mise en place d'organisation territoriale multi-acteurs offrant un ensemble de services au bénéfice d'une patientèle donnée et partageant ainsi collectivement une responsabilité envers	Groupement orléanais 3 équipes de MSP Liliane COUPEZ, La Présentation	2023	21 millions d'euros pendant toute la durée de l'expérimentation pour les 18

		cette patientèle (principe de responsabilité populationnelle). L'expérimentation a donc un double objet: -la mise en place de nouvelles formes d'organisation pluri professionnelle centrée autour de la prise en charge d'une patientèle donnée ; -l'instauration d'un nouveau modèle de financement reposant sur un intéressement collectif fondé sur des objectifs de qualité et d'efficience des dépenses de santé.	et Les Chaises		groupements déjà engagés dans la première vague d'AMI IPEP. France entière : 460.000 patients bénéficiaires
EDS paiement à l'épisode de soins	2019 (deuxième vague)	Expérimenter des prises en charge chirurgicales (colectomies). Vise à tester un nouveau modèle de paiement groupé pour un épisode de soins chirurgical donné. Il s'agit de proposer la mise en place d'un montant forfaitaire pour rémunérer un ensemble d'acteurs mobilisés au cours d'une prise en charge.	Centre hospitalier régional universitaire de Tours	2024	Au total, 36,6 M d'euros Crédit d'amorçage : Une part fixe de 30K€ et une part variable. Montant entre 37K€ et 96K€ France entière : 23.400 patients bénéficiaires

- 5 Projets accompagnés, autorisés et déployés dans les territoires :

Titre du projet	Année d'autorisation	Objet du projet	Porteur	Fin du projet	Chiffres clés
Prévention/Dépistage bucco-dentaire chez PA et PH	2019	Réaliser des dépistages via une IDE formée qui se rend au chevet des patients, avec télé-expertise du dentiste (analyse des clichés et organisation d'une prise en charge en ville). Secteur des établissements et structures médico-sociales du Cher	Centre Hospitalier de Bourges – GHT 18 (Cher)	2023	Coût total : 600 712,61 € Pour 4 613 résidents sur l'ensemble du territoire du cher Sur 1091 dépistages réalisés : 766 consultations chez le dentistes préconisées
Prévention de l'insuffisance rénale chronique IRC	2019	Mise en place d'entretiens par les biologistes médicaux pour le dépistage précoce de l'insuffisance rénale chronique (IRC) et pour une amélioration de son suivi. Cette expérimentation vise à	URPS biologistes	2023	Coût total : 114 066 €

		améliorer le dépistage précoce de l'IRC et le suivi des patients diagnostiqués et repérés grâce à l'analyse des données biologiques et via des entretiens entre le biologiste et le patient.	Centre-Val de Loire		pour 780 entretiens et 40 biologistes mobilisés
TOPASE Pédiatrique-Territoire obésité parcours autonomie ensemble	2020	Structurer la prise en charge de l'obésité infantile de premier recours grâce à un maillage territorial par des équipes de proximité. L'objectif poursuivi est de proposer une prise en charge globale, pluridisciplinaire et financièrement accessible pour l'enfant et son entourage.	Centre spécialisé de l'Obésité – CPTS Orléans dans le Loiret	2025	Coût total : 2 450 700€ pour 1800 patients
TIMEO : Obésité adulte	2021	Mise en place d'un parcours de soin ville – hôpital fondé sur une évaluation pluridisciplinaire et standardisée des besoins du patient souffrant d'obésité à l'aide d'un algorithme de personnalisation des soins pour chaque composante (psychologique, diététique ou activité physique). L'objectif poursuivi est d'améliorer la prise en charge de l'obésité par une coordination ville-hôpital et l'animation d'un réseau de professionnels de premier recours formés à suivre l'évolution des indicateurs de santé des patients pendant plusieurs années.	Association TIMEO dans le Cher en lien avec la clinique Guillaume de Varye (Cher)	2026	Coût total : 954 550 € pour inclure 1050 patients
Régulation dentaire aux urgences	2022	Mise en place d'un service de régulation de chirurgiens-dentistes au sein des centres 15 pour la régulation et la prise en charge des urgences dentaires les Dimanches et jours fériés. Cette organisation innovante, permet une prise en charge optimale des patients présentant une urgence dentaire tout en déchargeant l'activité du SAMU centre 15.	SAMU et Ordre des chirurgiens-dentistes au niveau des 6 départements de la région.	2024	Coût total 422 560 € pour le déploiement sur les 6 territoires de la région

Les financements régionaux s'élèvent à 776 K€ de FIR pour ces expérimentations « article 51 » (cumul sur la durée totale d'expérimentation).

- **7 Projets nationaux où des acteurs de la région Centre-Val de Loire participent aux projets en tant qu'expérimentateurs :**

Dans le département d'Indre-et-Loire : depuis 2019 : plusieurs projets nationaux sont en cours de déploiement :

- « *My diabby* » : télé-surveillance du diabète gestationnel.
- « *Optimcare* » : télé –surveillance de greffe hépatique ;
- « *Diapason avalun* » : parcours de soins intégrant pour les patients la biologie délocalisée pour des patients chroniques sous AVK.

- « *As de cœur multcentrique* » : vise à favoriser la pratique d'une activité physique autonome régulière et durable chez des patients sortant de la phase de réadaptation cardiovasculaire en leur proposant de façon expérimentale une nouvelle séquence de soin prise en charge par l'Assurance maladie. Ce projet s'étend aussi au Loir-et-Cher.
- « *réfèrent parcours périnatalité – RePAP* » vise à améliorer la santé globale des femmes et des enfants en permettant un accompagnement continu du parcours de la grossesse au post-partum, au plus près des besoins, et ce jusqu'aux trois mois de l'enfant, en lien et coordination avec les autres professionnels intervenant en période périnatale.

Dans les départements du Loiret puis de l'Indre : le projet national « *GPSO obésité-adulte* » a été autorisé en 2021. Il vise à détecter, accompagner et stabiliser sur le long terme le poids des personnes obèses et en surpoids prises en charges, grâce à la mise en place au sein des territoires concernés par l'expérimentation du maillage d'un parcours de santé gradué et cohérent, reposant sur une équipe pluridisciplinaire de santé coordonnée autour du patient.

Dans l'Indre, le projet national *EQLAAT* a été autorisé. Il a pour objectif la mise en place d'équipes locales accessibles rapidement et aisément, indépendantes de toutes activités commerciales sur les aides techniques, pour l'évaluation et l'accompagnement au choix et à la prise en main des aides techniques aux personnes en situation de handicap et personnes âgées.

Dans le cadre du dispositif des expérimentations pour l'innovation en santé, le Ministère des Solidarités et de la Santé avait lancé un appel à candidature national incitant à la prescription hospitalière de médicaments biologiques similaires délivrés en ville. En région Centre-Val de Loire, 3 établissements expérimentent ce nouveau mécanisme d'intéressement pour encourager et valoriser la prescription de médicaments biosimilaires lorsque la prescription est exécutée en ville : CHR Orléans, CH Blois et CHU Tours.

3. Indicateurs d'évaluation :

La démarche ayant été focalisée sur le dispositif « article 51 », les indicateurs d'impact prévus en 2018 sont neutralisés. Les chiffres clés cités précédemment permettent d'illustrer et de suivre la mise en œuvre de l'objectif opérationnel n°21 du PRS2.

N°	Intitulé indicateur d'impact	Valeur initiale 2016	Valeur cible intermédiaire	Valeur cible à 5 ans	Valeur actuelle /la plus récente connue
1	Taux de déploiement de l'écosystème			100%	Indicateur neutralisé au regard de l'objectif déployé depuis 2018.
2	Taux de projets innovants déployés en dehors du territoire initial dans les 2 ans suivant un accompagnement renforcé			50%	Indicateur neutralisé au regard de l'objectif déployé depuis 2018.

4. Bilan/tendance de la réalisation de l'objectif dans les départements de la région

Tous ces projets suscitent un réel intérêt et une reconnaissance de leur caractère innovant et de leur potentiel pour améliorer le service rendu aux patients et pour répondre aux besoins de terrain. L'ARS veille à faire grandir cette dynamique autour de l'innovation, afin que ces projets hautement collaboratifs se multiplient sur l'ensemble des territoires de notre région.

La dynamique territoriale est importante pour lancer et promouvoir des projets innovants. Ces derniers se concrétisent plus rapidement dans les territoires mieux dotés en professionnels de santé ou équipes pluridisciplinaires (Indre-et-Loire, Loiret). Un accompagnement des équipes et une communication sur le

dispositif sont à approfondir pour les autres territoires. Un soutien mieux adapté dans ces départements doit être mis en place pour faire éclore des projets innovants.

5. Conclusion :

Le futur schéma régional intégrera un chapitre dédié à l'innovation mais les objectifs devront évoluer selon les 4 axes suivants :

- Mieux faire connaître le dispositif aux acteurs de santé en région, en proposant des journées dédiées aux retours d'expériences de projets innovants, avec des porteurs de projet, à l'image de la journée nationale organisée par le ministère de la santé, chaque année au mois de novembre à laquelle notre ARS et nos partenaires participent.
- En fin de période d'expérimentation (entre 3 et 5 ans), les projets seront évalués par la cellule d'évaluation nationale portée par la CNAM en lien avec le ministère. Ils pourront alors, soit être généralisés, soit être ajustés en vue d'une généralisation ultérieure ou être arrêtés si les résultats n'étaient pas concluants. À l'approche des généralisations, il est essentiel d'anticiper cette phase pour préparer les acteurs de la région aux nouveaux modes d'organisation et de financement qui en seront issus.
- Définir des modalités de soutien adaptés aux territoires moins bien dotés en professionnels de santé.
- Le soutien à une politique d'innovation porteuse des évolutions de demain est réaffirmé par l'annonce de la création de l'agence de l'innovation en santé dès 2022 (annonce du Premier ministre en fin d'année 2021) qui va s'accompagner d'une réflexion stratégique dans laquelle le dispositif « article 51 », devenu la référence sur les innovations organisationnelles, doit être intégré. Par son ancrage dans le paysage, sa reconnaissance par les acteurs et son développement croissant et rapide, le dispositif dans sa configuration actuelle, atteint une taille critique et se doit d'être réinterrogé pour continuer à répondre aux ambitions qu'il porte.

Annexe : exemples de projets régionaux en cours d'instruction « article 51 » (printemps 2022)

Titre de l'expérimentation	Objet du projet	Porteur de projet
AMI - Projet ICOPE : Expérimentation nationale d'un dépistage multidimensionnel du déclin fonctionnel lié à l'âge selon le programme ICOPE de l'OMS	Cette expérimentation s'inscrit dans la stratégie globale de prévention de la perte d'autonomie 2020-2022 « Vieillir en bonne santé ». Il s'agit d'expérimenter une nouvelle approche préventive des soins à destination des séniors, en ciblant les capacités fonctionnelles : locomotion, état nutritionnel, santé mentale, cognition, audition et vision. Ce projet s'appuie sur le programme ICOPE (Integrated Care for Older PEople) de l'OMS et son outil numérique.	Equipe de l'ERVMA du CHU de Tours et les partenaires de la région
Réfèrent vaccination	Simplification du parcours vaccinal des patients afin d'améliorer la couverture vaccinale par la mise à disposition dans les cabinets de ville des professionnels de santé d'un stock de vaccins.	Collège national des généralistes enseignants (Loiret et Indre-et-Loire)

AlterHospi	Création d'un parcours de soins coordonné par l'équipe médicale de l'espace santé de Blois : proposer une alternative à l'hospitalisation pour les patients atteints de pathologies respiratoires chroniques graves en situation d'exacerbation	Cabinet de pneumologues - Espace du souffle à Blois
Antennes pharmacies	Expérimenter dans la région le système des antennes de pharmacie, ouvert par l'article 95 de la loi ASAP et codifié au n du II de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale permettre le développement d'un régime adapté à l'exercice pharmaceutique dans les conditions particulières inhérentes à l'exploitation d'une officine sur deux sites. A terme, l'objectif serait l'élargissement du champ de l'expérimentation à l'ensemble de la région.	Conseil départementale de Ordre des pharmaciens du Cher
Codepist	Visé à proposer à la population concernée de la région Centre-Val de Loire un accès non médicalisé, gratuit aux dépistages répétés des gonococcies, syphilis, chlamydia, VIH, VHB, VHC par l'envoi ou la remise de kits d'auto-prélèvements, en complément ou non de dépistages par TROD VIH, VHB, VHC et Syphilis, en lien avec les CEGIDD et le LBM du CHRU de Tours, dans un parcours de santé sexuelle à la fois agile et robuste.	Association AIDES – Centre-Val de Loire
Prévention et prise en charge bucco-dentaire	Duplication d'un projet « article 51 » au sein d'une autre région : bus buccodentaire à destination des personnes âgées et des personnes en situation de handicap résidents au sein des structures médico-sociales du territoire Eurélien.	Fondation TEXIER GALLEAS en Eure-et-Loire



Axe 3 : Efficience du système de santé

Chapitre 11 : Pertinence du recours au système de santé La pertinence du recours au système de santé comme levier de qualité de la prise en charge des usagers du système de santé de la région Centre-Val de Loire

Objectif opérationnel n°22 : Améliorer la pertinence des prescriptions de transports

1. Analyse de la mise en œuvre de l'objectif opérationnel

Le PRS prévoyait de mener des travaux visant à améliorer la pertinence des prescriptions de transports dans le champ des affections de longue durée et des entrées/sorties d'hospitalisation. Les actions devaient porter sur les prescriptions en établissements de santé et en ville sur 3 segments :

- La prise en charge des patients avec des soins itératifs (cancer, santé mentale, insuffisance rénale chronique),
- La prise en charge des patients avec des soins peu invasifs (diabète, pathologies cardio-vasculaires),
- La gestion des entrées et sorties d'hospitalisation, en particulier dans le cadre d'une prise en charge en ambulatoire.

La démarche consistait à cibler les territoires et les établissements sur la base de l'identification d'atypies de recours aux transports.

Sur le champ des sorties d'hospitalisation :

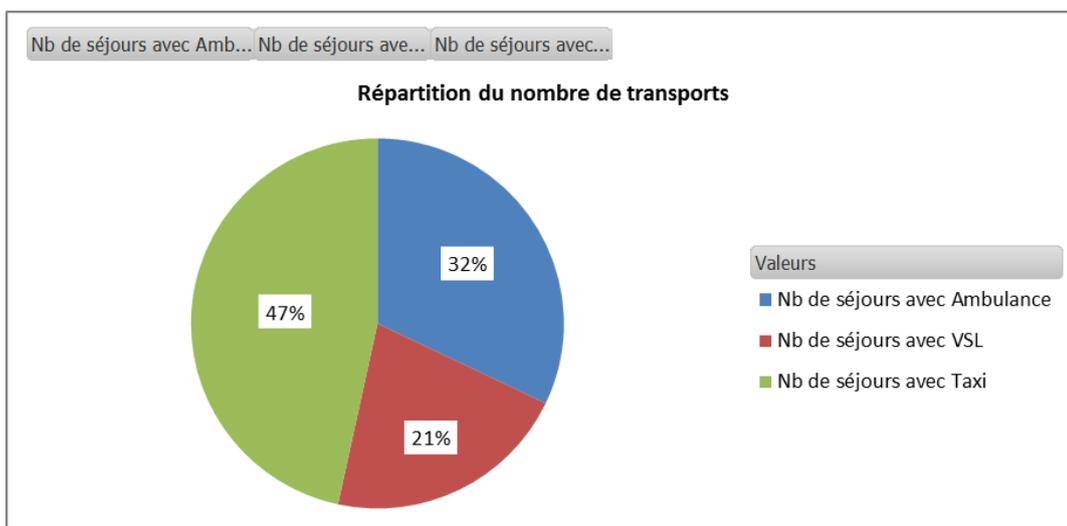
A partir de 2019, une méthodologie régionale a été élaborée pour permettre de détecter d'éventuels territoires ou établissements présentant un sur-recours par rapport à la moyenne régionale, et pouvoir envisager les actions les plus appropriées à mettre en œuvre, afin de diminuer les atypies relevées.

Ainsi, une étude régionale a été menée, sur les données d'activité 2017 et 2018, sur la pertinence des prescriptions de transports en sortie d'hospitalisation, basée sur le calcul de 3 indicateurs :

- Taux de recours au transport (tout mode de transports) = nombre de séjours avec un transport sur le nombre total de séjours ;
- Taux de recours à l'ambulance = nombre de séjours avec un transport en ambulance sur le nombre total de séjours ;
- Part d'ambulances sur la totalité des transports = nombre de séjours avec un transport en ambulance sur le nombre de séjours avec un transport.

Cette étude de l'activité 2018 a permis de mettre en évidence plusieurs atypies pour chacun des indicateurs.

En 2018, l'activité de transports sanitaires en sortie d'hospitalisation représente plus de 10M€ pour plus de 110 000 séjours avec un transport.



Un tiers des transports réalisés en sortie d'hospitalisation le sont en ambulance, représentant un montant de 3,8 millions d'euros.

Le transport en taxis représente presque la moitié des transports réalisés en sortie d'hospitalisation, pour un montant de 5,6 millions d'euros.

21 % des transports réalisés en sortie d'hospitalisation sont faits en VSL, pour un montant de 0,95 million d'euros.

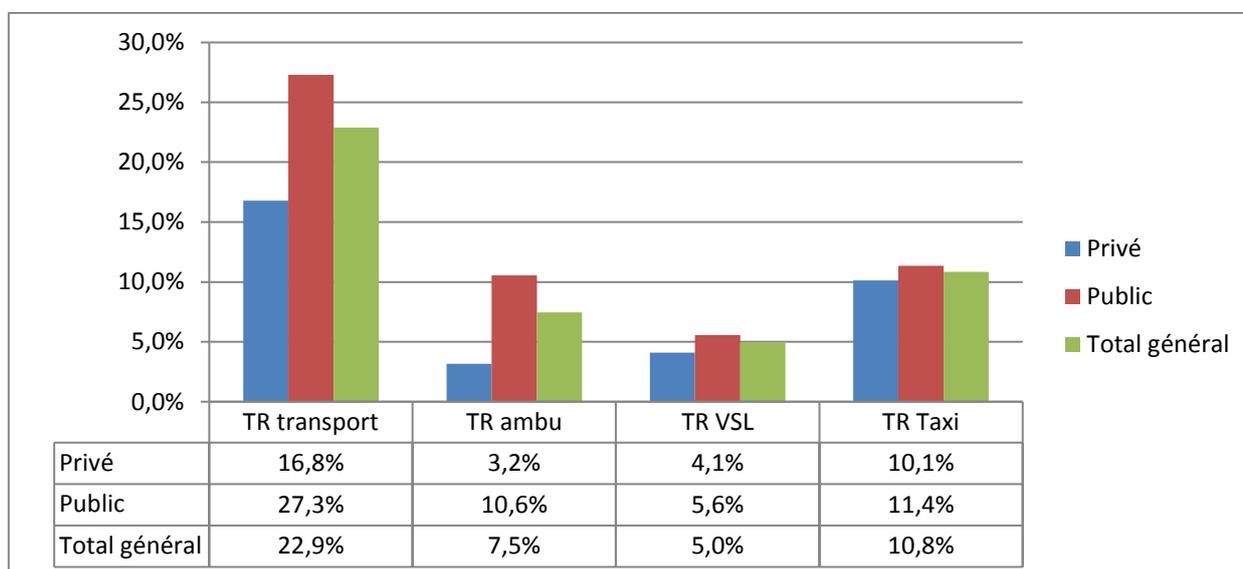
Au plan régional :

- Taux de recours au transport : 22,9 %
- Taux de recours à l'ambulance : 7,5 %
- Part de l'ambulance dans les transports : 32,6 %

Par ailleurs, le taux de recours au VSL est de 5,0 %, alors que le taux de recours au taxi est de 10,8 %.

Taux de recours par statut

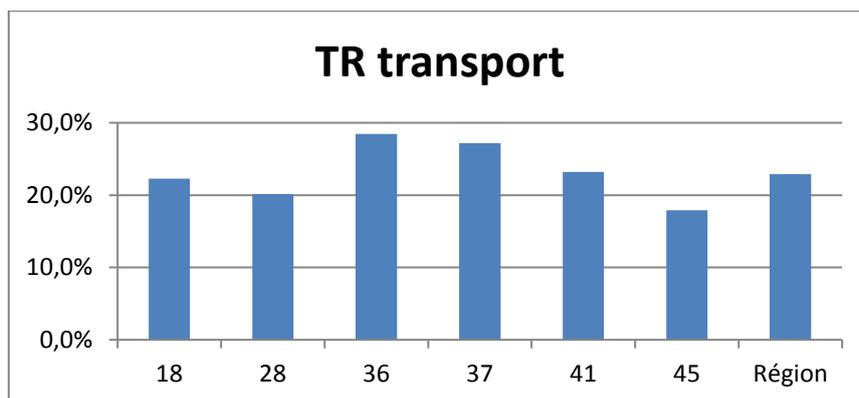
L'étude a montré une différence significative entre les prescriptions des établissements publics et privés, que l'on considère le taux de recours au transport tous modes, ou le taux de recours à l'ambulance.



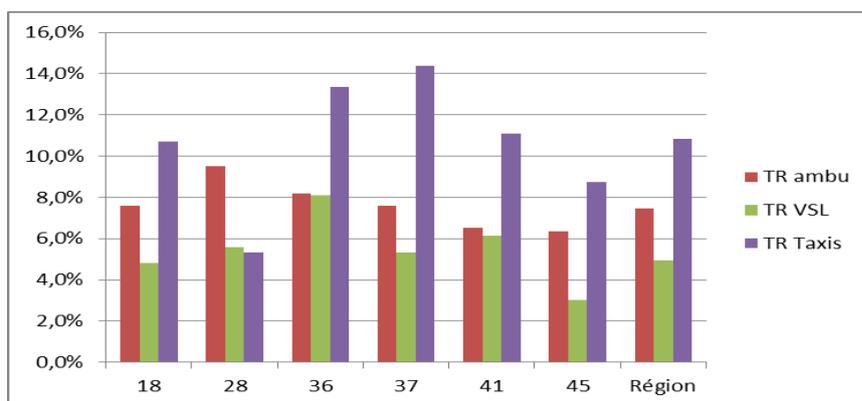
Les dépenses de transports prescrits par les établissements publics sont de 7,1 millions d’euros (soit 68,2 % des dépenses totales), alors qu’elles sont de 3,3 millions d’euros pour les établissements privés (31,8 % des dépenses totales). Parallèlement, la répartition du nombre de séjours est de 58 % en établissements publics et 42 % en établissements privés.

Taux de recours par département

L’Indre et l’Indre-et-Loire sont en sur-recours par rapport à la moyenne régionale, alors que le Loiret est en sous-recours :



Taux de recours par département et mode de transport :



Le département du Cher ne présente pas d’atypie par rapport aux moyennes régionales.

L’Eure-et-Loir présente en revanche plusieurs atypies : si le taux de recours au transport est inférieur à la moyenne régionale (20,2 % vs 22,9 %), le taux de recours à l’ambulance y est bien plus élevé (9,5 % vs 7,5 %), étant d’ailleurs le taux de recours le plus important de la région. Ce département se distingue également sur les transports assis : c’est en effet le seul département avec un taux de recours au VSL supérieur au taux de recours au taxi.

Le département de l’Indre a des taux de recours à l’ambulance et au VSL quasiment identiques, en sur-recours par rapport aux moyennes régionales (respectivement 8,2 % et 8,1 %, vs 7,5 % et 5,0 %). Le taux de recours au taxi est bien supérieur au taux de recours régional (13,3 % vs 10,8 %).

L’Indre-et-Loire présente des taux de recours à l’ambulance et au VSL proches des moyennes régionales (respectivement 7,6 % et 5,3 %, vs 7,5 % et 5,0 %), mais le taux de recours au taxi le plus important de la région (14,4 %).

Le Loir-et-Cher a un taux de recours à l'ambulance inférieur d'un point à la moyenne régionale (6,5 % vs 7,5 %) et des taux de recours au VSL et au taxi un peu supérieurs (6,1 % et 11,1 % vs 5,0 % et 10,8 %).

Le département du Loiret se caractérise par des taux de recours inférieurs aux moyennes régionales, quel que soit le mode de transport.

Les résultats de cette étude, présentés en IRAPS, lors d'une commission régionale sur les transports et lors d'un séminaire national ont suscité un fort intérêt par les différents acteurs qui souhaitaient que l'étude soit actualisée et permette de mettre en œuvre des actions similaires aux dialogues de pertinence menés sur les actes chirurgicaux.

Ainsi, pour les territoires atypiques, une analyse plus fine a permis de cibler les établissements atypiques, et pour ces derniers, l'analyse a été affinée par type d'actes et de séjours afin de déployer des actions ciblées sur les services prescripteurs les plus atypiques.

Parallèlement, le ministère et la Cnam ont lancé de nouveaux indicateurs dans le cadre du CAQES auprès des établissements, dont l'un concernait le taux de recours à l'ambulance, basé non pas sur le nombre de transports réalisés, mais sur le montant des transports d'ambulance sur la totalité des dépenses de transports.

Dès lors, la démarche régionale n'a pu être conduite comme prévu dans la mesure où il n'était pas réaliste de mener des actions auprès des établissements avec 2 méthodes différentes.

Sur le champ des principales ALD :

S'agissant des affections longue durée, la crise sanitaire n'a pas permis d'engager la démarche initialement envisagée.

2. Réalisation d'actions

L'Assurance Maladie rencontre régulièrement les établissements sur le sujet des transports, et échange sur les données disponibles, les dispositifs qui peuvent être mis en place.

En dépit du contexte sanitaire peu favorable aux déploiements d'actions sur les transports, l'Assurance Maladie a pu mettre en œuvre les actions suivantes :

- Lancement de l'expérimentation de la prescription électronique de transports au CHU de Tours ;
- Poursuite de l'accompagnement des établissements de santé dans la mise en place des plateformes de commande de transports, notamment au CHU et au CHRO ;
- Mise en place du télé service « Mes Remboursements Simplifiés » pour le remboursement facilité des transports en véhicule personnel ou en transport en commun ;
- Mise à disposition du Profil transport établissements auprès des établissements publics ;
- Intégration dans les bases de l'Assurance Maladie des données kilométriques des trajets facturés par les taxis.

Le nouveau CAQES porte un indicateur Transports que les CPAM accompagneront lors des rencontres avec les établissements ciblés au niveau régional.

3. Indicateurs d'évaluation

N°	Intitulé indicateur d'impact	Valeur initiale 2016	Valeur cible à 5 ans	Valeur actuelle
1	Ecart entre le taux de transports réalisés en ambulance aux niveaux départemental et régional	-	Ecart inférieur ou égal à zéro dans les départements ciblés	Indicateur non calculé au regard de l'évolution du cadre national

4. Conclusion et commentaires

Le suivi de l'indicateur initialement prévu dans le PRS n'a pas été mis en œuvre, même si le sujet des dépenses de transports reste un enjeu majeur compte tenu des montants en jeu. Les actions portent aujourd'hui essentiellement sur l'organisation des transports et la maîtrise des dépenses via le nouveau CAQES. Elles ne relèvent pas, en tant que tel, d'actions sur la pertinence des prescriptions.

La question de maintenir un objectif dans le PRS 3 sur ce sujet est en discussion au sein de l'IRAPS.

Chapitre 11 : Pertinence du recours au système de santé La pertinence du recours au système de santé comme levier de qualité de la prise en charge des usagers du système de santé de la région Centre-Val de Loire

Objectif opérationnel n°23 : Améliorer la pertinence des actes en réduisant la variation des pratiques

1. Analyse de la mise en œuvre de l'objectif opérationnel

Le ministère chargé de la santé a décidé, en lien avec la HAS et la CNAM, de focaliser son action sur 33 activités chirurgicales très fréquentes. Si la région Centre-Val de Loire présentait peu de taux de recours manifestement atypiques par rapport à ceux constatés au plan national, des variations importantes de taux de recours à certains soins hospitaliers sont constatées entre territoires. Les indicateurs démographiques ou sanitaires (notamment épidémiologiques) seuls ne suffisent pas à expliquer ces variations ; elles reflètent donc des variations de pratiques.

Des travaux de pertinence ont été engagés en 2017 en ciblant des actes présentant des taux de recours atypiques au sein de la région et pour lesquels les recommandations de bonnes pratiques sont suffisamment précises concernant l'indication opératoire. En fonction des atypies observées, plusieurs actions ont été mises en œuvre : dialogue de pertinence (sur-recours très important et production importante des établissements), courrier de pertinence (sur-recours moins important et moins d'actes produits) ou mise sous accord préalable.

La campagne menée fin 2017, et suivie en 2018, a été particulièrement efficace sur la chirurgie bariatrique (campagne couplée à une mise sous accord préalable). En effet, le taux de recours dans le Loiret est passé de +17% en 2017 à -21% en 2019 par rapport au niveau national. De même, les dialogues sur la cholécystectomie en Eure- et- Loir ont permis de ramener le taux de recours départemental à un niveau proche de la moyenne nationale : +22% en 2017 à +4% en 2019. S'agissant du dialogue conduit sur la thyroïdectomie dans l'Indre, la démarche n'a pu être menée à son terme pour des raisons indépendantes à la démarche. Au global, cette première campagne a permis, d'une part, de faire la « preuve de concept » des dialogues de pertinence, et d'autre part, de développer une approche graduée en fonction des enjeux.

Sur le modèle de la campagne de pertinence 2017-2018, une nouvelle campagne devait être menée au 1^{er} semestre 2020. Le ciblage des gestes et établissements à suivre a été validé en IRAPS le 5 février 2020, puis la crise sanitaire a stoppé la démarche.

Au total, l'objectif de ramener à zéro l'écart entre le taux de recours des départements ciblés et le taux de recours national n'a été atteint que pour certains actes chirurgicaux (2 sur 3 pour la première campagne de 2017-2018), les actions relatives aux autres gestes en sur-recours n'ayant pu être conduites en raison de la crise sanitaire.

S'agissant des travaux relatifs aux sous-recours, ils ont dû être neutralisés durant la crise sanitaire et reprendront progressivement en 2022.

L'ensemble des travaux a repris fin 2021, avec réactivation de l'IRAPS, et validation d'un nouveau programme de travail. Une campagne de pertinence « de relance » devrait être organisée courant 2022.

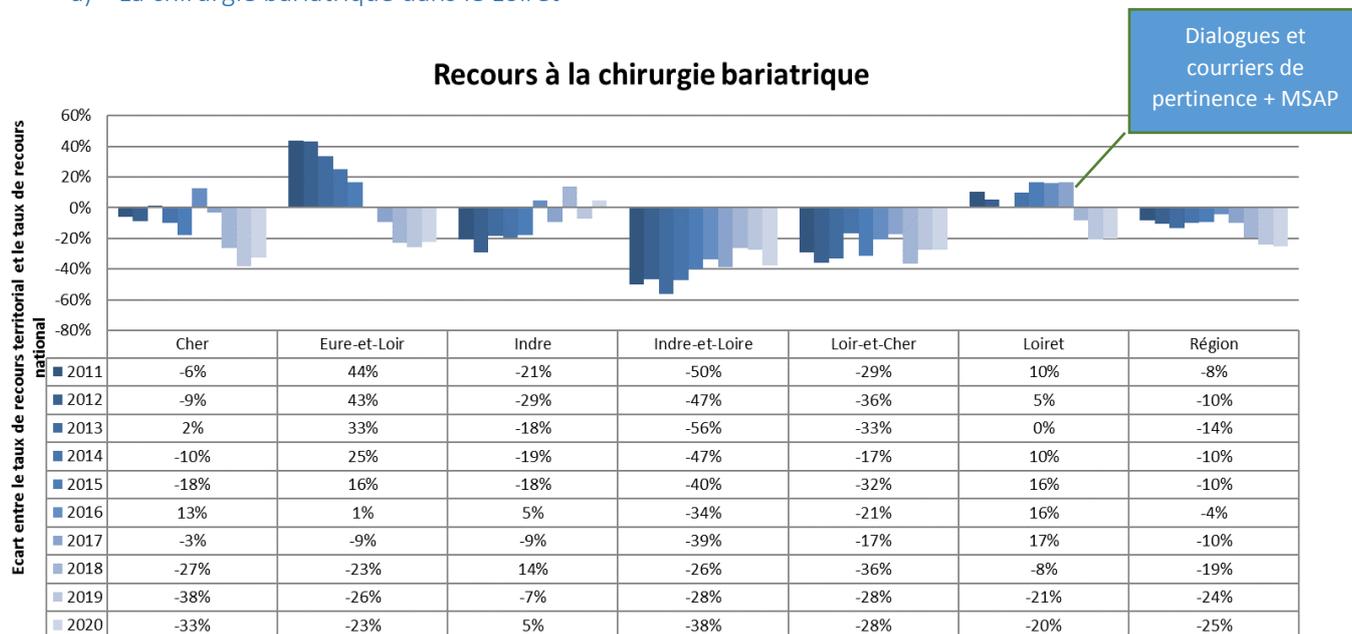
2. Indicateurs d'évaluation

La campagne de dialogues de pertinence conduite en 2017-2018 a permis de rencontrer les chirurgiens exerçant dans les territoires ciblés afin de partager l'atypie de recours observée sur leur territoire et d'échanger sur leurs pratiques, et mettre en avant d'éventuels points de rupture dans les parcours des patients.

N° 1 : Sur-recours : écart entre le taux de recours des départements ciblés et le taux de recours national
(valeur cible : écart inférieur ou égal à 0)

- Les actes pour lesquels des actions ont été menées :

a) La chirurgie bariatrique dans le Loiret

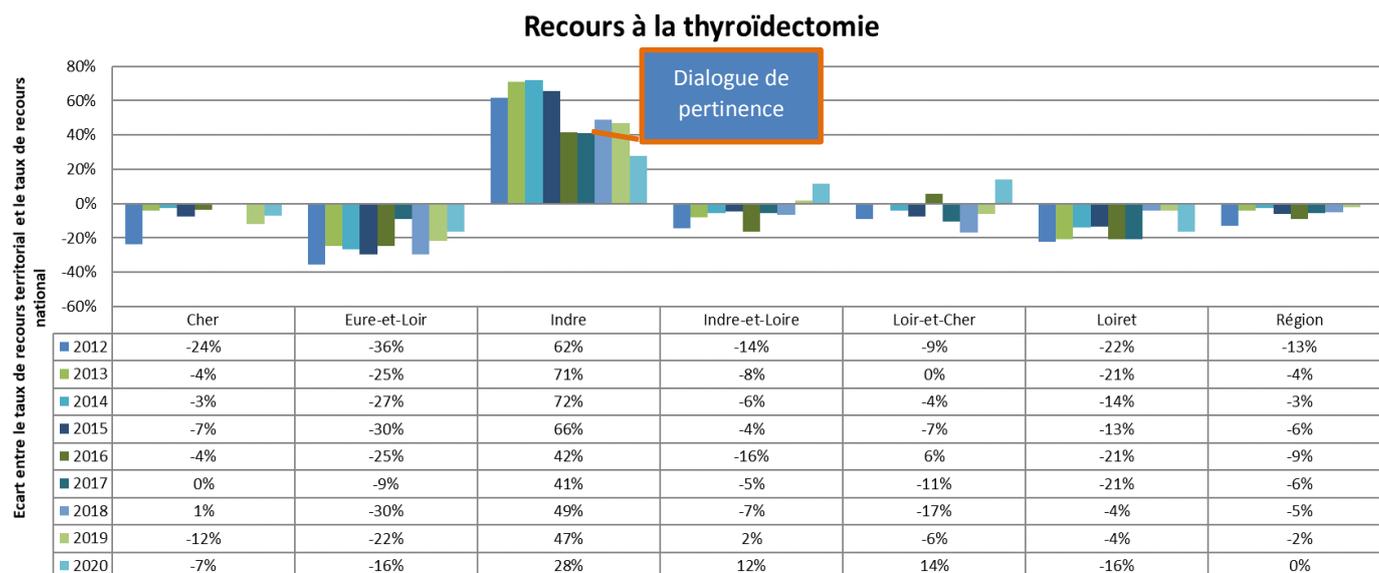


Les actions menées :

- 2016 : Campagne de mise sous accord préalable d'un établissement sur la chirurgie bariatrique pour une période de 6 mois
- 2017 :
 - Courrier de pertinence à un autre établissement présentant les données et invitant à réaliser une démarche d'auto-évaluation
 - Dialogue de pertinence avec 3 chirurgiens d'un troisième établissement et échanges avec le Centre spécialisé de l'obésité. Les principaux constats : difficultés à assurer le suivi des patients à long terme compte tenu de l'importance de file active, réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) insuffisamment rigoureuse ; elles devraient équivaloir à celles pratiquées en cancérologie compte tenu du pronostic de la pathologie.

Les résultats observés : à partir de l'année 2018, le département du Loiret ne connaît plus de sur-recours par rapport au niveau national, et le sous-recours se maintient les années suivantes.

b) La thyroïdectomie dans l'Indre



Les actions menées :

Un dialogue de pertinence a été mené au sein d'un établissement en 2017. Il a permis de mettre en lumière les constats suivants :

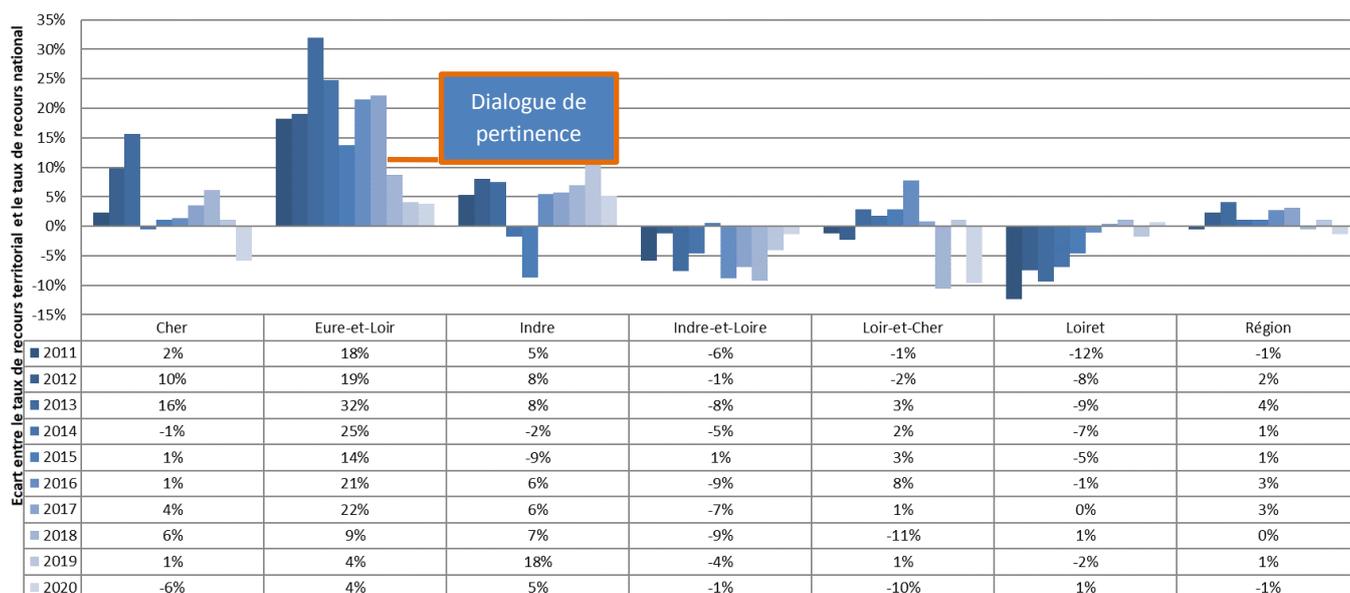
- Qualité des compte-rendu d'échographies thyroïdiennes à améliorer,
- Peu d'accès à une cytoponction sous échographie,
- Indication opératoire par l'endocrinologue non remise en cause par les chirurgiens.

Les actions prévues avec les radiologues n'ont pu avoir lieu, puis la crise sanitaire n'a permis de relancer la démarche.

Les résultats observés : Le sur-recours a augmenté en 2018 mécaniquement, le taux de recours national ayant diminué plus vite que le taux de recours régional.

c) La cholécystectomie en Eure-et-Loir

Recours à la cholécystectomie (07C13 + 07C14)



Les actions menées :

Un dialogue de pertinence a été mené avec les chirurgiens viscéraux de 3 établissements en 2017. Il a permis de mettre en lumière des divergences et des points de vue différents selon les chirurgiens rencontrés, impliquant des pratiques professionnelles différentes. A contrario, peu de points de rupture dans le parcours ont été identifiés.

Les résultats observés : Le sur-recours a très nettement diminué en 2018, avec un taux de recours très proche du taux de recours national les années suivantes.

- Les actes pour lesquels aucune action n'a été menée :

D'autres gestes chirurgicaux ayant été ajoutés dans le plan pertinence régional fin 2018, des actions auraient dû être menées sur le 1^{er} semestre 2020, mais ont été neutralisées compte tenu de la crise sanitaire. Sont concernées :

- La chirurgie du canal carpien dans le Cher, l'Indre et le Loir-et-Cher
- L'amygdalectomie en Eure-et-Loir
- La chirurgie pour hypertrophie bénigne de la prostate en Eure-et-Loir et Loir-et-Cher
- La pose d'aérateurs transtympaniques dans le Cher, l'Indre, l'Indre-et-Loire et le Loir-et-Cher.

N° 2 : Sous-recours : taux de sous-recours analysés (valeur cible : 100 %)

Le principal sous-recours identifié sur les données 2016 concernait les endoscopies digestives diagnostiques. Un groupe de travail issu de l'IRAPS devait proposer une méthodologie d'étude de ce sous-recours, avant de pouvoir la transposer sur d'autres actes. Cependant, compte tenu de la crise sanitaire, les travaux ont été neutralisés et sont réactivés en 2022.

La coloscopie connaît également un taux de recours très faible dans 2 territoires depuis plusieurs années. Cette problématique devra s'intégrer dans le parcours de soins des patients atteints de cancer colorectal.

3. Bilan/tendance de la réalisation de l'objectif dans les départements de la région

Un point de vigilance peut être posé sur le département de l'Eure-et-Loir, compte tenu du nombre d'actes qui apparaissent en sur-recours chaque année.

4. Conclusion :

En résumé :

Actes ciblés	Départements ciblés	Valeur initiale (2016)	Valeur en 2019 (en 2020) *	Tendance 2016-2019
Chirurgie bariatrique	Eure-et-Loir	+ 25 %	- 26 % (- 23 %)	↘
	Loiret	+ 10 %	- 21 % (- 20 %)	↘
Thyroïdectomie	Indre	+ 40 %	+ 47 % (+ 28 %)	↗
Cholécystectomie	Eure-et-Loir	+ 21 %	+ 4 % (+ 4 %)	↘
Chirurgie canal carpien	Cher	+ 30 %	+ 12 % (+ 24 %)	↘
	Indre	+ 49 %	+ 31 % (+ 33 %)	↘
	Loir-et-Cher	+ 38 %	+ 35 % (+ 48 %)	→
Amygdalectomie	Eure-et-Loir	+ 40 %	+ 33 % (+ 33 %)	↘
Chirurgie hypertrophie de la prostate	Eure-et-Loir	+ 54 %	+ 17 % (+ 15 %)	↘
	Loir-et-Cher	+ 33 %	+ 12 % (+ 14 %)	↘
Pose d'aérateurs transtympaniques	Cher	+ 24 %	+ 46 % (+ 24 %)	↗
	Indre	+ 27 %	+ 18 % (- 11 %)	↘
	Indre-et-Loire	+ 42 %	+ 160 % (+ 184 %)	↗
	Loir-et-Cher	+ 16 %	+ 6 % (- 5 %)	↘

* Les valeurs en 2020 sont à prendre avec précaution, compte tenu du nombre important de chirurgies déprogrammées durant la crise sanitaire.

La méthode de rencontres avec les professionnels concernés permet un auto-questionnement sur les pratiques professionnelles, y compris de manière pluridisciplinaire, et contribue ainsi à améliorer le parcours des patients, notamment en réduisant les sur-recours aux soins.

Cet objectif doit être maintenu dans le futur schéma régional. Il sera décliné via le Plan régional de pertinence. Il pourrait être élargi à d'autres thématiques que des actes chirurgicaux, comme par exemple les actes d'imagerie.

Chapitre 11 : Pertinence du recours au système de santé - La pertinence du recours au système de santé comme levier de qualité de la prise en charge des usagers du système de santé de la région Centre-Val de Loire

Objectif opérationnel n°24 : Réduire l'iatrogénie médicamenteuse évitable

Contexte

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.

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'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 figurait parmi les dix premières régions fortement consommatrices d'IPP. Le taux de recours standardisé s'élevait à 13,6% au plan national, alors que 15% des patients de la région Centre-Val de Loire, en moyenne, étaient traités par IPP.

Les 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).

1. Analyse de la mise en œuvre de l'objectif opérationnel

L'objectif de diminution des IPP est atteint pour les prescriptions hospitalières intra-GHS, avec une diminution conséquente des quantités délivrées. En effet, la baisse atteint près de 10% entre 2015 et 2019 et plus de 13% entre 2015 et 2020, même si cette dernière année est impactée par la crise sanitaire. La baisse est constatée dans tous les secteurs d'activités et pour tous les types d'établissements (*cf. infra*).

Pour les prescriptions délivrées en ville (prescripteur hospitalier ou ville), la tendance est inverse, avec une augmentation importante du nombre de quantités délivrées (+ 8,7% entre 2015 et 2021). S'agissant plus spécifiquement des personnes de plus de 65 ans, le nombre de personnes concernées augmente de plus de 10%, tant ceux ayant eu au moins une prescription dans l'année (10,4%), que ceux ayant un traitement continu de plus de 3 mois dans l'année (11,5%).

2. Réalisation d'actions

a) Faits marquants :

Actions conduites de 2017 à 2019 au sein des établissements de santé :

- Réalisation en 2017 d'une étude régionale relative à l'évaluation des pratiques professionnelles auprès de 18 établissements sanitaires et 10 EHPAD (représentant un panel de 595 patients et 492 résidents). Le bilan régional « LES IPP chez le sujet âgé : convaincre pour agir! » a montré que 72 % des patients et 66 % des résidents avaient des prescriptions d'IPP non indiquées, et que 64 % des résidents avec des prescriptions d'IPP au long cours (cf. bilan régional de mai 2018).
- Inscription d'un indicateur dans les CAQES 2019 valorisant la réalisation de l'EPP « prescription d'IPP chez le sujet âgé » à l'aide du modèle proposé par l'OMEDIT
- Création, mise à disposition et diffusion par l'OMEDIT d'outils d'évaluation, de formation / information à destination des établissements sanitaires, médico-sociaux, de la ville et des patients.
- Animation régulière par l'OMEDIT des commissions techniques « gériatrie », « assurance qualité de la prescription à l'administration », « SSR » avec des points sur la thématique IPP
- Présentation des actions et outils à la Cnam, au congrès JFHOD (Journées Francophones d'Hépatogastroentérologie et d'Oncologie Digestive) en 2019
- Evaluation des modalités de déprescription (brutale ou progressive) sur un site pilote (établissement sanitaire)

Prescriptions hospitalières exécutées en ville et prescriptions de ville :

Des échanges confraternels auprès des médecins les plus forts prescripteurs d'IPP ont débuté fin 2018 et ont été poursuivis en 2019 (cible : médecins généralistes ayant au moins 60 patients de plus de 65 ans sous traitement continu d'IPP). Le programme devait être reconduit en 2020 mais a été arrêté compte tenu de la crise sanitaire.

b) Chiffres clés :

Au sein des établissements de santé :

Source : données de consommations intra-établissements des établissements MCO publics et privés issues de la collecte régionale organisée annuellement par l'OMÉDIT Centre-Val de Loire. Retraitement et mise en forme des données par typologie d'activité sur 6 années (2015 à 2020) ; Au regard de l'atypie de l'année 2020 due à la crise sanitaire, des bilans 2015-2019 sont présentés en plus des bilans 2015-2020.

Préambule : chaque année entre 2015 et 2020, les médicaments de la classe ATC « Inhibiteurs de la pompe à protons » représentent environ 3% en nombre d'unités et 0,2% des dépenses de médicaments délivrés dans les établissements MCO publics et privés de la région Centre-Val de Loire.

Evolution de la quantité d'IPP délivrée (nombre d'UCD) dans les établissements MCO publics et privés – région Centre-Val de Loire

2015 / 2016	2016 / 2017	2017 / 2018	2018 / 2019	2019 / 2020	2015 / 2020	2015 / 2019
-2,9%	-3,4%	-2,6%	-1,1%	-4,4%	-13,4%	-9,6%

Evolution de la quantité d'IPP délivrée (nombre d'UCD) par activité

Activité	2015 / 2016	2016 / 2017	2017 / 2018	2018 / 2019	2019 / 2020	2015 / 2020	2015 / 2019
Médecine	1,5%	-1,2%	-4,3%	-0,6%	-5,9%	-10,2%	-4,6%

Chirurgie	2,6%	-7,2%	-1,8%	-4,2%	-8,9%	-18,4%	-10,4%
SSR	-4,6%	-3,8%	-0,9%	-0,8%	-10,5%	-19,3%	-9,8%
Hébergement	-3,9%	0,9%	-2,2%	-3,9%	1,3%	-1,3%	-2,6%

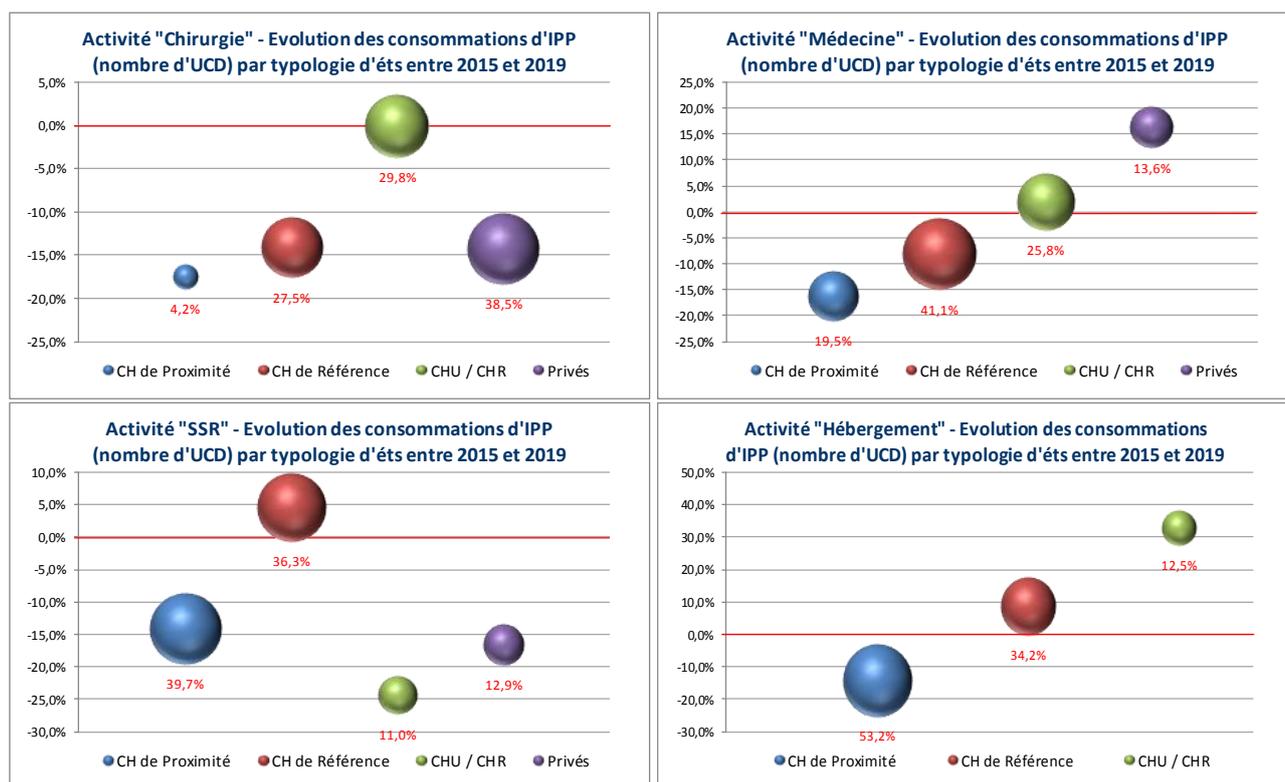
Entre 2015 et 2019 ou 2020, baisse de la consommation d'IPP (nombre d'UCD) dans chacune des 4 activités de soins les plus utilisatrices.

Evolution de la quantité d'IPP délivrée (nombre d'UCD) par typologie d'établissement

Type éts	2015 / 2016	2016 / 2017	2017 / 2018	2018 / 2019	2019 / 2020	2015 / 2020	2015 / 2019
CH de Proximité	-4,4%	-5,1%	-6,5%	-0,3%	0,9%	-14,7%	-15,4%
CH de Référence	-3,4%	-2,5%	1,1%	-0,2%	-4,4%	-9,2%	-5,0%
CHU / CHR	-3,4%	-1,3%	-2,8%	-2,8%	-8,0%	-17,0%	-9,8%
Privés	3,8%	-4,8%	-2,4%	-2,7%	-10,6%	-16,2%	-6,2%

Entre 2015 et 2019 ou 2020, baisse de la consommation d'IPP (nombre d'UCD) dans chaque typologie d'établissements.

Evolution des consommations d'IPP (nombre d'UCD) par type d'activité et type d'établissements entre 2015 et 2019. Dans chaque graphe, le pourcentage de chaque bulle représente le « poids » de la typologie de l'établissement dans l'activité considérée en 2019 (exemple : les établissements de proximité représentent 4,2% des IPP délivrés en chirurgie)



La prescription d'IPP dans le cadre de l'activité de chirurgie est en nette diminution entre 2015 et 2019 pour la plupart des établissements, à l'exception des CHU/CHR, qui reste stable. Dans cette activité, les prescriptions d'IPP sont réalisées principalement par les établissements privés (38,5%).

L'évolution des prescriptions d'IPP est plus nuancée pour l'activité de médecine, puisque si elle diminue pour les centres hospitaliers de référence et pour les établissements de proximité, elle est stable pour les CHU/CHR et augmente de manière importante pour les établissements privés (autour de 15%). Les établissements de référence représentent les principaux prescripteurs d'IPP pour l'activité de médecine.

Concernant l'activité des SSR, l'évolution entre 2015 et 2019 des prescriptions d'IPP est en nette diminution, à l'exception des établissements de référence (autour de + 5%). Les principaux prescripteurs sont les établissements de proximité (39,7 %) et les établissements de référence (36,3 %).

Les prescriptions d'IPP de l'activité « hébergement » sont majoritairement réalisées par les établissements de proximité (53,2 %), et sont en diminution d'environ 15 % entre 2015 et 2019. Les prescriptions des CHU/CHR sont par contre en nette augmentation (plus de 30 %).

Prescriptions hospitalières exécutées en ville et prescriptions de ville :

Evolution par année du nombre d'IPP délivrées en ville en nombre d'UCD :

Département	Evol 2016/2015	Evol 2017/2016	Evol 2018/2017	Evol 2019/2018	Evol 2020/2019	Evol 2021/2020	Evol 2021/2015
18	1,6%	-0,1%	0,7%	3,6%	1,2%	2,1%	9,5%
28	2,0%	1,1%	1,4%	1,9%	0,4%	3,3%	10,5%
36	0,1%	-0,6%	-0,1%	0,5%	-1,0%	2,1%	0,9%
37	1,9%	0,7%	0,6%	2,0%	1,2%	2,8%	9,5%
41	0,8%	-0,2%	0,1%	5,7%	2,1%	3,0%	11,8%
45	2,4%	0,5%	0,5%	1,1%	1,2%	2,5%	8,4%
Total région	1,6%	0,3%	0,6%	2,2%	0,9%	2,6%	8,6%

L'évolution des prescriptions d'IPP délivrées en ville a augmenté de manière importante sur la période étudiée.

Evolution du nombre de personnes traitées entre 2015 et 2021

Source : SNDS, profil "Assurés", en données inter-régimes, département de résidence de l'assuré au moment de la délivrance, délivrance remboursée dans l'année pour la classe ATC4 "A02BC"

Dept	Evolution 2015-2021 du nombre de personnes avec au moins 1 boîte d'IPP délivrée dans l'année		Evolution 2015-2021 du nombre de personnes avec au moins un traitement continu de 3 mois dans l'année	
	Population générale	plus de 65 ans	Population générale	plus de 65 ans
18	1,1%	10,4%	5,2%	12,3%
28	0,7%	13,6%	5,2%	15,6%
36	-2,7%	5,3%	-1,8%	4,8%
37	0,2%	10,8%	3,8%	11,2%
41	-0,6%	7,8%	4,4%	9,4%
45	2,5%	12,2%	5,7%	13,5%
CVL	0,6%	10,4%	4,1%	11,5%

Entre 2015 et 2021 le nombre de personnes traitées par IPP a continué d'augmenter en région, notamment chez les plus de 65 ans pour lesquelles les évolutions sont les plus marquées. La part des plus de 65 ans parmi les personnes traitées en continu est passée de 52,1% en 2015 à 55,9 % en 2021 (+ 3,7%). Dans cette classe d'âge, et pour des traitements au long cours, les disparités régionales sont marquées avec des évolutions de 4,8% dans l'Indre à plus de 15% en Eure- et- Loir.

3. Conclusion et commentaires

La différence observée entre la ville et l'hôpital interroge sur les actions entreprises, mais aussi sur les pratiques de prescription des professionnels de l'hôpital. La très grande majorité des prescriptions étant réalisées en ville, l'objectif de réduire les prescriptions d'IPP n'a pas été atteint sur la durée du PRS.

Il convient de dissocier les données relevant des PHEV des données relevant des prescriptions des PS libéraux, afin d'avoir une vision plus fine :

Evolution du nombre d'UCD délivrées entre 2015 et 2021 selon le prescripteur

Prescripteur	Total général 2015 - 2021	Evol 2021/2015
PHEV	50 052 404	44,6%
Libéraux	535 631 630	5,8%
Total région	585 684 034	8,6%

L'évolution est très importante pour les PHEV, et plus modérée pour les prescriptions libérales. Cependant, les volumes des PHEV sont 10 fois moins importants que les prescriptions libérales.

Même s'il s'agit d'un enjeu de santé publique important, il ne semble pas opportun de maintenir cet objectif spécifique sur les IPP dans le futur PRS. Dorénavant, cette thématique est en effet incluse dans le nouveau CAQES, permettant un suivi de l'évolution des prescriptions hospitalières exécutées en ville pour les plus atypiques et présentant un volume conséquent.

Les questions relatives à la prise en charge et à la iatrogénie médicamenteuse restent malgré tout des enjeux majeurs. Ainsi, deux axes de travail sont envisagés :

- inclure la prise en charge médicamenteuse dans les volets relatifs aux parcours spécifiques, notamment celui relatif aux personnes âgées,
- un objectif opérationnel plus large (calqué sur celui de la pertinence des actes) relatif à la pertinence des produits de santé, en ciblant de manière annuelle ou pluri annuelle un certain nombre de molécules sur lesquelles il est souhaitable d'agir.

Chapitre 12 : Qualité et sécurité du système de santé Favoriser la déclaration et l'analyse des évènements indésirables par une analyse approfondie des difficultés

Objectif opérationnel n°25 : Promouvoir et favoriser la déclaration et le traitement des évènements indésirables

Objectif opérationnel n°26 : Assurer l'analyse approfondie des EIGAS (Evènements indésirables graves associés aux soins)

1. Analyse de la mise en œuvre des objectifs opérationnels

La déclaration des EIGS (évènements indésirables graves associés aux soins) a fortement progressé sous l'impulsion de la réforme des vigilances (cf. décret n°2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des évènements indésirables graves associés aux soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients et la coordination régionale des structures de vigilances et d'appui du RREVA). Ainsi, avant la crise sanitaire la région Centre-Val de Loire, était la région de France qui déclare le plus d'EIGS rapporté au nombre d'habitants (cf. rapport HAS sur les EIGAS déclarés en 2019).

En 2021, 98% des EIGS déclarés à l'ARS par le portail des signalements ont fait l'objet d'une analyse approfondie des causes accompagnée d'un plan d'action afin d'éviter qu'un évènement similaire ne se reproduise. Cependant, un tiers des analyses de causes / plans d'actions restent perfectibles.

Dans le secteur sanitaire, la culture de déclaration est largement présente. Cependant, certains établissements restent encore très en deçà du nombre d'EIGS qu'ils devraient déclarer au regard de leur activité et ce malgré l'obligation réglementaire qui leur est faite. De plus, l'obligation de fournir à 3 mois l'analyse des causes et le plan d'action a permis d'installer un dialogue entre l'ARS et l'établissement autour des actions correctives mises en place.

Le secteur médico-social représente une faible part des EIGS en raison notamment de la nature de leur activité, moins à risque qu'en établissements sanitaires. Cependant, la culture déclarative reste encore insuffisamment présente dans une proportion importante d'établissements.

En ville, une première approche a permis de sensibiliser les médecins impliqués dans les groupes qualité et des premières expériences se développent autour des CPTS avec un projet de comité de retour d'expérience porté par les infirmiers libéraux.

L'organisation régionale :

- **Une démarche de promotion de la déclaration des évènements indésirables** a été engagée en région depuis 2018 avec la structuration d'une organisation régionale composée du réseau régional des vigilances et d'appui (RREVA) et la création de **la structure régionale d'appui Qualiris**.
- **La mise en place de la structure régionale d'appui Qualiris** au cours de l'année 2018 a permis d'impulser une véritable dynamique de sensibilisation des structures à l'identification des EIGS,

à leurs déclarations, aux méthodes d'analyses des causes et à la définition de plan d'actions grâce à une offre de formations et l'élaboration de documents pédagogiques communiqués largement aux établissements et acteurs de santé.

- **Des accompagnements personnalisés** à l'analyse des causes des événements indésirables associés aux soins et à la définition du plan d'actions sont réalisés par les structures régionales d'appui à la demande des établissements.
- Longtemps retardées par la crise sanitaire, **des réunions régionales sécurité sanitaires (RRSS)** mensuelles ont été mises en place début 2022. Elles visent à mettre en œuvre des mesures préventives et/ou correctives, notamment dans les domaines qui impliquent plusieurs vigilances ou thématiques, et à coordonner les appuis sollicités/en cours/réalisés par les SRVA suite à des EIGS.
- La nomination du **coordonnateur régional de matério et réactovigilance** en 2021.
- **Le programme d'actions annuel des SRA et SRVA** est systématiquement ajusté aux besoins au regard de l'évolution réglementaire et de l'actualité (Ex : proposition de formations au nouveau référentiel certification HAS, adaptation par Qualiris des outils RETEX à la gestion de la crise sanitaire).

Facteurs encourageants :

La désignation et l'installation de la SRA QUALIRIS en 2019 ont permis de déployer progressivement une large campagne de communication et de sensibilisation à la déclaration et à l'analyse des EIGS identifiés afin d'amener les établissements et professionnels de santé à améliorer leurs pratiques et à capitaliser les enseignements tirés des événements indésirables graves vécus, et ce, dans les trois secteurs (sanitaire, médico-social et ville)

Il a été constaté une progression constante de déclarations d'EIGS de 2017 jusque début 2020 avant la crise sanitaire. Cette évolution progressive les trois premières années après l'ouverture du portail national de signalement en mars 2017 témoigne de l'appropriation du dispositif par les professionnels. Concomitamment à l'augmentation du nombre de déclarations d'EIGS, il a été constaté l'augmentation du nombre de demandes d'appuis à l'analyse par les déclarants, auprès des SRA ainsi que la forte participation des professionnels de santé aux formations proposées par QUALIRIS dès 2019.

Une réelle coopération s'est par ailleurs installée entre les différents acteurs régionaux (Ex avec le réseau Périnatal ou le réseau de Soins Palliatifs) pour mutualiser compétences et expertises de chacun lors de ces appuis à l'analyse, en fonction des besoins et au service de l'amélioration des pratiques professionnelles et de la sécurité des usagers.

Les professionnels des établissements (sanitaire et médico-sociaux) sont en demande régulière de formations / outils / accompagnements sur les démarches de retour d'expérience. La crise sanitaire a provoqué un virage numérique pour leur mise en œuvre via les webinaires, sessions de e-learning permettant à un plus grand nombre d'y assister. La communication a été également développée notamment via le site internet des SRVA.

La culture de déclaration et d'analyse des EIG se diffuse sur l'ensemble des secteurs. En plus des formations et des accompagnements réalisés dans les secteurs sanitaire et médico-social, des formations et des démarches de gestion des EIGS ont émergé dans le secteur libéral. Ainsi, l'URPS IDEL poursuit son projet de « CREX libéral », avec la volonté de le mettre en œuvre au sein des CPTS. En 2019, les groupes de pairs

MEDIQUAL ont été formés (avec 111 médecins participants) aux « autopsies de nos plus belles erreurs et sensibilisation de déclaration des EIGS ».

Difficultés rencontrées :

- **La culture de la déclaration et de l'erreur apprenante** reste à développer, tant au niveau des professionnels de terrain (peur du jugement / de sanctions) que des directions d'établissements, qui ne souhaitent pas toujours déclarer les EIGS sur le portail de signalement ou ne déclarent que partiellement (défiance des professionnels vis-à-vis des tutelles).
- **Difficultés pour les SRA de faire face aux demandes croissantes de formations et d'appuis** des structures et des professionnels au regard des moyens en ressources humaines notamment des difficultés de recrutement de temps médical.
- **Limites du portail de signalements des EIG/EIGS** notamment lors d'évènements impactant plusieurs établissements ou concernant plusieurs vigilances ou thématiques (les infections associées aux soins identifiés comme EIGS). En effet la structuration du remplissage du portail de signalement ne permet pas actuellement de faire ressortir les facteurs et actions dans chaque établissement concerné.
- Enfin, la **crise sanitaire, les problèmes d'effectifs** ne favorisent pas les démarches d'analyse et de retour d'expérience, qui nécessitent un engagement de la gouvernance, du temps et de la confiance entre les différents acteurs.

Opportunités :

- En secteur médico-social, l'arrivée du nouveau dispositif d'évaluation externe de la Haute Autorité de Santé (HAS) avec un référentiel unique et commun devrait permettre de renforcer la dynamique qualité / gestion des risques dans les établissements et services médico-sociaux.
- Enfin, les possibilités de réunions / formations en visio qui se sont développées pendant la crise sanitaire ouvrent la voie vers de nouvelles modalités pour échanger avec les professionnels de terrain.

2. Réalisation d'actions

Des « évènements » régionaux pour mobiliser et sensibiliser aux signalements et à la culture risque

- **La journée régionale organisée le 11 décembre 2018 sur les thèmes RREVA et EIGS** par l'ARS Centre-Val de Loire en partenariat avec les membres du RREVA et la Haute autorité de santé à destination des établissements de santé a réuni **119 professionnels** d'établissements de santé dont **92%** étaient satisfaits du choix des thèmes et **80%** étaient satisfaits de la présentation du portail de signalement.
- **La journée régionale de sensibilisation sur l'utilisation des produits de santé en EHPAD** organisée le 13 juin 2019 par l'OMEDIT à laquelle ont participé 83 professionnels avec notamment comme thématique « Les évènements indésirables et la iatrogénie médicamenteuse sont fréquents. Mieux les prévenir, mieux les identifier, mieux les déclarer ! ».

- **La journée régionale** du 3 octobre 2019 organisée par l'OMEDIT avec pour objectifs de renforcer la qualité, la sécurité et l'efficacité des prises en charges thérapeutiques en collaboration avec le Centre régional de Pharmacovigilance (CRPV) en région Centre-Val de Loire réunissant 144 professionnels de 69 établissements de santé.
- Le Lancement d'une **campagne de sensibilisation** du 17 septembre 2021 au 7 mars 2022 dans la région Centre-Val de Loire portée par Qualiris dans le cadre des actions FORAP sous forme de **Challenge sur la thématique « Ensemble, agissons pour la sécurité des patients »**. L'objectif de cette démarche était que les équipes soignantes s'engagent à déclarer au moins un événement indésirable associé aux soins dans le cadre du dispositif propre à l'établissement et analysent au moins un de ces événements indésirables associé aux soins. 12 établissements ont participé.

Une offre de formations a été déployée par les structures d'appui pour l'ensemble des secteurs d'activité:

- Secteurs sanitaire et médico-social :
 - Le développement de programmes de formations par l'OMEDIT, **notamment la mise en place de CREX, la prévention des erreurs médicamenteuses et les médicaments à risque** qui a permis de sensibiliser les professionnels à la prévention des risques. De plus, des outils de e-learning ont été élaborés et présentés en webinaires permettant aux professionnels des établissements de bénéficier de kits de formation adaptés et de pouvoir former leurs collaborateurs terrain.
 - Des formations sur les EIAS et EIGS par Qualiris, OMEDIT et CPIAS
 - Des formations à la **culture sécurité**
- Secteur de ville :
 - Formation « **Présentation et missions de la SRA et Sensibilisation déclaration EIGS** » à destination de l'URPS médecin libéraux et des groupes de pairs MEDIQUAL
 - Amélioration des pratiques : **le CREX à destination de l'URPS infirmières libérales**

Des formations spécifiques à certaines prises en charge ont permis d'adapter les formations au public :

- Formation « **sensibilisation à la déclaration et la gestion des événements indésirables** » pour **les SSR**
- Formation spécifique dispensée au **réseau oncologie GREPP Oncocentre** sur les outils de déclaration des événements indésirables
- Des sensibilisations sur la gestion **des événements indésirables en SSIAD** auprès de l'URIOPS

Ainsi, l'offre de formation et d'action de sensibilisation a été élaborée de façon à impliquer l'ensemble des acteurs des secteurs Sanitaire, Médico-Social, Libéral, ainsi que les associations de représentants d'usagers du territoire. Le tableau N°3 en annexe reprend les actions de formations depuis 2019 par secteur bénéficiaire et par thématique.

Un accompagnement personnalisé à l'analyse des causes et la définition des plans d'actions par les structures régionales d'appui :

- Les structures régionales d'appui sont sollicitées par les établissements pour un appui méthodologique et pour former dans le même temps à la conduite de l'analyse approfondie des causes et à la définition de plans d'actions d'amélioration. Il leur est systématiquement

signalé, lors de la réception d'EIGS par l'ARS, la possibilité de faire appel à une structure régionale d'appui.

- Des expertises ont également été apportées ponctuellement lors de la mise en place de ces démarches en fonction des thématiques concernées :
 - appuis sur le circuit du médicament par l'OMEDIT,
 - appuis par le réseau Périnat pour les prises en charge en gynéco-obstétrique,
 - appuis sur le risque infectieux par le CPIAS,
 - appuis sur expertise pharmacologique par le CRPV,
 - appuis dans le domaine de la matériovigilance par le correspondant régional de matério-réactovigilance (CRMV).

Chiffres clés :

- Formation/ sensibilisation

Entre 2019 et 2021, **309 personnes** tous secteurs confondus ont participé à la formation sur le thème « Développer la culture sécurité : CREX RMM et l'analyse systémique (ORION) ».

Depuis sa mise en place en 2019, l'offre de formation à la gestion des événements indésirables est en augmentation : +46% de 2019 à 2021. La forte participation en 2019 était due à l'attente des professionnels quant aux formations proposées. Du fait de la crise sanitaire, moins de professionnels de santé ont participé aux interventions de la SRA Qualiris malgré un maintien de l'offre de formations. La fréquentation des formations repart à la hausse en 2021 (+118%) malgré le contexte sanitaire encore perturbé.

Si les participants aux formations sont majoritairement des professionnels paramédicaux et responsables qualité, il est constaté une participation de plus en plus importante de directeurs et de professionnels médicaux aux interventions proposées par la SRA Qualiris.

- Déclaration et analyse des EIGS

En 2021, **98,15% des EIGS** déclarés sur le portail de signalement ont fait l'objet d'une analyse approfondie des causes, accompagnée d'un plan d'actions.

Par ailleurs d'après une analyse qualitative de Qualiris sur la qualité des déclarations selon des critères qualité définis (*description chronologiques et détails des faits, causes immédiates identifiées, cohérence entre le descriptif et les causes, cohérence entre les causes et le plan d'actions*) révèlent que **66% des EIGS déclarés** en 2019 et 2020 **sont réalisés de manière satisfaisante** contre 34% qui restent perfectibles.

3. Indicateurs d'évaluation

L'indicateur relatif au **taux d'établissements ayant adopté une charte d'incitation à la déclaration** pour les différents secteurs n'est pas disponible. Il aurait nécessité une enquête permettant de réaliser un état des lieux. La crise sanitaire n'a pas été propice à cette démarche.

Si les procédures de certification HAS des établissements de santé ont amené la quasi-totalité d'entre eux à mettre en place une charte d'incitation au signalement, le secteur médico-social reste probablement celui sur lequel les progrès les plus importants restent à réaliser.

Au total, la dynamique de déclarations a permis à la région Centre-Val de Loire de se positionner en tête des régions de France quant au nombre de déclarations d'EIGS 2019 rapporté au nombre d'habitants. Cependant la crise Covid-19 a provoqué une baisse des signalements due à la nécessité des professionnels de santé de

se concentrer sur d'autres activités plus urgentes. L'enjeu des prochains exercices sera de poursuivre la tendance observée en 2021 (+17% de déclaration d'EIGS par rapport à 2020).

En 2017, les démarches de formation et de sensibilisation des professionnels qui ont accompagné le lancement du dispositif ont permis d'enregistrer une première année dynamique avec 62 EIGS déclarés sur la région et un taux d'EIGS analysés de 93,55%.

Après un léger recul en 2018, ce taux est en constante progression entre 2018 et 2021. Durant la crise sanitaire de 2020/2021, moins d'EIGS ont été déclarés, cependant, ils ont été analysés dans la quasi-totalité des cas. La cible de 100% du taux d'EIGS déclarés ayant fait l'objet d'une analyse approfondie des causes fixée comme objectif du PRS 2 tend à être atteinte.

4. Conclusion et commentaires

Dans le futur schéma régional, ces objectifs seront à reconduire et à renforcer :

- rechercher une implication plus importante des secteurs médico-social et ville dans la détection et le signalement des évènements indésirables,
- réévaluer l'impact et l'efficacité des actions mises en place sur les pratiques professionnelles et l'organisation des prises en charge par un suivi des établissements à distance de leurs démarches d'analyse des évènements,
- renforcer l'analyse des pratiques professionnelles par l'utilisation d'autres outils qualité (patient ou résident traceur, parcours traceurs...),
- développer des approches collaboratives et des organisations à même de traiter (signalement, analyse de cause et plans d'action) des évènements impliquant plusieurs structures,
- valoriser et mutualiser les actions remarquables effectuées par les structures.

Le développement du numérique initié (visioconférences, webinaires, e-learning) pendant la crise constitue un véritable atout pour lever les freins relatifs au manque de disponibilité, de financement et au turn-over du personnel.

ANNEXE

Tableau n°1. Déclaration d'EIGS / analyse de causes et plan d'actions

	<i>Nombre d'EIGS avérés ayant un volet 2</i>	<i>Nombre d'EIGS avérés ayant un volet 2 et dont des actions mises en œuvre ou prévues ont été déclarées positivement</i>	<i>Taux d'EIGS déclarés à l'ARS ayant fait l'objet d'une analyse approfondie des causes, accompagnée d'un plan d'actions</i>
2017	62	58	93,55 %
2018	58	52	89,66 %
2019	74	70	94,59 %
2020	46	45	97,83 %
2021	54	53	98,15 %

Tableau n°2 : Formations annuelles par Qualiris sur la gestion des évènements indésirables

	2019	2020	2021
<i>o Nb de formations/sensibilisation réalisées par an en lien avec :</i>			
▪ <i>La qualité du signalement :</i>	10	12	19
▪ <i>des causes profondes :</i>	13	12	19
▪ <i>La culture sécurité :</i>	11	12	19
▪ <i>La réalisation d'un plan d'action d'amélioration :</i>	12	12	19
<i>o Nb de formations par secteur d'activité :</i>			
▪ <i>Sanitaire :</i>	4	6	5
▪ <i>Médico-social :</i>	3	2	8
▪ <i>Autres (ambu, mixte):</i>	3	4	6
<i>o Nb de professionnels formés :</i>	225	86	188
<i>Catégorie des professionnels :</i>			
▪ <i>Directeurs :</i>	7	2	12
▪ <i>Profession médicale :</i>	13	16	15
▪ <i>Paramédical :</i>	186	44	110
▪ <i>Responsable qualité /Gestionnaire des risques :</i>	6	1	12
▪ <i>Autres (administratif, technique, futurs cadres MS) :</i>	13	23	39

Tableau n°3 : Nombre de participants par formation/sensibilisation dispensée par Qualiris sur la gestion des événements indésirables et par secteur d'activités.

			2019	2020	2021
SECTEUR	PUBLIC	Thématique	nombre de participants	nombre de participants	nombre de participants
MEDICO-SOCIAL	URIOPSS	Gestion des événements indésirables en SSIAD	53	Indicateurs neutralisés	Indicateurs neutralisés
	MAIA 45	Echanges sur leurs outils et besoins (fiche de recueil des ruptures de parcours en cours de mise en œuvre à alimenter une cartographie des ruptures voir risques de ...)	Indicateurs neutralisés	4	Indicateurs neutralisés
	ADMR	Présentation de Qualiris et de la gestion des événements indésirables en SSIAD « EI en SSIAD : de la déclaration à l'élaboration du plan d'actions correctives »	16	Indicateurs neutralisés	Indicateurs neutralisés
	ESMS	Journée régionale OMEDIT sur les produits de santé en EHPAD "Comment et pourquoi déclarer"	83	Indicateurs neutralisés	Indicateurs neutralisés
	Formation initiale CAFERUIS	sensibilisation à la gestion des EI en secteur médico-social	Indicateurs neutralisés	15	15
	ESMS	Atelier Qualiris MS des départements 41 et 37 « Vous avez dit événement indésirable : tous concernés »	Indicateurs neutralisés	Indicateurs neutralisés	20
Total MS			152	19	35
SANITAIRE	GREPP ONCOCENTRE	Les outils de déclaration des événements indésirables	8	Indicateurs neutralisés	Indicateurs neutralisés
	FHF	CH VIERZON - CSIRMT Suite à sollicitations appui EIGS : « Déclaration et gestion des EI »	16	Indicateurs neutralisés	Indicateurs neutralisés
	SSR	« Sensibilisation à la déclaration et gestion des EI »	16	Indicateurs neutralisés	Indicateurs neutralisés
Total Sanitaire			40	0	0
LIBERAL	URPS-IDEL	Amélioration des pratiques : le CREX	90	Indicateurs neutralisés	Indicateurs neutralisés
	URPS-ML	GROUPES PAIRS «Autopsie de nos plus belles erreurs» « Sensibilisation déclaration EIGS »	111	Indicateurs neutralisés	Indicateurs neutralisés
Total Libéral			201	0	0
USAGERS	ASSEMBLÉE RÉGIONALE FRANCE ASSOS SANTÉ	place de la parole de l'utilisateur dans la qualité et la sécurité des soins	40	Indicateurs neutralisés	Indicateurs neutralisés
Total Usagers			40	0	0
TOTAL			433	19	35

Chapitre 13 : Gestion des situations exceptionnelles Dispositif ORSAN d'organisation de la réponse du système de santé en cas de situation sanitaire exceptionnelle (SSE)

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

1. Analyse de la mise en œuvre de l'objectif opérationnel

La planification et l'organisation attendues pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle (SSE) sont en permanente évolution afin de s'adapter aux risques et menaces auxquels font face les acteurs du système de santé. En 2019, le dispositif ORSAN a connu des évolutions majeures³ :

- Transformation des six volets ORSAN existants (AMAVI, EPI-VAC, CLIM-E, UMP, NRC et BIO) en cinq volets (AMAVI, EPI-CLIM, UMP, NRC et REB) ;
- Transfert du niveau zonal vers le niveau régional de la rédaction des volets ORSAN NRC et BIO ;

Ce changement de doctrine, juste avant la crise Covid a ralenti les travaux des ARS de la Zone d'autant plus qu'il n'a pas été accompagné de la mise à jour du guide ORSAN pour les ARS. Les travaux de rédaction des volets ORSAN (REB, NRC, EPI-CLIM, UMP) qui devaient être finalisés en 2022, ont ainsi été suspendus.

Pour autant, la progression vers l'atteinte de l'objectif se traduit par :

- La rédaction et la diffusion en 2017 du volet ORSAN AMAVI attentat (co-construit avec les établissements de santé (ES) et les SAMU de la région) ;
- La reprise des travaux, initialement prévus sur les volets ORSAN E-CLIM et EPI-VAC, pour l'élaboration du volet EPI-CLIM (risques épidémiques saisonniers et événements climatiques extrêmes) sans toutefois pouvoir être finalisés. Les procédures opérationnelles en lien avec les plans nationaux grand froid et canicule ont été construites, diffusées et utilisées par les ES ;
- La mise en œuvre, à l'occasion de la pandémie de Covid-19, du guide méthodologique de préparation au risque épidémique lié à la Covid-19 à destination des ESMS et de la médecine de ville (identification des circuits de prise en charge des patients, la mise en place des schémas de renforts en moyens et en personnel et échanges entre les acteurs concernés) ;
- La mise en œuvre, à l'occasion de la crise Covid-19, du dispositif de prise en charge médico-psychologique des victimes par la mobilisation des Cellules d'urgence médico-psychologiques (CUMP) à l'échelle départementale et régionale. Le volet ORSAN dédié à la prise en charge de l'urgence médico-psychologique n'est pas rédigé, cependant le dispositif est opérationnel ;
- Le choix du positionnement des ES dans les circuits de prise en charge des victimes en fonction de leurs capacités dans chacun des volets ORSAN ;
- La répartition de la dotation nationale visant à financer des moyens tactiques permettant aux ES de la zone de Défense et de sécurité Ouest de faire face à une SSE (équipements de protection individuelle, postes sanitaires mobiles...) ;
- La répartition de la dotation nationale visant le renforcement de la sécurisation des ES (physique et informatique) ;
- Le suivi des formations des professionnels de santé aux SSE et notamment la formation des référents SSE.

³ Instruction n°167 DGS/VSS2/DGOS du 26 juillet 2019 et guide technique à destination des établissements de santé

A l'exception du volet ORSAN AMAVI, les autres volets ORSAN ne sont pas rédigés de manière formelle, en l'absence de diffusion du guide ORSAN à destination des ARS comme indiqué *supra*.

La crise Covid a interrompu les travaux de préparation de plusieurs des volets ORSAN. Dans le même temps, elle a nécessité une adaptation continue des moyens et des organisations pour y faire face et contribué à développer des compétences collectives, utiles pour anticiper et concevoir les plans de préparation à la gestion des crises.

2. Réalisation d'actions

a) Faits marquants :

- Gestion de la crise de la Covid ; organisation interne dédiée à la gestion de crise : mobilisation des cellules de crise régionales et départementales, mise en place de cellules spécifiques : logistique, pharmacie, contact-tracing, dépistage, vaccination...
- Création d'une CUMP départementale renforcée en Indre-et-Loire, visant à améliorer la prise en charge médico-psychologique des victimes, en articulation avec la CUMP régionale du Loiret ;
- Classification des établissements de santé spécifiquement pour le Covid comme attendu dans le volet REB (Première ligne, deuxième ligne, troisième ligne) pour rendre les transferts infrarégionaux opérationnels et permettre de ne pas saturer les ES de première ligne ;

b) Chiffres clés :

Chiffres clés pour la période Covid-19 :

- 7 cellules de crise de l'ARS mobilisées (6 départementales + 1 régionale) ;
- 6 CUMP départementales activées ;
- 36 agents ARS formés et assistance auprès de 118 ES pour l'utilisation de SI-VIC ;
- 198 ES ou EMS ont recherché 3065 professionnels via la plateforme Renfort RH crise. 75 % des renforts pour des infirmiers ou des aides-soignants.

3. Indicateurs d'évaluation

N°	Intitulé indicateur d'impact	Valeur initiale 2016	Valeur cible à 5 ans	Valeur actuelle /la plus récente connue
1	Taux d'actions correctives mise en œuvre suite au retours d'expérience des exercices ou situations réelles visant à tester le dispositif ORSAN	0.00	100%	100%
2	Taux de volets ORSAN finalisés	0.00	100%	20%

4. Bilan/tendance de la réalisation de l'objectif dans les départements de la région

Les actions ORSAN AMAVI concernent l'ARS à tous les niveaux (régional et départemental). Le positionnement des ES dans le volet AMAVI a été largement communiqué, notamment aux ES en 2017.

Les actions menées pour la gestion de la crise Covid-19 ont été déployées sur l'ensemble des six départements de la région, en lien avec les partenaires (Préfectures, Conseils départementaux, Assurance maladie, établissements de santé et médico-sociaux, professionnels de santé libéraux, instituts de formation en soins infirmiers, officines, associations de protection civile...)

5. Conclusion et commentaires

Ajuster l'objectif pour avoir un objectif opérationnel, indépendant des directives nationales

Les travaux du PRS 3 s'inscrivent dans un contexte réglementaire évolutif puisqu'une réforme de la réglementation en matière de SSE est attendue en 2022. Les plans opérationnels ORSAN (AMAVI, REB, EPI-CLIM, NRC, UMP) seront accompagnés de huit « dispositions spécifiques transversales » : ressources humaines, vaccination, soins critiques, Evasan, sécurisation, évacuation, test et accueil des renforts.

Axe 4 : Continuité des parcours de santé

Chapitre 14 : Organisation des fonctions d'appui pour la coordination des parcours de santé complexes

Objectif opérationnel 28 : Organiser une réponse graduée aux professionnels pour les personnes relevant d'un parcours de santé complexe

1. Analyse de la mise en œuvre de l'objectif opérationnel

A la fin de l'année 2021, six Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) ont été créés, un dans chaque département de la région. Les DAC sont issus de la fusion entre les réseaux de santé départementaux, les MAIA et les PTA afin de décloisonner la logique de parcours et assurer une prise en charge globale de la personne. Ces structures sont relativement jeunes avec une maturité hétérogène et ont nécessité un accompagnement au changement important afin de consolider les équipes actuelles. Leur financement provient de la fusion des financements des anciennes structures et les compétences et expériences ont été reprises afin de répondre aux besoins des professionnels pour les situations dites complexes.

A cette occasion certains professionnels qui étaient également effecteurs et certains réseaux qui avaient des liens directs avec les patients ont choisi d'autres orientations. L'enjeu a été de garder l'ensemble des compétences ou de travailler à leur renforcement pour que les acteurs de santé trouvent des relais compétents pour la bonne prise en charge du patient.

Dans ce cadre, leurs missions concernent l'appui à la coordination via trois enjeux : information, orientation et accompagnement des situations les plus complexes.

En fonction des DAC, de leur histoire et des besoins du territoire, les missions peuvent varier ou ont pu être complétées : la coordination départementale de l'éducation thérapeutique, la coordination des soins de support en cancérologie.

En tant que structure au carrefour des parcours patients, les DAC sont utilisatrices de Sphère.

Les porteurs des Dac de la région :

18 : DAC 18, porteur Appui Santé Berry.

28 : DAC 28, porteur Appui Santé 28

36 : DAC 36, porteur Appui Santé Berry

37 : DAC 37, porteur Association Appui Santé 37

41 : DAC 41, porteur Santé ESCALE Loir-et-Cher

45 : DAC 45, porteur Appui Santé Loiret

En 2020, compte tenu de la crise sanitaire, le positionnement des DAC a été axé en partie sur les sorties d'hospitalisation. Ils ont été associés aux cellules de sorties d'hospitalisation des établissements de santé afin de fluidifier le retour à domicile ; les DAC ont aussi été positionnés comme cellule d'appui aux patients

souffrant de symptômes de la Covid 19. Des liens se sont également renforcés dans le cadre de la crise sanitaire avec les HAD afin de fluidifier les parcours MCO /ambulatoire/HAD et éviter des hospitalisations.

Les DAC sont positionnés comme des partenaires privilégiés pour les CPTS, les hôpitaux de proximité, les MSP, les ESP – en tant qu’appui pour la connaissance de l’offre de soins et d’accompagnement, et en tant que ressource pour les patients en situation complexe.

Déploiement des 1^{ers} outils et usages de Sphère au sein des DAC.

L’outil « Sphère » est un système d’information dédié aux parcours. Il est de fait l’outil métier des DAC. De plus, les DAC, placés au cœur des parcours et travaillant en transversalité avec plusieurs champs de la santé sont des relais essentiels pour déployer « Sphère ».

Au total et à ce jour, les DAC de la région sont à l’origine de la création de 5211 dossiers Sphère (mars 2022).

Sur le champ de la santé mentale, les modalités de gestion des situations dites « complexes » ont été abordées dans le cadre de l’élaboration des projets territoriaux de santé mentale. Il sera nécessaire de poursuivre la clarification du rôle des DAC, des CLSM ou autres dispositifs de régulation des situations dans les territoires.

Sur le champ des soins de support en cancérologie : 5 DAC sur 6 les ont portés en 2021 en s’appuyant sur l’expérience des ex-réseaux territoriaux de santé et le réseau Oncocentre.

2. Réalisation d’actions

a) Faits marquants

- Tous les territoires sont dotés d’un DAC en 2021
- Communication DAC homogène et déclinée par département en lien avec l’appui d’une agence de communication et le service communication de l’ARS, sur plusieurs types de supports (plaquettes, cartes de visite, documents à en-tête...)
- Positionnement des DAC comme ambassadeurs importants de l’outil « sphère », avec renfort d’un mi-temps dans chaque DAC.
- Mobilisation des DAC dans le cadre de la crise sanitaire.

b) Chiffres clés

- 6 DAC, un par département financés, au total, à hauteur de près de 6 millions d’euros
- 100% de la population couverte
- Plus de 3500 sollicitations en 2021 dont en moyenne 25 % par les centres hospitaliers, 30 % par les professionnels de santé libéraux et 20 % des professionnels sociaux ou médico sociaux.
- Sur ces sollicitations, 25% pour une information, 20% une orientation et 55% pour un accompagnement.
- 5211 dossiers sphères créés.

3. Indicateurs d'évaluation

N°	Intitulé indicateur d'impact	Valeur initiale 2016	Valeur cible intermédiaire	Valeur cible à 5 ans	Valeur actuelle /la plus récente connue
1	Taux de département couverts par une réponse graduée et coordonnée pour les parcours de santé complexes	-	100 % en 2019	-	100% au 31/12/2021
2	Taux de participation des acteurs incontournables à l'organisation de la réponse	-	100 % en 2018	-	90/100 % au 31/12/2021
3	Taux de satisfaction des professionnels de santé utilisateurs des fonctions d'appui	-	-	100 %	NC
4	Taux de satisfaction des usagers pour lesquels les fonctions d'appui ont été mobilisées	-	-	100 %	NC

4. Bilan/tendance de la réalisation de l'objectif dans les départements de la région

L'objectif de déploiement d'un DAC départemental dans chaque département de la région, issu de la fusion de dispositifs antérieurs, est tenu.

Le dernier DAC a été constitué fin 2021. Il y a donc une hétérogénéité de maturité sur ces nouvelles structures.

5. Conclusion et commentaires

Le PRS3 a vocation à consolider leur ancrage sur le territoire et assoir leurs missions auprès des opérateurs de santé. Les DAC sont désormais des acteurs du parcours à part entière. Il s'agit de les intégrer comme acteurs facilitant la prise en charge coordonnée des patients dits complexes en étant en appui des professionnels du secteur de la santé. L'articulation des différents dispositifs lié aux parcours et la coordination des acteurs sera un enjeu afin de rendre lisible l'offre de services sur les territoires (DAC/CPTS/CLSM/CLS).

Les populations pour lesquelles il y a un enjeu de coordination pour le PRS à venir sont :

- Les personnes à la sortie des maisons d'arrêt (population précaires pour lesquelles on relève beaucoup de ruptures de soins).
- Les personnes relevant d'une prise en charge oncologique au regard de l'évolution des autorisations.
- Les malades chroniques (ruptures de soins entre l'adolescence et l'âge adultes, abandon de soins)
- La personne âgée pour éviter/limiter les hospitalisations.

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 de santé

1. Analyse de la mise en œuvre de l'objectif opérationnel

- Structuration de la e-santé et des instances de gouvernance au niveau national et régional
- Maturité des éditeurs et des acteurs en santé vis-à-vis des enjeux de la e-santé qui s'améliore et qui permet de se doter d'une vision/stratégie numérique plus solide et mieux partagée
- Mise en place de la commission de coordination des politiques publiques (CCPP) e-santé en instaurant un travail de co-construction avec les professionnels de santé sur les besoins et priorités pour les services numériques d'appui à la coordination (CPTS, MSP...) et la télémédecine
- Une nouvelle maîtrise d'ouvrage avec la mise en place du groupement régional d'appui au développement de la e-santé (GRADEs) en mai 2018

Projets DMP, MSS, HOPEN, ESMS numérique et cyber-sécurité : réintégrés dans la feuille de route SEGUR DU NUMERIQUE établie en 2022.

Concernant les outils de coordination (EPARCOURS-SPHERE) :

1^{er} objectif atteint : la plateforme EPARCOURS est aujourd'hui utilisée par les 6 DAC.

Le 2nd objectif devrait être atteint d'ici à fin 2022 et a été modifié (déploiement par territoire abandonné au profit d'une généralisation sur l'ensemble de la région) :

- T4 2021 : généralisation engagée directement sur toute la région auprès des CPTS et DAC.
- 1^{er} semestre 2022 : début de la généralisation auprès des ES, ESMS et sociaux de la région.

Facteurs encourageants / difficultés rencontrées ?

- Stratégies régionales impactées fortement par les stratégies nationales qui se sont mises en place, notamment depuis 2019.
- L'absence d'interopérabilité entre logiciels et les difficultés des éditeurs à répondre aux cahiers des charges des acteurs de santé complexifient et ralentissent la mise en œuvre de projets qui doivent s'appuyer sur des outils numériques.
- Le module capacitaire du ROR, s'il a montré une utilité pour suivre la disponibilité des lits de soins critiques, reste un outil imparfait pour les lits MCO, ce qui implique de disposer d'une stratégie en matière d'outil de bed management.
- L'absence de référencement et de nomenclature des acteurs sociaux dans le ROR a nécessité de mettre en place des stratégies alternatives par le GRADES, notamment vis-à-vis du programme EPARCOURS/SPHERE.

2. Réalisation d'actions

a) Faits marquants :

- Création CCPP e-santé : octobre 2017
- Création GRADES : mai 2018
- Feuille de route régionale esanté établie avec les acteurs (octobre 2019)
- Feuille de route cyber-sécurité validée (été 2021)
- Feuille de route ESMS numérique en cours de concertation (1^{er} semestre 2022)
- Feuille de route Ségur du numérique en cours de concertation (1^{er} semestre 2022)
- Plateforme EPARCOURS/SPHERE disponible depuis le 24 août 2021
- Dans le cadre de la crise sanitaire : Plusieurs outils déployés : outils de prise de rdv, contact tracing, télésuivi des patients Covid positifs, etc...
- Mise en place à la demande des acteurs libéraux d'un outil RSE (Réseau Social d'Entreprise) leur permettant de soutenir la création/développement des CPTS et de faciliter la coordination des libéraux durant la crise sanitaire (cf. organisation des dispositifs de vaccination/dépistage)

b) Chiffres clés :

- **SPHERE** : 4 000 documents créés par + de 300 professionnels de santé
- **ROR** : 100% des établissements de santé mettent à jour quotidiennement leurs états capacitaires (soins critiques, MCO, SSR, PSY)
- **MIRC** : 993 599 examens d'imagerie produits par les structures équipées du PACS/archivage dont 13 364 examens visualisés par des médecins libéraux.
- **DCC** : 17 429 dossiers patients intégrés en 2021. 100% des RCP renseignées sur le DCC.
- **MSS régionale** : +1.2 millions de messages
- **DMP** : 160 159 DMP alimentés, 1346 413 documents ajoutés
- Programme HOPEN (D2 et D6) et SUN-ES pour les établissements sanitaires :
 - 54 dossiers HOP'EN dont 21 terminés
 - 50 dossiers SUN-ES lors de la première fenêtre de financement (sur 105 éligibles)
- **RSE pour les CPTS** : ~3000 utilisateurs actifs

3. Indicateurs d'évaluation

Libelle	Commentaire	2019	2020	2021
Taux de sces numériques de gestion du parcours et de la coordination disponibles pour une organisation de fonction d'appui	Déploiement sur 2021 (cible 100% en 2021)	0%	0%	100%
Taux de structure organisée en fonction d'appui couverte par des sces numériques de gestion du parcours et de la coordination	Indicateur non pertinent et redondant avec le précédent. A supprimer / neutraliser	0%	0%	100%
Taux d'évolution du volume des actes de télétravail sur 5 ans	Nombre de téléconsultations en médecine générale	1 369	327 611	177 497
Taux d'évolution des actes de télémedecine sur 5 ans	Nombre de téléexpertises réalisées via la plateforme régionale	3 561	3 959	5 722
Taux d'évolution du nombre d'actes de télémedecine réalisés	Nombre de téléconsultations en médecine générale	1 369	327 611	177 497

4. Bilan/tendance de la réalisation de l'objectif dans les départements de la région

- Dans le cadre de la **stratégie nationale numérique Ma Santé 2022 en février 2019**, la stratégie régionale en e-santé a été actualisée au 2nd semestre 2019 + structuration des missions du GRADES. Une feuille de route numérique spécifique ESMS en cours de concertation.
- Plan d'action réalisé dans le cadre du **programme Convergence** avec chaque éditeur pour que les applications régionales soient DMP et MSS compatibles, au même titre que les applications métiers des professionnels de santé d'ici à 2023.
- Mise en place des **programmes HOPEN, ESMS numériques, CYBER et SEGUR du NUMERIQUE** pour accélérer la mise en œuvre des prérequis numériques nécessaires à la sécurisation et aux échanges de données de santé pour contribuer à l'amélioration des prises en charges et permettre aux ESMS d'acquiescer des DUI
- **PROGRAMME E-PARCOURS** : L'acquisition du logiciel SPHERE (procédure avec accord cadre national) et son déploiement en fin de crise Covid-19 se sont avérés plus complexes que prévu, mais les acteurs (notamment libéraux) paraissent à ce jour confiants dans leur appropriation.
- **MIRC/ DCC** : On constate une satisfaction des acteurs vis-à-vis des outils numériques régionaux pour :
 - structurer la coordination des professionnels autour de la prise en charge de patients atteints d'un cancer (DCC),
 - organiser les échanges, partages de données d'imagerie (MIRC) entre imageurs situés en établissements de santé ou cabinets privés avec les médecins prescripteurs (ES ou ville).

5. Conclusion et commentaires

- Poursuite des programmes nationaux engagés
- Poursuivre l'accompagnement des acteurs dans l'appropriation des outils numériques, tout en permettant aux usagers d'accéder à leurs données.
- Interfacer davantage les applications métiers des professionnels avec les applications régionales/nationales pour augmenter/sécuriser les usages et faciliter les échanges de données et la coordination des professionnels autour des prises en charge.
- Etablissement d'un schéma directeur régional avec les fédérations.
- Réflexion sur la gouvernance (évolution CCPP E-santé et articulation CA GRADES) et/ou dispositif territorial permettant de mobiliser davantage les acteurs afin qu'ils s'approprient le sujet SI, à la fois pour leur propre structure et en coordination avec les autres.

Chapitre 15 : Systèmes d'information et télémédecine pour coordonner les parcours de santé

Objectif opérationnel n°30 : Déployer des services numériques centrés sur l'utilisateur

1. Analyse de la mise en œuvre de l'objectif opérationnel

Objectif abandonné du fait :

- d'une évolution de la stratégie nationale et régionale qui mise davantage sur l'interopérabilité des applications plutôt que sur des applications régionales. => Projets de plateforme régionale de télésuivi et de portail patient régional abandonné
- de la multiplication d'applications e-santé sur le marché qui s'est accompagnée d'une meilleure maturité des éditeurs

2. Réalisation d'actions

- Mise en place d'AAP e-santé en partenariat avec le CR et préfecture de région (CPER2021-2027) pour financer des projets numériques en santé
- Des projets centrés patients sont en cours de mise en œuvre sur 2022/2023 :
 - Mise en place d'une solution de téléconsultations auprès des ESMS sans médecin traitant et médecin coordonnateur (cf fiche objectif N° 31)
 - Mise en place de filières de téléexpertise au profit des médecins traitants et ESMS requérants (cf fiche objectif N° 31)
 - Mise en place d'une plateforme régionale de télésuivi des patients greffés (notamment rénaux)
 - Accompagnement de l'ARS pour mettre en place des projets territoriaux :
 - De dépistage des insuffisants cardiaques (ARPEGES – Indre)
 - Dépistage buccodentaire en EHPAD (Article 51 - Cher)
 - La prise en charge des patients en situation d'obésité (FEDER/CPER - Loiret)

3. Indicateurs d'évaluation

N°	Intitulé indicateur d'impact	Valeur initiale 2016	Valeur cible à 5 ans
1	Taux de réalisation des prototypes	-	50%
2	Taux de prototypes transformés en outils généralisés	-	25%

4. Bilan/tendance de la réalisation de l'objectif dans les départements de la région

Objectifs initiaux abandonnés

5. Conclusion et commentaires

- Voir fiche sur l'objectif opérationnel n°21 (Innovation en santé) pour plus de détails sur les expérimentations numériques liées à l'article 51.
- Supprimer l'objectif N° 30 pour le prochain PRS (pour éviter des redondances) dans la mesure où les objectifs 11, 29 et 31 contiennent également des projets qui sont également centrés patients.

Pour le PRS 3, quelques orientations proposées :

- Développer les liens entre éditeurs/start ups + professionnels de santé + financeurs e-santé
- Promouvoir et accompagner les projets numériques qui contribuent au maintien à domicile (télésurveillance médicale ou non + domotique)
- Soutenir les intervenants à domicile pour acquérir et déployer solutions numériques à valeur ajoutée pour l'utilisateur
- Accompagner les usagers dans l'appropriation des outils e-santé (dont Mon Espace Santé, DMP, Viatrajectoire, EPARCOURS)

Chapitre 15 : Systèmes d'information et télémédecine pour coordonner les parcours de santé

Objectif opérationnel n°31 : Développer les services et les usages de la télémédecine pour un accès aux soins des patients

1. Analyse de la mise en œuvre de l'objectif opérationnel

- Entre 2018 et 2022, maturité grandissante des acteurs, des GHT et de la puissance publique à l'égard de la pratique de la télésanté du fait notamment de la crise sanitaire.
- Plusieurs projets régionaux et territoriaux se sont développés, avec des usages qui restent cependant faibles, insuffisamment structurés et visibles à l'échelle d'un territoire.
- La téléconsultation, notamment en médecine générale a été fortement utilisée et appréciée pendant les périodes de confinement liées à la crise sanitaire du Covid-19.
- Feuille de route télésanté plusieurs fois réajustée ces dernières années afin de réorienter l'action du GRADES dans ses objectifs d'accompagnement des professionnels de santé.
- A la suite de la crise sanitaire et de l'établissement d'une doctrine nationale sur le numérique en santé qui encadre strictement les plateformes régionales de télésanté, une nouvelle feuille de route sur la télésanté a été identifiée début 2022.
- **Plusieurs difficultés n'ont pas facilité le déploiement rapide de la télésanté :**
 - Des **dispositifs de rémunération peu incitatifs** avec des évolutions réglementaires autorisant progressivement la pratique de la télésanté à toutes les catégories de patients qui sont récentes (essentiellement à compter de 2019/2021). L'inscription des actes de télésanté dans les nomenclatures conventionnelles se fait lentement. A titre d'exemple, les chirurgiens-dentistes ou les infirmiers ne sont toujours pas rémunérés pour les actes de télé expertise.
 - **L'accès au haut débit et à des bandes passantes stables** restent encore un prérequis et un frein important au développement de la TLC.
 - **Logiciels de télésanté non interfacés ou non intégrés aux logiciels métiers** des professionnels et pas suffisamment ergonomiques/fonctionnels. La crise sanitaire a cependant fait évoluer les stratégies des éditeurs.
 - **Des professionnels de santé souvent sceptiques quant à l'apport de la télémédecine dans leurs pratiques** (cf. manque de formation et de culture pour encadrer, sécuriser et intégrer la pratique de la télémédecine dans un parcours de santé et dans un planning de consultation/journées de travail).
- **En leviers et opportunités, on peut identifier :**
 - 1) La crise sanitaire (et notamment les 1ères périodes de confinement), qui a :
 - Permis un essor considérable de la TLC et une appropriation rapide pour de nombreux professionnels (notamment en santé mentale, anesthésie, sage femmes, ...).

- Fait émerger une volonté des éditeurs de logiciels d'améliorer leurs solutions de télésanté.
- 2) La mise en place d'un **annuaire régional sur T2 2022** affichant l'offre de téléexpertise par spécialité va permettre de structurer et de rendre lisible les possibilités de recours à une TLE notamment pour les médecins traitants et EHPAD requérants.
 - 3) L'arrivée du télésoin
 - 4) La volonté des HAD de s'approprier davantage les outils numériques avec par exemple :
 - Programme PARKHOME porté par l'HAD Orléans-Montargis
 - Programme ETP digitalisé pour les HAD portés par LNA santé
 - Projet HAD Loir-et-Cher : e-cardio pour les résidents EHPAD (financement CPER)

2. Réalisation d'actions

a) Faits marquants :

- Financement d'une plateforme régionale de télésanté depuis 2013 + télé imagerie depuis 2022.
- Financement d'une équipe de télésanté au sein du GRADES pour accompagner les acteurs de terrain + référent télésanté dans chaque GHT (notamment pendant la crise sanitaire).
- Mise en place de filières régionales (EEG, TIU, gériatrie, cardiologie, dermatologie).
- Financement d'une structure de télé expertise dans l'Indre (réseau ARPEGES) pour réaliser des TLE (notamment en cardiologie).
- Mise en place en 2022 d'une offre de TLC pour les ESMS sans médecin traitants/coordonnateurs.

b) Chiffres clés :

Fin 2021, la téléconsultation s'intègre lentement, mais progressivement dans les parcours de santé :

- Même si les TLC ne représentent plus que 2% des actes de soins => 15 fois plus de TLC fin 2021 (11 142 TLC) qu'en janvier 2020 (604 TLC).
- Au 1^{er} semestre 2022, plus d'1/3 des médecins généralistes (MG) continuent de réaliser au moins 1 TLC/mois (3% avant mars 2020 – crise Covid-19)
- 77% des TLC sont réalisées par le MG (autres téléconsultants importants : sage femmes, psychiatres, gynéco-obstétriciens et pédiatres)
- + de 300 000 TLC réalisées sur des patients Centre-Val de Loire en 2021 : 177 497 par les médecins généralistes + 47 127 TLC de spécialistes libéraux + 11 775 TLC de GHT + 89 186 TLC par des médecins hors région. *(les TLC non facturées à l'AM ne sont pas comptabilisées ici (cf mutuelles, assurances, ...))*
- 6 800 TLE réalisées en 2021 par une centaine de téléexperts avec des volumes substantiels en téléimagerie, chirurgie dentaire, neurochirurgie, dermatologie, EEG pédiatrique.

3. Indicateurs d'évaluation

Libelle	Commentaire	2019	2020	2021
Taux d'évolution du volume des actes de télétravail sur 5 ans	Nombre de téléconsultations en médecine générale	1 369	327 611	177 497
Taux d'évolution des actes de télé médecine rattachés à un projet	Nombre de téléexpertises réalisées via la plateforme régionale	3 561	3 959	5 722
Taux d'évolution du nombre d'actes de télé médecine réalisés	Nombre de téléconsultations en médecine générale	1 369	327 611	177 497

4. Bilan/tendance de la réalisation de l'objectif dans les départements de la région

- 1) Plusieurs projets ou expérimentations mis en œuvre ces dernières années avec les acteurs de santé mais qui peinent à se traduire par des usages probants. (ex : télémédecine en EHPAD malgré le financement par l'ARS d'équipements de télémédecine, déploiement de la téléconsultation par les HAD, déploiement de pools de téléconsultation de médecins généralistes issus de la région, visio pour les SAMU, module de télésuivi pour les patients Covid-19, ...)
- 2) Malgré tout, des projets régionaux ont été déployés et contribuent substantiellement à l'amélioration des prises en charge des patients :
 - TIU (transferts inter-utéro) entre les maternités publiques de la région
 - Bucco-dentaire à destination des EHPAD du Cher (art 51)
 - Ophtalmologie : projets de rétinopathies diabétiques dans chaque département
 - Neurochirurgie (projet piloté par le CHRU)
 - Télé-addictologie en USMP (Châteaudun)

D'autres projets sont en cours de déploiement :

- Télé-EEG pédiatrique : opérationnel sur 36, 37, 41. Fin déploiement pour GHT 18/45 : T3 2022 (cf. ressources médicales non disponibles) / GHT 28 s'est retiré.
- Télé AVC (échéance annoncée => fin T3 2023)
- Identification et structuration de filières de téléexpertise en cours sur 2022/2023 (gériatrie, cardiologie, dermatologie, imagerie, santé mentale)

- **Télesurveillance** : activité essentiellement développée sur l'insuffisance cardiaque et les prothèses cardiaques

5. Conclusion et commentaires

Objectifs proposés pour le futur PRS :

1. Asseoir la télésanté dans les pratiques médicales et parcours de santé
2. Utiliser la télésanté pour accroître les actions de prévention/dépistage et réduire les délais de RDV aux spécialistes
3. Poursuivre la structuration/gradation des filières de télésanté et la rendre visible auprès des ESMS/médecins généralistes, notamment autour d'un annuaire de télé expertise.
4. Mettre en place un outil régional facilitant le télé- suivi des patients
5. Déployer des projets de télésurveillance médicale suite à la réforme de financement attendue courant 2022.

Chapitre 16 : Coopération entre professionnels de santé

Objectif opérationnel n°32 : Développer les outils de coopérations entre professionnels de santé

1. Analyse de la mise en œuvre de l'objectif opérationnel

37 protocoles de coopération (PC) ont été passés :

- 11 PC médecin ophtalmologiste à orthoptiste
- 4 PC dans le cadre de la prise en charge radiologique de médecins radiologues et MEM.
- 2 PC dans le secteur pédiatrique délégués aux IPDE dans le cadre de la prise en charge d'enfants diabétiques
- 1 PC dans le secteur de l'anesthésie
- 1 PC au diététiciens
- 8 PC ASALEE impliquant des maisons de santé et l'exercice libéral.
- 10 PC aux IDE : vaccination, prélèvement de cornée, traitement des plaies, ...

Les expérimentations ont été particulièrement nombreuses en ophtalmologie :

- Réalisation d'un bilan visuel par un orthoptiste dans le cadre du renouvellement/adaptation des corrections optiques chez les enfants de 6 à 15 ans et analysé via télé-médecine par un ophtalmologiste
- Réalisation d'un bilan visuel par un orthoptiste dans le cadre du renouvellement/adaptation des corrections optiques chez les adultes de 16 à 50 ans et analysé via télé-médecine par un ophtalmologiste
- Réalisation de photographies du fond d'œil dans le cadre du dépistage de la rétinopathie diabétique par un(e) orthoptiste et/ou infirmier(e) en lieu et place d'un ophtalmologiste (3)

L'ARS Centre-Val de Loire a favorisé des protocoles déjà autorisés dans d'autres régions, notamment les Pays-de-Loire et l'Île de France, pour des prises en charge de la personne âgée. Le partage de bonnes pratiques permet de rendre opérationnels des projets des professionnels de santé, dans une logique de simplification.

La communication de l'Agence a également été accentuée auprès des établissements sur la démarche simplifiée avec transmission d'un mode d'emploi, réponses aux sollicitations et accompagnement méthodologique.

2. Réalisation d'actions

a) Faits marquants :

Autoriser les protocoles de coopération répondant aux besoins de la région parmi les 20 protocoles nationaux identifiés : 17 protocoles à fin 2020, 37 protocoles déposés au 31 décembre 2021*

Mise en œuvre d'au moins 2 projets expérimentaux : non atteint.

Déploiement du dispositif Asalée pour le suivi des maladies chroniques (diabète, hypertension artérielle) : en cours 8 protocoles de coopération.

Accompagnement du déploiement des protocoles de coopération entre orthoptistes et ophtalmologues pour les soins visuels : 11 protocoles de coopération

*Exemples de protocoles issus de protocoles nationaux : diabète, hypertension, dépistage des fragilités, mise en place des chambres implantables notamment pour la chimiothérapie, suivi de l'insulinodépendance, nutrition entérale, consultation de suivi diabétique, réhabilitation respiratoire...

b) Chiffres clés :

Étiquettes de lignes	18	28	36	37	41	45	79	Total général
ASSOCIATION ASALEE	2	2				3	1	8
Cabinet Orthoptie				9				9
Centre Cardiologique						1		1
Centre de Santé			2					2
Centre d'Imagerie Médicale		1						1
CH	2	2	1	1		1		7
CHRU				8				8
OPHTADIX					1			1
Total général	4	5	3	18	1	5	1	37

Étiquettes de lignes	18	28	36	37	41	45	79	Total général
DIETETICIENNE				1				1
IADE				1				1
IDE	4	4	2	3		4	1	18
IPDE				2				2
MEM		1		2		1		4
ORTHOPTISTE			1	9	1			11
Total général	4	5	3	18	1	5	1	37

3. Indicateurs d'évaluation

N°	Intitulé indicateur d'impact	Valeur initiale 2016	Valeur cible à 5 ans	Valeur actuelle /la plus récente connue
1	Taux de protocoles de coopération autorisés pour lesquels au moins 15 professionnels de santé sont adhérents	-	50%	Non disponible

4. Bilan/tendance de la réalisation de l'objectif dans les départements de la région

Le bilan est globalement positif. Il faut s'assurer que le développement des protocoles de coopération se poursuive et s'accélère autant dans le secteur hospitalier que libéral.

La méthode de validation des protocoles de coopération a été simplifiée en 2021 avec un contrôle moindre des Agences et une procédure nationale harmonisée permettant de faire reconnaître plus rapidement des protocoles locaux.

Dans une région où la tension démographique sur les PS est très forte, l'Agence doit continuer à expliquer la démarche et les modalités de validation afin de les encourager.

5. Conclusion et commentaires

Inclure cet objectif avec l'objectif sur l'adaptation des conditions d'exercice sous un intitulé « évolution des pratiques » à mettre en relation avec les sujets d'attractivité

Le lien entre protocoles de coopération et IPA est aussi à clarifier auprès des PS.

Concernant les protocoles de coopération locaux, la loi Rist de 2021 a élargi les structures pouvant porter un protocole de coopération local. Désormais, les équipes de soins primaires au sens large de l'article L 1411-1-1 du CSP signataires d'un ACI avec l'Assurance Maladie sont donc concernées (MSP, CPTS, CDS) ; l'accord national étant un équivalent d'ACI. Il y a donc une incitation financière plus grande à développer les protocoles dans les années à venir. L'ARS et l'Assurance Maladie devront promouvoir ce nouvel outil mis à disposition.

Chapitre 16 : Coopération entre professionnels de santé

Objectif opérationnel n°33 : Déployer la pratique avancée au sein de la profession infirmière

1. Analyse de la mise en œuvre de l'objectif opérationnel

Les textes réglementaires sont parus et les premières diplomations d'IPA ont eu lieu. L'Agence a accompagné cette montée en charge en région en soutenant financièrement et pédagogiquement les IDE souhaitant se former.

L'offre de formation mise en place est inter universitaire (Tours et Angers) et porte sur les 4 mentions existantes :

- Pathologies chroniques stabilisées ; prévention et polyopathologies courantes en soins primaires
- Oncologie et héματο-oncologie
- Maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale
- Psychiatrie et santé mentale

Une augmentation progressive des étudiants à former est prévue : 25 en 2019, 32 en 2022, 50 en 2023.

Si nous avons progressé vers l'atteinte de l'objectif en formant des IPA, le frein principal aujourd'hui reste l'impossibilité pour un IPA libéral d'avoir suffisamment de patients qui lui sont adressés pour pouvoir vivre de son nouveau métier. De même, les IPA hospitaliers sont encore extrêmement rares dans les établissements de santé. Le déploiement effectif des IPA dans les territoires est donc le point essentiel à parfaire pour atteindre pleinement l'objectif.

- 2019 : définition de la maquette de formation >>> objectif atteint
- 2020 : Définition des besoins sur les territoires et identification des projets >>> objectif partiellement atteint. Les projets sont difficiles à démarrer du fait du frein médical et des protocoles d'organisation à cadrer.
- 2021 : IPA diplômés et en exercice dans la région Centre-Val de Loire >>> Objectif en cours

Promotion 2018 – 2019 : 3 étudiants inscrits

Promotion 2019 – 2021 : 30 étudiants dont 15 de la région Centre-Val de Loire

Promotion 2020 – 2022 : 39 étudiants dont 20 de la région Centre-Val de Loire

De plus le plan régional pour l'attractivité des professionnels de santé en région Centre-Val de Loire (2021 – 2023) prévoit, des actions pour favoriser les conditions d'accès des IDE à la formation IPA :

- a) Préparer les candidats libéraux au dépôt de dossier et à l'examen oral

Pour aider à la préparation du dossier d'inscription, l'ARS Centre-Val de Loire a mis en place deux sessions de formation pour accueillir 2 groupes de 10 à 12 personnes. Cette préparation a lieu dans différents départements du territoire. Pour l'année 2021 elle s'est déroulée à Châteauroux et à Blois. En 2022, 3 sessions se sont déroulées sur Blois.

b) Financer les IPA au cours de leur formation

Afin d'obtenir l'augmentation des IPA projetée sur la région Centre-Val de Loire, il est nécessaire d'accompagner financièrement à la fois les infirmiers libéraux et aussi les établissements et les centres de santé. Ce soutien ARS est de 30 258 € / an / IPA en formation.

Cette somme représente environ 50 % du coût d'un IDE pour un établissement.

c) Financer les maîtres de stage libéraux de la région

Afin d'encourager la formation, de diversifier les lieux d'expérience pour les étudiants et de valoriser le temps passé à encadrer et former les professionnels sur le terrain, l'ARS Centre-Val de Loire rémunère chaque cotuteur (médecin et infirmier) à hauteur de 200 € / mois.

Facteurs encourageants :

- Les infirmiers montrent un intérêt à évoluer dans leur exercice professionnel pour devenir IPA car il s'agit d'un facteur indéniable de promotion et reconnaissance professionnelle.
- Négociations nationales Assurances maladies pour revaloriser les actes réalisés par les IPA

Difficultés rencontrées :

- L'exercice IPA est complexe car les IPA nouvellement diplômés peinent dans leur activité, faute d'une file active suffisante,
- La formation théorique à l'université de Tours est réputée plus difficile sur la pharmacologie que d'autres

2. Réalisation d'actions

a) Faits marquants :

- Préparer les candidats libéraux au dépôt de dossier et à l'examen oral
- Mise en place de formations à la préparation de dossiers de candidature
- Financer les IDEL et les établissements employeurs au cours de leur formation
- Financer les maîtres de stage libéraux de la région
- Augmenter le nombre d'IPA formés en région

b) Chiffres clés :

En 2021 : 15 IPA formés de la région, dont pour les professionnels en région 7 en exercice hospitalier – 1 en exercice ASALEE – 3 en exercice libéral – 1 en EHPAD et 1 en milieu associatif
10 IDEL sont accompagnés par l'ARS.

Répartition des mentions pour les IPA de la région :

Mention PCS	8
Mention maladie rénale	1
Mention oncologie	3
Mention santé mentale	1

= 13 sur 15 formés pour l'université de Tours

Prévisionnel 2022 : (actuellement en formation). Pour les IPA de la région :

Mention PCS	6
Mention maladie rénale	1
Mention oncologie	2
Mention santé mentale	5

= 14 sur 20 formés pour l'université de Tours.

3. Indicateurs d'évaluation

N°	Intitulé indicateur d'impact	Valeur initiale 2016	Valeur cible intermédiaire	Valeur cible à 5 ans	Valeur actuelle /la plus récente connue
1	Taux de territoires prioritaires au sein desquels exerce au moins un infirmier en pratique avancée	Indicateurs neutralisés	Indicateurs neutralisés	80%	Indicateurs neutralisés
2	Taux d'infirmiers de la région exerçant en pratique avancée	Indicateurs neutralisés	Indicateurs neutralisés	1%	Indicateurs neutralisés

Le taux de 80 % visé initialement n'était pas réaliste au vu des difficultés que rencontrent les IPA pour avoir des patients.

4. Bilan/tendance de la réalisation de l'objectif dans les départements de la région

Le nombre d'IPA formées a augmenté aussi lentement en région qu'au niveau national (environ 550 diplômées en 2021, et un prévisionnel d'environ 1 000 en 2023 pour un objectif initial de 3 000 en 2023).

Ce retard est principalement dû aux difficultés que rencontrent les IPA diplômées pour vivre de leur métier. Ainsi, la continuation de l'augmentation des effectifs d'IPA formés à l'université doit s'accompagner d'une modification rapide des pratiques (adressage plus volontiers des médecins) et d'une meilleure rémunération des actes.

5. Conclusion et commentaires

Pour le futur PRS, l'objectif est à maintenir à l'identique avec le même intitulé en intégrant les points suivants :

- Prospection et communication sur la formation au diplôme d'état d'infirmier de pratiques avancées
- Mise en œuvre de l'expérimentation prévue par la LFSS pour 2022 (exercice sans prescription préalable)

Les perspectives sont les suivantes :

- 50 IPA formés en région
- Communication renforcée en lien avec URPS – Ordres...
- Organisation d'une journée IPA annuelle avec invitation des MSP, médecins libéraux pour travailler sur les représentations et les changer en montrant l'intérêt des missions IPA et de cette profession intermédiaire.
- Appel à projet sur des rôles transversaux de l'IPA afin de permettre de déployer l'exercice
- Travailler sur l'exercice hospitalier
- Création sur l'université de Tours de la mention pathologies chroniques et associées avec un objectif à 30 apprenants (sur deux ans).
- Travailler à élargir l'offre des terrains de stages

Etre territoire d'expérimentation sur la primo prescription serait un vrai levier pour la région.

Chapitre 17 : L'utilisateur, 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.

1. Analyse de la mise en œuvre de l'objectif opérationnel

Au vu des indicateurs de résultats et des avancées intervenues depuis 2018, l'objectif opérationnel « 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 » est atteint, au regard de la mise en œuvre de la structuration de l'offre. Cependant, il n'est que partiellement atteint au regard des chiffres provisoires du nombre de bénéficiaires (mais contexte Covid-19).

Pendant la période du PRS2, la gouvernance régionale de l'ETP a été restructurée aboutissant à la mise en place des coordinations régionale et départementales du Centre-Val de Loire. Cela constitue un facteur clé pour favoriser une offre d'ETP de qualité sur les territoires s'articulant autour de :

- Un pôle régional de ressources et d'expertise en ETP, en lien avec l'Université de Tours, mis en place fin 2019 sur appel à candidatures à partir d'un cahier des charges régional. Ce pôle de ressources et d'expertise est aujourd'hui reconnu comme levier essentiel pour promouvoir les liens entre l'ensemble des acteurs sur les 6 départements de la région. Ce travail est effectué en co-construction non seulement avec les représentants des usagers, avec les établissements de santé et avec les professionnels de santé, mais aussi avec les présidents des coordinations départementales qu'ils réunissent régulièrement. Le pôle régional a rendu fin 2021 une synthèse de l'état des lieux régional et départemental « offre et besoins recensés » en termes d'ETP, intégrant les activités éducatives ciblées. Il prépare des outils de formation, des temps d'échanges avec les professionnels, du benchmarking et des restitutions. Un site internet dédié doit être prochainement activé pour publier les travaux en cours (notamment l'éventail de l'offre en ETP sur la région, les propositions de programmes novateurs).
- Six coordinations départementales par ailleurs mises en place. Composées des acteurs départementaux de l'ETP elles sont chargées de réaliser une cartographie de l'offre sur les territoires et de mettre en relation les professionnels avec une offre adaptée à leurs besoins.

La période Covid-19 n'a pas freiné les travaux en cours. Le pôle de ressources régional s'est particulièrement investi dans la promotion de protocoles innovants permettant des prises en charge à distance. Une publication diffusée aux acteurs en est le fruit.

A noter depuis le premier janvier 2021 une modification essentielle dans le régime juridique des programmes d'ETP : le régime d'autorisation a laissé sa place à un régime déclaratif.

2. Réalisation d'actions

a) Faits marquants :

- Mise en place du pôle régional de ressources en ETP.
- Mise en place des 6 coordinations départementales d'ETP (avec participation des professionnels du terrain y compris exercice regroupé, de l'Assurance maladie, des représentants des usagers).
- Mise en œuvre d'un site internet dédié à l'ETP.
- Valorisation des rôles respectifs des professionnels de santé et des porteurs de programmes en ambulatoire via les coordinations départementales.

b) Chiffres clés :

- 2 175 000 € mis en œuvre par l'ARS sur le FIR pour promouvoir l'ETP et financer les coordinations et l'activité d'ETP ambulatoire contre 1 516 000€ en 2018
- 119 programmes recensés en 2019 (travail en cours pour diversifier l'offre au regard des besoins).

Répartition territoriale :

- 9 dans le département du Cher (18)
- 26 dans le département d'Eure-et-Loir (28)
- 30 dans le département de l'Indre (36)
- 30 dans le département d'Indre-et-Loire (37)
- 22 dans le département du Loir-et-Cher (41)
- 20 dans le département du Loiret (45)

9 940 personnes ont bénéficié d'un programme d'ETP et l'ont suivi en totalité en 2019.

Cependant, à la comparaison de l'incidence des ALD avec le nombre de DEI, peu de patients bénéficient d'ETP : 18,8 % des patients nouvellement admis en ALD en 2019 ont bénéficié d'un programme ETP initial. Même si on considère que tous les patients n'ont pas besoin d'ETP et qu'il existe des AECP non prises en compte dans ces chiffres, il apparaît nettement une inadéquation entre le besoin et l'offre en ETP. De plus, l'ETP peut être proposée tout au long de la vie d'une personne atteinte d'une maladie chronique lors de la survenue de complications ou d'évènements de vie particuliers. (extrait du diagnostic régional en ETP de janvier 2022 du pôle de ressources régional en ETP)

Tableau 4 : Répartition des programmes par pathologie et par structures porteuses en 2019 (17)

Pathologies	Structure porteuses						Total
	Association / GCSMS	Etablissement hospitalier public	MCO privé	Organisme d'assurance sociale	SSR	Structure d'exercice collectif	
Autre		8	1				9
Cancers	2	3	1				6
Maladies digestives		1					1
Maladies infectieuses		2					2
Maladies métaboliques	6	21	2	3	4	1	37
Maladies neurologiques	1	1					2
Maladies psychiatriques		4			1		5
Maladies rares		4					4
Maladies rénales	2	3	2				7
Maladies respiratoires	1	7			2		10
MCV		6	1	2	8		17
Obésité / chirurgie de l'obésité	2	6	1		1		10
Polypathologie	2		3			1	6
Stomie		2	1				3
Total	16	68	12	5	16	2	119

- Réalisation par l'Observatoire régional de la santé, d'une étude sur le recensement des affections longue durée sur les territoires (dans la perspective d'une meilleure appréhension des besoins) :

En région Centre-Val de Loire, sont comptabilisées **68 500 nouvelles admissions en ALD** chaque année (entre 2017 et 2019). Les maladies cardiovasculaires représentent 21.984 de nouvelles ALD soit 32.1 %. Les trois ALD les plus fréquentes sont **les maladies cardiovasculaires** (31.2%), **les tumeurs malignes** (22,9%) et **le diabète** (16,4%).

Incidence des principales ALD par département :

- **Tumeurs malignes** : L'Indre-et-Loire et le Loiret présentent les incidences les plus élevées de la région Centre-Val de Loire. Incidences qui restent inférieures à la moyenne nationale.
- **Appareil circulatoire** : Le Loiret et l'Indre présentent une incidence des ALD Appareil circulatoire supérieure à la moyenne régionale et nationale.
- **Diabète** : Le Loiret, l'Indre et le Loir-et-Cher présentent une incidence supérieure à la moyenne régionale et nationale.
- **Maladies neurologiques** (amyotrophie spinale et syndromes apparentés, sclérose en plaque, maladie de parkinson et épilepsie) : L'Indre présente une incidence supérieure à l'incidence moyenne nationale.

Il est à noter une variation importante entre départements. Également, les variations sont différentes d'une ALD à l'autre.

*Cf. ci-dessous : tableau des admissions en Affection de Longue Durée (ALD)
(source : extrait du diagnostic régional du Pôle régional de ressources en ETP page 26)*

3.1.3.2. Admissions en Affection de Longue Durée (ALD)

Tableau 3 : Nombre moyen annuel de nouvelles admissions en ALD par département pour chaque ALD30 (2017-2019), au niveau départemental, régional et national (16)

	Nombre moyen annuel de nouvelles admissions en ALD (2017-2019)							
	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Centre-Val de Loire	France hexagonale
Ensemble des maladies cardiovasculaires	2857	3407	2527	4748	2960	5486	21984	504155
1. Accident vasculaire cérébral invalidant	433	636	355	776	474	843	3517	85158
3. Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques	439	479	336	675	410	704	3044	75127
5. Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves	1115	1352	1022	1961	1217	2071	8737	203050
13. Maladie coronaire	869	940	814	1336	859	1868	6686	140820
30. Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique	1990	2445	1581	3642	2177	3859	15694	377888
8. Diabète de type 1 et diabète de type 2	1402	1803	1144	2367	1561	2929	11207	259125
23. Affections psychiatriques de longue durée	551	790	468	1140	577	1200	4726	146371
15. Maladie d'Alzheimer et autres démences	427	502	336	880	542	925	3612	86879
9. Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave	186	236	182	349	214	396	1563	42483
14. Insuffisance respiratoire chronique grave	120	224	105	339	221	277	1287	37558
19. Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif	166	212	120	280	177	331	1286	32207
22. Polyarthrite rhumatoïde évolutive	119	155	101	235	136	240	985	25749
27. Spondylarthrite grave	96	117	84	269	119	258	942	20018
6. Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	102	132	68	218	109	233	862	24410
16. Maladie de Parkinson	89	113	119	176	114	193	803	20146
24. Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives	70	106	54	152	71	162	616	17479
21. Vasculites, lupus érythémateux systémique, sclérodermie systémique	65	92	55	93	63	152	519	16041
31. Hors liste	41	55	56	70	72	64	357	5940
7. Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immuno-déficience humaine	30	58	27	74	31	115	335	10893
2. Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques	30	36	27	67	43	68	271	6016
26. Scoliose idiopathique structurale évolutive	30	38	19	66	36	60	250	7749
25. Sclérose en plaques	23	37	18	69	30	65	242	6443
17. Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé et spécialisé	25	39	21	74	31	45	235	7010
11. Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase grave	17	31	12	31	22	48	162	4568
28. Suite de transplantation d'organe				non communicable (effectifs <10)			135	2553
29. Tuberculose maladie, lèpre				non communicable (effectifs <10)			119	3446
20. Paraplégie				non communicable (effectifs <10)			102	2550
10. Hémoglobinopathies, hémolyses chroniques constitutionnelles et acquises sévères				non communicable (effectifs <10)			98	2414
12. Hypertension artérielle sévère				non communicable (effectifs <10)			41	914
18. Mucoviscidose				non communicable (effectifs <10)			21	467
32. Polypathologie				non communicable (effectifs <10)			19	1080
Cause inconnue							0	0
4. Bilharziose compliquée				non communicable (effectifs <10)				22

(Extrait du diagnostic régional de janvier 2022 du pôle de ressources régional en ETP)

En résumé

❖ Des inégalités de besoin importantes selon les territoires

- Des ALD en région CVL en nombre important
 - 68 500 nouvelles admissions en CVL chaque année (entre 2017 et 2019)
 - Les trois ALD les plus fréquentes sont les maladies cardiovasculaires (32.1%), les tumeurs malignes (22,9%) et le diabète (16,4%)
- Une population vieillissante (10.7% de + 75 ans en CVL versus 9.4% en FH)
- Des territoires précarisés
 - Taux de chômage plus élevé dans le Cher
 - Revenu net imposable bas en Indre
 - Niveau de formation le plus faible en Loir-et-Cher

❖ Des inégalités très importantes de ressources en professions paramédicales selon les territoires

- Densité faible d'infirmiers ASALEE en Eure-et-Loir
- Densité faible de diététiciens en Indre
- Densité faible de psychologues libéraux dans le Cher

3. Indicateurs d'évaluation

N°	Intitulé indicateur d'impact	Valeur initiale 2016	Valeur cible à 5 ans	Valeur actuelle /la plus récente connue
1	Indicateur HAS : pourcentage de patients ayant bénéficié d'un programme personnalisé lors d'une offre initiale d'ETP pour un programme autorisé	70%	-	64% en 2019 valeur initiale de 2016 non consolidée

4. Bilan/tendance de la réalisation de l'objectif dans les départements de la région

Spécificités issues des diagnostics départementaux ETP

Le schéma ci-dessous présente les forces, les faiblesses de l'ETP ainsi que les opportunités et les menaces spécifiques à chaque département en région CVL (hors département de l'Indre et Loire).

FORCES

Indre (36) :

Expertise en ETP (émergence de programmes ETP dès 2011, offre en ETP pédiatrique riche)

Dynamique de territoire (maillage important, volonté de travailler ensemble, réactivité)

Développement de nouveaux formats (pluri-pathologies, ETP à distance)

Offre ETP déjà intégrée dans des parcours

Loiret (45) :

Gratuité des programmes pour le patient

Soutien et reconnaissance des équipes médicales et du service

Cher (18) :

Partenariats-liens avec d'autres acteurs d'autres structures

Proximité géographique, accessibilité

Implication des patients

Eure et Loir (28) :

Coordination ETP

Formation obligatoire, pluridisciplinaire et parfois intégrée dans les formations initiales

Offre de soins

Accès simplifié aux outils numériques

Loir et Cher (41) :

Coopération ville-hôpital

Expertise en ETP

FAIBLESSES

Indre (36) :

Manque de coordination entre la ville et l'hôpital, manque de transmission sur le parcours effectué par le patient

Loiret (45) :

Approche globale difficile à réaliser

Absence d'accompagnement extérieur des équipes sur l'ETP

Absence de passerelle et de lien entre les dispositifs

Eure et Loir (28) :

Difficulté d'accès à la formation patient-expert

Loir et Cher (41) :

Difficulté d'évaluation de l'efficacité et du suivi des patients

Problème de recrutement des patients

MENACES

Indre (36) :

Difficultés à répondre aux besoins grandissants de la population (vieillesse, augmentation de la prévalence des maladies chroniques, manque d'autonomie, précarité)

Crainte de concurrence ville-hôpital

Loiret (45) :

Formation obligatoire notamment pour les médecins

Risque d'arrêt des programmes ETP (repose sur des personnes et non sur une structure)

Difficulté d'accès à des locaux pour animer des séances éducatives en proximité

Cher (18) :

Difficulté de mobilisation des soignants et des soignés pour l'éducation des patients

Eure et Loir (28) :

Manque de moyens matériels

Contraste du territoire (dispersion des patients sur le territoire)

Augmentation des bénéficiaires

Division (crainte de concurrence ville/hôpital, impression de concurrence par pathologies)

Loir et Cher (41) :

Manque d'échange

Manque de coordination

Différence des discours entre professionnels et associations de patients

Arrêt des programmes

Perte d'envie et d'investissement des professionnels

OPPORTUNITES

Indre (36) :

Présence de l'ETP dans les projets médicaux

Organisme de proximité pouvant former les professionnels

Loiret (45) :

Recherche multicentrique

Communication dans les congrès

Collaboration

Mutualisation de certains ateliers permettant de travailler les compétences d'adaptation (transversales)

Cher (18) :

Capitalisation sur les expériences passées

Soutien des tutelles

Opportunités géographiques

Eure et Loir (28) :

Dynamique ETP en renouveau

Coordination ETP (Copil, SPHERE...)

Loir et Cher (41) :

Travail en partenariat

5. Conclusion et commentaires

- Une faible proportion de patients atteints d'une maladie chronique a réellement accès à l'offre d'ETP sous forme de programme et cet accès est très hétérogène, tant sur le plan géographique que sur le fonctionnement des programmes.
- Une représentation hétérogène des pathologies en ETP au sein des programmes et entre territoires
- De nombreuses activités éducatives sont mises en œuvre auprès et avec des patients atteints de maladies chroniques en supplément et en complément des programmes. Les professionnels de santé réalisent, au cours de leur pratique quotidienne, de l'éducation intégrée aux soins (AACP, etc.).
En 2019, 12 837 patients ont entamé une démarche éducative dans un des 119 programmes autorisés du Centre-Val de Loire. Le PRS3 devra se consacrer à l'adéquation de l'offre ETP aux besoins puisque l'ampleur du décalage entre l'offre de soins et la prévalence des patients atteints de maladie chronique ne peut être ignorée aujourd'hui.
- La participation des patients-intervenants progresse (19/119 programmes), une dynamique existe mais peut encore se développer.
- En 2019, en région Centre-Val de Loire, les établissements hospitaliers publics sont prédominants en termes de portage de programmes ETP. Ils représentent 57% des porteurs de programme. La place des autres porteurs de programme et les moyens dont ils bénéficient sont questionnés. Seulement 14% des programmes sont portés par des associations / GCSM, 13% par des SSR et 10% par des MCO privés. La médecine de ville, représentée par les structures d'exercice collectif (MSP, pôle santé, centre de santé) ne porte que 2% des programmes ETP. On note que l'activité ETP des organismes d'assurance sociale, réalisée dans le cadre de programmes, n'a débuté qu'en 2018 dans quelques départements et représente déjà 4% des programmes. Ces données sont en accord avec les données nationales datant de 2014 (14) qui souligne que près de 70% des programmes sont portés par des établissements hospitaliers, 12% par des SSR et 3,4% par des maisons, pôles ou centres de santé.
Les établissements hospitaliers, associations / GCSMS et les MCO privés sont les seuls à porter des programmes dans l'ensemble des 6 départements du Centre-Val de Loire.
Au regard du taux de DEI réalisés en fonction du statut légal des structures, il est noté que les SSR réalisent davantage de DEI (entre 23 et 35% des DEI régionaux) que les associations/GCSMS (10 à 17% des DEI régionaux) pour un nombre de programmes équivalent.
- Les qualifications des intervenants : Plus de 20 professions différentes sont représentées en 2019 dans les programmes ETP du Centre-Val de Loire. Des axes d'amélioration sont à approfondir concernant l'ingénierie de formation et l'ingénierie pédagogique, pour garantir la qualité de la structuration du programme et de la mise en œuvre par des intervenants ayant acquis les compétences nécessaires à la réalisation d'actions éducatives.

Cet objectif est à maintenir à l'identique avec le même intitulé car il convient de poursuivre les efforts accomplis pour augmenter le nombre de bénéficiaires d'ETP.

L'objectif opérationnel n° 34 du schéma a permis de structurer la gouvernance régionale de l'ETP en s'appuyant sur un pôle régional de ressources et d'expertise en ETP. Le PRS 3 aura vocation à déployer une offre plus homogène sur l'ensemble du territoire en s'appuyant sur un réseau de professionnels

(activité éducative ciblée / programme d'ETP), en développant la lisibilité de l'offre et en communiquant tant auprès des professionnels que des usagers.

6. Quelques exemples d'actions / chiffres clés dans les départements

Cher :

- Coordination départementale de l'ETP mise en place en 2019, portée par l'Association Caramel.
- Diagnostic territoire du CHER finalisé en Décembre 2021.
- Très peu de programmes (11 programmes), mais une dynamique qui se construit autour de programmes innovants : exemple : Programme ETP autour des Addictions porté par l'Association Addiction 18.

Eure-et-Loir :

- Mise en place d'UEE dans tous les DAME du département.

Indre :

- Mise en place de la coordination départementale en ETP depuis 2020 co-pilotée par Diapason et CH-Châteauroux-Le Blanc – le 11 février 2020, assemblée plénière de la coordination départementale en ETP de l'Indre
- Réalisation en 2021 du diagnostic territorial en ETP
- Développement de l'ETP à distance sur le territoire

Indre-et-Loire :

- Coordination départementale : Retard pris dans la mise en place de la coordination départementale ETP. Devrait être effective en début d'année 2022.
- Volonté d'articuler l'ETP hospitalière avec l'ETP développée en ville.
- Pas de diagnostic départemental réalisé
- Problématique du programme ETP Cancéro (IETO) : cessation d'activité de l'association avec une absence de reprise du programme à l'heure actuelle.

Loir-et-Cher :

- Installation de la coordination départementale
- Pôle ressources sur l'adaptation des pratiques en temps de Covid-19. Rédaction d'un document à vocation régional « maintenir un accompagnement en temps de Covid-19 »
- Réflexion sur la mise en place d'un programme ETP multipathologies en ambulatoire axé sur les CPS

Loiret :

- Très bonne dynamique de la coordination ETP depuis sa création, portée par Appui Santé Loiret. Le COPIL ETP se réunit régulièrement.
- Un travail de diagnostic de territoire Education Thérapeutique du Patient a été réalisé en 2021, par les coordinations ETP de la Région Centre-Val de Loire. De ce document ressortent notamment des inégalités d'accès à des dispositifs éducatifs en fonction des territoires mais également en fonction des pathologies, alors même que ces dernières ont une prévalence importante dans notre département.

C'est le cas notamment pour les maladies cardiovasculaires. La coordination départementale de l'ETP avec son COPIL souhaite travailler sur cet axe et co-construire avec les acteurs de terrain une solution. La coordination départementale s'est fixée comme mission de créer une dynamique locale autour du concept d'éducation thérapeutique. Ceci passe nécessairement par des temps de rencontre, d'échange et réflexion.

- Soirées théâtre forum « Maladies chroniques & Education Thérapeutique du Patient ».
- Une session de formation Education Thérapeutique du Patient (ETP) 40h00 est organisée en présentiel sur Orléans. Cette formation pluri professionnelle et intersectorielle est ouverte à tous les professionnels souhaitant s'impliquer dans les programmes d'ETP ou souhaitant développer des compétences pour accompagner les personnes vivant avec une maladie chronique.
- Organisation d'un rallye virtuel ETP.
 - ✓ Les objectifs spécifiques sont : présenter l'Education Thérapeutique du Patient et ses valeurs
 - ✓ Les objectifs spécifiques sont :
 - Présenter l'Education Thérapeutique du Patient et ses valeurs
 - Valoriser les professionnels du territoire impliqués dans l'ETP.
 - Favoriser la dimension multidisciplinaire et intersectorielle de l'ETP.
 - Améliorer la visibilité des dispositifs départementaux.
 - Passer un moment agréable en équipe en résolvant de nombreuses énigmes
 - Utiliser le virtuel pour améliorer l'accessibilité à un évènement départemental.

Chapitre : 17 – L'utilisateur, acteur de sa santé

Objectif opérationnel n° 35 - Améliorer la coordination des politiques en faveur des aidants sur chaque territoire de santé

1. Analyse de la mise en œuvre de l'objectif opérationnel

• En quoi avons-nous progressé vers l'atteinte de l'objectif ?

Objectif prévu : 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

Sur la base d'un état des lieux réalisé par le CREAI⁴, des répertoires départementaux (Cher, Eure-et-Loir, Indre-et-Loire, Loiret et Loir-et-Cher) ont été réalisés et diffusés, permettant aux acteurs de chacun des départements de connaître les dispositifs existants. Le répertoire pour l'Indre n'ayant pas été validé par le Département celui-ci n'a pas été diffusé. Leur mise à jour devait être prévue via un répertoire informatique partagé ; cet objectif devrait se concrétiser via le site Maboussoleaidant.fr

Objectif prévu : Mettre en place une coordination des interventions en faveur des aidants.

Un accompagnement a été mis en place par le CREAI auprès des acteurs du Loir-et-Cher en lien avec la Délégation Départementale ARS. Ce travail a été débuté en Indre-et-Loire mais stoppé du fait de la crise sanitaire. L'objectif était de modéliser la mise en place d'une organisation partenariale au sein d'un département.

Des éléments détaillés complémentaires sur Maboussoleaidants.fr figurent par ailleurs dans la fiche bilan n°36.

• Où en sommes-nous dans la mise en œuvre des actions prévues ?

Action prévue 1 : Recenser et cartographier les dispositifs existants proposant des actions d'aide aux aidants.

Réalisé :

* Plusieurs études ont été réalisées en vue de recenser les dispositifs existants. L'ARS a sollicité le CREAI pour la réalisation de ces études :

- *Etude sur les dispositifs d'aide aux aidants (2018-2019)*

Repérer et valoriser les dispositifs existants en région, enrichir les connaissances sur les aidants non professionnels, soutenir la participation des personnes en situation de vulnérabilité et de leurs aidants et valoriser les bonnes pratiques professionnelles.

- *Etude sur l'hébergement temporaire en établissement pour les personnes âgées (2019)*

Connaitre plus précisément l'utilisation des places d'hébergement temporaire en établissement d'hébergement pour personnes âgées.

- *Etude sur les plateformes d'accompagnement et de répit (2020-2021)*

Analyser le fonctionnement des plateformes d'accompagnement et de répit (PFR) de la région.

⁴ Etude CREAI réalisée en 2019 ([Etudes réalisées - CREAI Centre](#)) et [Des guides départementaux sur l'Aide aux aidants - CREAI Centre](#)

Action prévue 2 : Capitaliser en promouvant les expérimentations innovantes qui ont fait la preuve de leur efficacité et les diffuser.

Réalisé :

* Développement d'accueils de répit week-end pour enfants en situation de handicap.

Ce dispositif ayant été initié au cours de la crise sanitaire et les résultats ayant été très positifs, un appel à candidature pour son déploiement dans tous les départements a été lancé en 2021. 11 dispositifs de ce type ont été mis en place dans 5 des 6 départements de la région.

* L'association JADE (Jeunes AiDants Ensemble) accompagne des associations pour mettre en œuvre des ateliers pilotes permettant d'accompagner 24 enfants sur 1 an (2 groupes de 12 : 1 pour les petits 6-10 ans et 1 pour les plus grands). Il s'agit de proposer des temps de répit 2 fois pendant une semaine de vacances (durant les vacances scolaires) afin de monter un projet artistique et permettre aux jeunes aidants de souffler et de s'exprimer dans un cadre bien organisé ayant fait l'objet d'une évaluation universitaire.

Devant les résultats très positifs de ce projet développé dans quelques départements sur le territoire national, l'ARS a souhaité le déployer dans chaque département de la région et y apporter un financement dédié.

Il s'est ainsi mis en place en Eure-et-Loir (Familles rurales 28), dans le Loiret (ADAPEI 45) et en Indre-et-Loire (Enfance et Pluriel) et est en cours de mise en œuvre dans le Cher (PEP18).

Action prévue 3 : 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).

Réalisé :

La stratégie régionale reste à formaliser. Deux études réalisées en 2021 par le CREA et l'ERVMA peuvent y contribuer.

Une enveloppe financière a été dégagée permettant de lancer un AMI ou AAC pour accompagner la mise en place d'actions complétant celles déjà existantes sur le territoire et répondant aux objectifs prioritaires de cette stratégie.

- **Quels sont les facteurs encourageants/ les difficultés rencontrées ?**

Une stratégie globale reste à formuler.

2. Réalisation d'actions

Faits marquants :

- Mise en place du dispositif JADE d'aide aux jeunes aidants dans 4 départements de la région
- Dispositif de répit week-end pour des enfants en situation de handicap dans 5 départements de la région

3. Indicateurs d'évaluation

N°	Intitulé indicateur d'impact	Valeur initiale 2016	Valeur cible à 5 ans	Valeur actuelle /la plus récente connue
1	Cartographie disponible avec un programme de communication pour toutes les politiques publiques	0	1	-études Creai réalisées -répertoires départementaux
2	Nombre de programmes d'action coordonnés qui ont été réalisés	0	100%	Une stratégie régionale reste à formaliser ; plusieurs actions réalisées

4. Bilan/tendance de la réalisation de l'objectif dans les départements de la région

Des actions en faveur des aidants ont été menées en région et un état des lieux a été réalisé ; l'objectif reste de structurer une stratégie régionale élaborée avec les différents acteurs concernés en vue de dégager des axes prioritaires pour la région.

5. Exemples d'actions en départements

Eure-et-Loir :

- Le salon des aidants le 7 décembre 2021 à Vernouillet.
- Le salon 2022 est prévu à Châteaudun.

Eléments complémentaires dans la fiche n°36

Chapitre : 17 – L’usager, acteur de sa santé

Objectif opérationnel n° 36 - Développer une offre territorialisée pour le soutien et l’accompagnement des aidants

1. Analyse de la mise en œuvre de l’objectif opérationnel

En quoi avons-nous progressé vers l’atteinte de l’objectif ?

L’identification des dispositifs est effective grâce au travail d’état des lieux régional et départemental qu’a réalisé le CREAI.

Afin de renforcer une meilleure connaissance des dispositifs par les aidants, des contacts ont été pris avec les gestionnaires de la plateforme « Maboussoleaidant.fr », service digital cartographiant tous les dispositifs disponibles et pouvant être mis à jour régulièrement.

Objectif prévu : Renforcer le repérage des aidants en difficultés afin d’éviter les situations d’essoufflement et de rupture

Cet objectif n’est pas atteint. Des actions sont envisagées et ont été inscrites dans le cadre du projet de déploiement d’ICOPE par l’ERVMA ; en effet dans le cadre du dépistage de la perte d’autonomie des personnes âgées l’ERVMA a pour ambition de repérer les aidants de ces personnes et leur état de santé afin de détecter ou anticiper toute défaillance de cet aidant.

Où en sommes-nous dans la mise en œuvre des actions prévues ?

- Action prévue: Mieux informer les aidants : assurer l’accessibilité à une information adaptée, centralisée et fiable.

Réalisé :

Cette action n’a pas été réalisée.

Elle est à prévoir dans le cadre de l’intégration des annuaires départementaux réalisés par le CREAI dans la plateforme internet « Maboussoleaidant.fr » puis communication auprès du public de cette plateforme accessible et régulièrement mise à jour. Ma boussole aidant est un site digital qui centralise l’accès aux informations et aides disponibles en proximité pour les aidants et leurs proches. C’est une base de données qui recense et géolocalise tous les dispositifs par typologie d’offre d’accompagnement dans les territoires. Ce projet d’annuaire Web déjà utilisé par certaines ARS et Départements a été initié par les Comités d’action sociale d’AGIRC-ARRC puis s’est créée une société coopérative d’intérêt collectif.

- Action prévue : Mieux repérer les aidants : assurer le repérage des aidants en difficultés et évaluer leurs besoins pour leur proposer les accompagnements adaptés.

Action non réalisée

- Action prévue Proposer une palette de réponses aux besoins des aidants sur chaque territoire de santé : prévention, soutien social et/ou moral, formation, accès aux loisirs et à la vie sociale, services de relais et de répit

Réalisé :

- **Prévention** (bilan de santé entre autre) : non réalisé mais projet en vue en lien avec l'ERVMA.

- **Formation** : Dans le cadre de la mesure 50 du Plan Maladies Neurodégénératives, des actions de formation ou d'information / sensibilisation aux aidants ont été financées suite à un appel à candidature en 2019. Des actions ont ainsi été menées dans les départements 28, 36, 41 et 45 en faveur d'aidants auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, Parkinson ou de SEP.

- **Accès aux loisirs et à la vie sociale** :

* Programme JADE (Jeunes Aidants Ensemble). L'association JADE accompagne une association (pas forcément un ESMS), pour mettre en œuvre des ateliers pilotes permettant d'accompagner 24 enfants sur 1 an (2 groupes de 12, 1 pour les petits 6-10 ans et 1 pour les plus grands). Il s'agit de proposer des temps de répit 2 fois pendant une semaine de vacances (durant les vacances scolaires) afin de monter un projet artistique et permettre aux jeunes aidants de souffler et de s'exprimer dans un cadre bien organisé ayant fait l'objet d'une évaluation universitaire.

Ce dispositif a été mis en place dans les départements 28, 37 et 45 et est en cours de mise en œuvre dans le 18.

* Des actions de soutien psycho-social individuel ou collectif ont été financées en 2019 dans le cadre de la mesure 50 du Plan Maladies Neurodégénératives. Ces actions ont été menées dans la majorité des départements de la région en faveur d'aidants auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, Parkinson ou de SEP.

- **Services de relais ou répit** :

* 11 plateformes de répit sont réparties sur le territoire régional (2 par département sauf dans l'Indre, 1 seule plateforme).

* 133 établissements pour personnes âgées (132 EHPAD soit 42% des EHPAD et 1 structure autonome) offrent un hébergement temporaire pour une capacité de 617 places. Au regard de la population concernée, le nombre de places en EHPAD est de 4,9 pour 1 000 habitants de GIR 1 à 4 en région contre 5.4 au niveau national. Ce taux varie par ailleurs de 2 seulement en Indre-et-Loire à 7.3 dans le Loir-et-Cher.

* 27 places déployées dans le cadre du dispositif d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation ou en cas de défaillance soudaine de l'aidant (18 : 4 places -28 : 5 places -36 : 4 places - 37 : 7 places - 41 : 2 places - 45 : 5 places). Ce dispositif, créé sur des places d'hébergement temporaire existantes, offre la possibilité pour les personnes âgées de 60 ans et plus d'un hébergement temporaire sécurisant pour une durée maximale de 30 jours avec un reste à charge limité à 20 € pour le résident. 5 places restent à déployer (3 dans le Loir-et-Cher et 2 dans le Loiret)

* 55 accueils de jour pour personnes âgées sont installés en région (44 en EHPAD et 11 autonomes) qui offrent une capacité totale de 573 places dont 372 en EHPAD. Le taux d'équipement moyen en EHPAD en région est de 3.4‰ personnes de GIR 1 à 4 contre 5‰ au niveau national. La région est donc sous-équipée Ce taux varie de 2.1 en Indre-et-Loire à 4.9 dans le Cher.

* Dans le cadre de l'AMI lancé en 2019 relatif à la transformation de l'offre médico-sociale, des projets en faveur des aidants ont été financés. Leur mise en œuvre s'est vue décalée du fait de la crise sanitaire.

➤ En Indre-et-Loire :

« **Plateforme de répit** ». La plateforme Parent'ailles, ouverte en janvier 2020, porte différents projets : JADe (accueil de jeunes aidants de personnes handicapées), WE répit (ex : accueil d'enfants avec autisme), Souffle DEL... Dans le cadre de la stratégie de déconfinement, en 2020, le projet Souffle DEL a proposé 2 modalités d'accompagnement : Accueil de Loisirs Sans Hébergement et du service de relaiage à domicile adossé, qui a permis l'accueil de 11 enfants en 2020. Des crédits ont été apportés à hauteur de 164 K€.

Pour permettre le déploiement du relaiage, c'est-à-dire d'une offre de répit pour l'aidant grâce à la venue au domicile d'une personne en soutien pour une période allant jusqu'à 6 jours, sans besoin de se déplacer, le modèle économique reste à trouver.

➤ Dans le Loiret :

Une « **équipe ressource famille** » a été intégrée à la fonction ressource du DAME de Gien. Les moyens attribués à titre reconductible (75 774€) permettent le financement de 2 ETP d'éducatrices spécialisées. L'activité a démarré au 01/01/2020 avec pour objectif d'accompagner les familles pour les enfants qui sont en attente d'accompagnement et sur liste d'attente (écoute, soutien administratif, soutien fonction parentale en rapport avec le handicap, recherche solution en lien avec les acteurs de droit commun...). 68 familles ont été accompagnées en 2020 et 48 en 2021.

➤ Dans le Loir-et-Cher :

« **Passerelle : 12 mois pour une solution** » : Mis en place depuis avril 2020, l'objectif de ce dispositif est d'étayer ponctuellement sur quelques mois des situations rencontrées par les enfants (5 à 8 ans) et leurs familles cumulant plusieurs vulnérabilités conjoncturelles s'additionnant avec les vulnérabilités structurelles liées à l'autisme, handicap invisible et complexe. Les missions de ce dispositif sont :

- Appui aux parents sur la construction d'un plan de transition de parcours à court /moyen terme ;
- Prestation de consolidation des acquis et de stimulation à domicile et à l'école pour l'enfant ;
- Accueil de répit à destination des familles à travers un accueil séquentiel et temporaire sur site (8 à 12 h possibles par semaine).

La file active est de 6 enfants qui tous sont dans l'attente d'une place en ESMS.

2. Quels sont les facteurs encourageants/ les difficultés rencontrées ?

La principale difficulté est le retard dans la rédaction d'une stratégie régionale en faveur des aidants. Toutefois, l'état des lieux a été réalisé et des actions innovantes ont pu être financées.

3. Réalisation d'actions

Faits marquants :

- Une bonne couverture territoriale des plateformes de répit
- Un dispositif JADE qui répond à un vrai besoin des jeunes aidants

4. Bilan/tendance de la réalisation de l'objectif dans les départements de la région

Des actions en faveur des aidants ont été menées en région et un état des lieux a été réalisé ; l'objectif reste de structurer une stratégie régionale élaborée avec les différents acteurs concernés en vue de dégager des axes prioritaires pour la région.

5. Quelques exemples d'actions / chiffres clés dans les départements

Cher :

- Mise en place d'UEE dans tous les DAME du département.

Eure-et-Loir :

- Actions de la conférence des financeurs 2021
 - ✓ HappyVisio ; les web conférences en faveur du bien vieillir (intègrent le soutien des proches aidants).
 - ✓ Vie d'aidant, vie sociale (AUXI'LIFE 45) -> atelier en faveur des proches aidants / Prévention de l'isolement social, promotion de la bienveillance (3 groupes / ateliers encadrés par une psychologue)
 - ✓ Actions de soutien aux proches aidants des PA -> Accueil de jour Azalée CH Dreux (Ateliers avec 4 thématiques distinctes)
 - ✓ Le café des aidants / Fédération Familles Rurales 28 -> Espaces d'informations et d'échanges (1 fois par mois sur 3 sites géographiques distincts).
 - ✓ Les bien-être chez les aidants / Fédération Familles Rurales 28 -> Ateliers « lâcher prise »
 - ✓ Activité physique aidants/aidés / Fédération Familles Rurales 28 -> Ateliers de sport adapté
 - ✓ Gym aidant aidé / Siel Bleu -> Ateliers de sport adapté
 - ✓ La santé des aidants, parlons-en ! / Mutualité Française Centre-Val de Loire -> Atelier prévention isolement social / Atelier répit
 - ✓ « Vie aidant, vie sociale » / SADS Auxilife -> atelier bien être et estime de soi
 - ✓ « un si bel automne » / Théâtre du Chaos -> représentation théâtrale interactive et participative (avec débat) / rompre l'isolement (à destination des proches-aidants)

Loir-et-Cher :

- la formalisation d'un référentiel aidants piloté par le CD
- une prise en compte de la dimension aidants par la conférence des financeurs (financement d'actions spécifiques et/ou aidants/aidés)
- des formations (autisme...)
- le financement de places spécifiques d'AJ/HT et une plateforme de répit à Vineuil (Blois)

- Enfin, l'inscription d'un axe spécifique aidant dans le schéma autonomie du CD : « AXE 3 ACCOMPAGNER LES AIDANTS ET LES PROFESSIONNELS »

- Le soutien aux aidants reconnu par la loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement est une des actions du schéma concrétisées par :
 - a. Le soutien à la mise en place de deux plateformes de répit (Vendôme et Blois). Le département a soutenu les projets auprès de l'Agence régionale de santé du Centre-Val de Loire. Aussi la plateforme de répit sur Vendôme a ouvert en 2013 et celle de Blois en 2018.
 - b. Le soutien de projets d'accompagnement des aidants : • Financement de 2 cases manager pour le Loir-et-Cher. Ce dispositif d'accompagnement des aidants pour les personnes âgées est piloté par la Mutualité Française – Centre-Val de Loire. •

Accompagnement des aidants à la fin de vie et au deuil : JALMALV 41 « jusqu'à la mort accompagner la vie ». Cette association bénéficie d'une subvention du conseil départemental.

- c. Le développement de solutions de répit proposant un accompagnement par des professionnels formés pour l'aide. Cet accompagnement a été renforcé par la création de places : • 3 places d'hébergement temporaire dont 1 d'urgence à l'EHPAD de Salbris à compter du 1er septembre 2015, • 10 places d'accueil de jour au Centre Hospitalier de Romorantin-Lanthenay à compter du 12 mai 2014, • 2 places d'accueil de jour gérées par le CIAS du Blaisois à compter du 1er novembre 2014, • 3 places d'accueil de jour gérées par le CH de Saint-Aignan-sur-Cher à compter du 1er janvier 2015 par regroupement des places avec le CH de Montrichard

Indre-et-Loire :

- AMI sur la thématique répit (2019) - secteur PH
- Financement d'actions d'appui à la parentalité (ex : pour les parents d'enfants en situation de handicap)
- Financement de formation des aidants
- Plateformes de répit, weekends de répit
 - Ex : Vacances répit familles : Fondettes : EHPAD de 26 places accueillant des couples aidants/aidés, dispositif à vocation nationale (Ile-de-France 1ère région d'origine)
 - Points forts : accompagnement aux actes de la vie quotidienne et aux soins (nursing, repas, soins infirmiers, séances de kinésithérapie et d'orthophonie...), proposition d'animations diverses, variées, et à la portée de tous. Présence d'une psychologue pour l'animation d'un groupe de parole pour les aidants
 - Points faibles : structure déficitaire compte tenu de l'activité cyclique, à retravailler
- Voyages aidants/aidés porté par l'accueil de jour AGEVIE (Financés par AG2R ; 14 couples sont partis en 2018)
- Accueils de jour itinérants (Agevie, Relais Cajou et GCMS Confluence)
- Renforcement de places d'hébergement temporaire : 2 EHPAD dédiés à l'hébergement temporaire (Relais Sépia de 22 places chacun à Savigné / Lathan et Descartes + 1 à Amboise à venir) + places rattachées à des EHPAD, soit un total de 120 places. Un projet d'une place d'hébergement de nuit en EHPAD
- Des projets soutenus par la conférence des financeurs :
 - En 2021 rencontres entre-aidants (projet porté par l'ASSAD), actions portées par les PFR (formation, groupe de pair aide par exemple)
 - En 2022 perspective avec les cafés des aidants portés par Familles Rurales
- Intégration de la dimension des aidants dans CPOM SPASAD, pour repérer les besoins des aidants des personnes accompagnées
- Matinée d'échanges et de réflexion 24 mars 2022 « La place des professionnels dans la relation aidants – aidé » organisée par l'ARCG (réseau de consultants en gérontologie et AGEVIE)
- Etude qualitative réalisée par le Conseil départemental de l'Indre-et-Loire auprès d'aidants familiaux de personnes âgées et de personnes handicapées vivant à domicile



Parcours spécifiques

Parcours « PERSONNES AGEES »

Objectif opérationnel n°37 : Repérer de façon précoce les personnes âgées fragiles afin d'éviter ou retarder la perte d'autonomie

1. Analyse de la mise en œuvre de l'objectif opérationnel

Développer le repérage de la fragilité

Dans le but de structurer un programme d'actions en faveur de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées de la région, l'ARS finance depuis 2019 à hauteur de 250 000€ par an une Equipe Régionale Vieillesse et Maintien de l'Autonomie (ERVMA) basée au CHRU de Tours. Cette équipe a pour objectif de renforcer les synergies entre les acteurs et professionnels des territoires de la région et de coordonner les actions en faveur de la prévention de la perte d'autonomie.

L'ERVMA est très investie dans la démarche ICOPE. L'ARS soutient fortement ce projet retenu par le Ministère dans le cadre d'une expérimentation nationale. L'expérimentation est portée par sur 2 territoires : CPTS ô'Tours (37) et la Salamandre (41).

Consolider les modalités d'accès à un médecin traitant

L'accès à la télémédecine a été facilité durant la crise sanitaire et chaque EHPAD a pu avoir accès à une solution. Un travail est en cours pour préciser l'attente des EHPAD et définir les besoins précis qui permettront aux EHPAD d'avoir accès à une base formalisée pour faire appel à un médecin en téléconsultation.

L'appui des établissements de santé aux EHPAD :

- La crise sanitaire a accéléré la mise en œuvre d'astreintes gériatriques qui contribuent à l'amélioration de la prise en charge des résidents en EHPAD.
- Intervention des équipes mobiles de gériatrie sur les lieux de vie des personnes âgées (EMG extra- hospitalière en Indre-et-Loire dans le cadre de l'expérimentation PAERPA et en projet dans d'autres départements notamment en Loir-et-Cher). Le cadre d'orientation paru le 19/11/2021 va permettre la généralisation de l'activité extrahospitalière de ces équipes. Des crédits supplémentaires ont été accordés aux EMG existantes afin de développer ce type d'intervention.
- Projet en cours de constitution d'un annuaire de télé experts en gériatrie (une trentaine de médecins volontaires) dédié, entre autres, aux médecins coordonnateurs en EHPAD.

Développer le recours à l'expertise géro-psycho-psychiatrique pour le repérage et la prise en charge de la dépression du sujet âgé et des troubles psycho-comportementaux liés ou non à des maladies neurodégénératives

- 5 UHR supplémentaires ont été créées depuis 2018 avec à terme pour 2022, 2 à 3 UHR par département, portant le nombre total à 13 pour la région.
- Un SSIAD pour la prise en charge des personnes atteintes de Parkinson est déployé dans le Loiret.
- Une équipe mobile en géro-psy est déployée dans le Loiret.
- Des actions de prévention des troubles psycho-comportementaux et de la dépression ont été soutenues dans le cadre de concertations avec les conférences des financeurs.

Renforcer les stratégies de lutte contre les facteurs d'hospitalisation ou de réhospitalisation évitables, prévention des chutes et de la iatrogénie médicamenteuse

- Des actions de prévention ont été soutenues dans le cadre de concertations avec les conférences des financeurs ;
- Le dispositif « RESTER DEBOUT » financé depuis 2020 vise à prévenir les chutes. Il couvre 3 territoires du Loir-et-Cher (10 EHPAD) dont la coordination est assurée par le GCSMS SEPIA 41. Ce dispositif est innovant dans sa conception et son périmètre. Il associe un binôme enseignant en activité physique adaptée / psychomotricien. Les ateliers associent l'activité physique adaptée, la prévention des chutes, le bien-être et l'estime de soi. Ils s'adressent à tous les résidents des 10 EHPAD via des ateliers individuels ou collectifs sur la mobilité. L'élargissement aux personnes âgées à domicile est envisagé pour 2022. Démarches de coopération et organisation des modalités de sortie.

Développement du parcours d'admission directe non programmée des personnes âgées de 75 ans et plus :

Ces parcours d'admissions directes sont en cours de construction. Des crédits spécifiques (AC MCO) ont été accordés aux GHT pour la construction de ces parcours dans le cadre de la mesure 5 du pacte de refondation des urgences. Un dispositif est déjà fonctionnel en Indre-et-Loire : PAD'âge 37.

L'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation a été mis en œuvre.

- 27 places d'hébergement temporaire sont dédiées aux sorties d'hospitalisation ou à la carence soudaine d'un aidant. Elles permettent d'organiser le retour à domicile en mettant en place l'accompagnement et/ou les travaux nécessaires au maintien à domicile.
- Durant la crise sanitaire, un dispositif spécifique a été mise en place par l'assurance maladie limitant le reste à charge en hébergement temporaire des personnes âgées en sortir d'hospitalisation pour cause de Covid.

Concertation et recherche de complémentarité des politiques et des financements d'actions de prévention de perte d'autonomie : les conférences des financeurs sont le cadre d'une concertation entre les opérateurs de financement des actions de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées. Ainsi en 2020 et 2021 les financements des conférences des financeurs ont été complétés de financements de l'ARS sur des actions en complémentarité ou pour prendre en compte des volets non financés par les conférences des financeurs (investissement).

Le conventionnement avec l'ERVMA devra permettre de structurer le repérage de la fragilité et d'optimiser et structurer les filières gériatriques et le parcours de la personne âgée (soin et accompagnement).

La concertation des actions de prévention est recherchée via les conférences des financeurs et à poursuivre dans le prochain PRS.

Un projet d'organisation permettant la prévention de la perte d'autonomie et son accompagnement chez les personnes âgées est constitué en Loir-et-Cher. Cette organisation territoriale s'inscrit dans une dynamique de mobilisation de l'offre existante par des interventions adaptées et coordonnées ; ce dispositif répond au contexte du vieillissement de la population en proposant un projet d'organisation permettant la prévention de la perte d'autonomie et son accompagnement chez les personnes âgées en Loir-et-Cher.

Une action coordonnée se développe avec les conseils départementaux et se structure dans le cadre des conférences des financeurs pour accompagner de manière concertée les actions de prévention de la perte d'autonomie portées par des EHPAD ou d'autres prestataires pour les personnes âgées à domicile.

L'ARS a conventionné avec l'ERVMA, avec pour objectif de renforcer les synergies entre les acteurs et professionnels des territoires de la région et de coordonner les actions en faveur de la prévention de la perte d'autonomie.

L'ERVMA est très investie dans la démarche ICOPE ; elle a d'ailleurs déposé un dossier de candidature dans le cadre de l'AMI ICOPE.

Le déploiement des EHPAD/centres de ressources offrira une réponse structurée à la prise en charge des PA sur la globalité de leur parcours.

2. Réalisation d'actions

a) Faits marquants :

Evaluations et expertises gériatriques

- Expérimentation d'un outil de repérage et de sensibilisation : programme ICOPE sur un territoire d'Indre-et-Loire (CPTS O'TOURS) dans la perspective de réponse à un AMI national
- Evaluations gériatriques : Intervention des équipes mobiles de gériatrie sur les lieux de vie des personnes âgées (EMG extrahospitalière en Indre-et-Loire dans le cadre de l'expérimentation PAERPA et en projet dans d'autres départements notamment en Loir-et-Cher)
- Une astreinte gériatrique dans chaque département a été mise en œuvre avec l'appui des centres hospitaliers supports de GHT permettant ainsi d'organiser l'expertise gériatrique en réponse aux sollicitations des EHPAD

Actions de prévention de perte d'autonomie et repérage de la fragilité

- Financement d'actions de prévention en concertation avec les conférences des financeurs
- Dispositif PARCOURS regroupant 11 EHPAD sur 5 territoires porté par le GCSMS SEPIA 41 qui vise à prévenir la perte d'autonomie, construire des parcours de vie adaptés, former et soutenir les aidants pour favoriser le maintien à domicile

- Dispositif RED (rester debout) porté par le GCSMS SEPIA 41 : programme de prévention des chutes en EHPAD mutualisé sur 10 établissements, prochainement ouvert aux personnes âgées à domicile

b) Chiffres clés :

- DAC installés et en fonctionnement avec des niveaux de maturité des DAC hétérogènes
- 8 astreintes gériatriques couvrant les 6 départements

3. Indicateurs d'évaluation

N°	Intitulé indicateur d'impact	Valeur initiale 2016	Valeur cible à 5 ans	Valeur actuelle /la plus récente connue
1	Taux d'hospitalisation directe des 75 ans et plus en médecine gériatrique, sans passage par les services d'urgences	27%	50%	23,4% en 2021
2	Taux de réhospitalisation à 30 jours des personnes âgées de 75 ans et plus en médecine et chirurgie pour le même motif (indicateur HAS)	17,1%	16%	16,06%
3	Prévalence de poly médication 3 délivrances au moins pour 10 molécules sur une année chez les personnes âgées de 75 ans et plus	Indicateurs neutralisés	Indicateurs neutralisés	Indicateurs neutralisés

4. Bilan/tendance de la réalisation de l'objectif dans les départements de la région

Le repérage des fragilités est la première étape du parcours et doit permettre de prévenir l'entrée dans la dépendance. La sensibilisation, la mobilisation et la coordination de l'ensemble des acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires sont un élément clé pour une action en amont de la perte d'autonomie et doivent être développés. Des avancées sont apparues dans la coordination entre établissements et l'appui apporté aux professionnels. La crise sanitaire a sollicité des modes de coopération spontanés et simplifiés et a facilité l'ouverture des établissements vers l'extérieur, permettant une organisation dans la prise en charge visant à une meilleure réponse aux besoins des personnes âgées.

L'action de l'ERVMA va permettre de mesurer les effets de ICOPE avant une généralisation sur la région.

Le repérage s'accompagne des actions de prévention dans ses autres composantes. La concertation avec les conférences de financeurs est engagée et une cartographie des actions est à élaborer pour la rendre visible et accessible.

5. Conclusion et commentaires

a) Dans le futur schéma régional, cet objectif serait à modifier :

Une fiche globale « parcours PA » doit intégrer le repérage de la fragilité, avec les autres composantes de la prévention de la perte d'autonomie. Cette fiche conservera l'objectif du repérage des fragilités. Elle abordera le parcours PA dans sa globalité.

b) Commentaires :

Généraliser, dans une stratégie régionale, l'action sur le repérage des fragilités via ICOPE sur la base de l'évaluation et de l'expression des faits probants de l'expérimentation en cours sur le 37.

Evaluer les dispositifs de prévention mis en place et exprimer les faits probants.

Communiquer sur ces derniers pour déployer plus en amont les dispositifs efficaces et permettre la généralisation d'actions probantes de prévention, favoriser l'inclusion, permettant le maintien du lien social, facteur prévenant la perte d'autonomie.

Développer la culture gériatrique et le recours à l'expertise gériatrique.

6. Quelques exemples d'actions / chiffres clés dans les départements

Cher :

- Le DAC du Cher a été mis en place au 01/01/2021. Il est porté par l'association Appui Santé Berry. La finalité est d'apporter une réponse globale et coordonnée face à une situation complexe.
- L'EMGT (Equipe Mobile Gérontologique de Territoire) est portée par le GHT du Cher depuis avril 2018. Cette équipe intervient à domicile afin d'effectuer un repérage des fragilités. Depuis le début de l'activité, 680 évaluations à domicile ont eu lieu (au 31/12/2020).
- Dépistage bucco-dentaire. Ce projet porté par le GHT et financé au titre de l'article 51 a pour but de permettre une meilleure accessibilité aux soins dentaires, une sensibilisation à une bonne hygiène bucco-dentaire par le dépistage, et le télédiagnostic des problèmes bucco-dentaires des résidents des EHPAD, MAS/FAM. Au 31/12/2021, 1527 personnes de 19 structures ont bénéficié d'un dépistage.
- Astreinte gériatrique. L'ensemble du territoire est couvert par une astreinte gériatrique.
- Projet YATRO. Le GHT 18 a déployé en mars 2021 le projet YATRO. Un gériatre et un pharmacien analysent les ordonnances des résidents des 10 EHPAD du GHT 18. Des recommandations sont ensuite transmises aux médecins prescripteurs des structures afin de prévenir les risques de iatrogénie. Depuis mars 2021, 440 ordonnances ont été étudiées au sein de 5 des 10 EHPAD du GHT18. 67 réévaluations ont d'ores déjà été menées.
- Projet Nutripad. Construction d'un programme partagé et coordonné d'actions de prévention de la dénutrition des personnes âgées hébergées dans les EHPAD publics du Cher : un enjeu de santé, de qualité de vie et de bien-être au quotidien.

Eure-et-Loir :

- AAC conjoint sur la Conférence des Financeurs sur la Prévention de la Perte d'Autonomie (CFPPA) + enveloppe ARS sur la prévention de la perte d'autonomie en EHPAD

- Ecueil sur l'évaluation globale des résultats sur les actions financées dans le cadre de la PPA
- Le salon des aidants (2nde édition cette année à la salle Agora de Vernouillet)
- L'annuaire des dispositifs, services et structures d'aide aux aidants (mis à jour annuellement)
- Des visites d'évaluation d'ergothérapie à domicile dans le cadre des actions financées par la CFPPA / Ecueil -> un besoin saillant de technicothèque
- Le DAC de l'Indre a été mis en place et est porté par l'association Appui Santé Berry. La finalité est d'apporter une réponse globale et coordonnée face à une situation complexe.
- AAC avec instruction par la Conférence des Financeurs sur la Prévention de la Perte d'Autonomie a permis le financement de nombreux projets sur plusieurs établissements.

Indre :

- Mise en place d'UEE dans tous les DAME du département.

Indre-et-Loire :

- Projet innovant de l'EHPAD La Thibaudière PA Alzheimer et PHV ayant des troubles cognitifs

Parcours « HANDICAP »

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

1. Analyse de la mise en œuvre de l'objectif opérationnel

La scolarisation des enfants en situation de handicap est un enjeu prioritaire pour l'ARS Centre-Val de Loire.

Depuis la loi du 11/02/2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation à la citoyenneté des personnes handicapées s'inscrit dans une logique de transformation de l'offre médico-sociale pour permettre l'inclusion des personnes en situation de handicap dans la cité.

La scolarisation des enfants en situation de handicap ne se fait plus seulement au sein des établissements médico-sociaux par la mise à disposition des enseignants et enseignantes de l'Education nationale dans les unités d'enseignement internes, mais elle doit permettre également la scolarisation des jeunes accompagnés à l'extérieur de ces structures, « dans les murs de l'école ».

Le partenariat étroit mené entre les services de l'Education nationale en charge de la scolarisation des élèves handicapés et l'ARS a créé un dynamisme sur les territoires afin de soutenir pleinement l'école inclusive.

Dans le champ de la petite enfance PH :

La mise en place des plateformes de coordination et d'orientation (PCO) dans tous les départements permet un meilleur repérage et une meilleure prise en compte des troubles du neuro-développement. Cette prise en compte précoce va limiter l'impact des troubles et favoriser les capacités d'inclusion des enfants en situation de handicap.

Dans le champ de l'enfance :

La transformation de l'offre est engagée et le fonctionnement en dispositif favorise l'adaptation des réponses au plus près des besoins.

L'ensemble des ITEP est passé en dispositif DITEP.

En ce qui concerne les IME et SESSAD de la région, 19 Dispositifs d'Accompagnement Médico-Educatifs (DAME), permettent aux enfants d'accéder à une passerelle : établissement spécialisé et accompagnement en milieu ordinaire.

Les dispositifs de scolarité se sont ainsi multipliés et la région Centre-Val de Loire ne compte pas moins de 110 dispositifs inclusifs (JEE, UEEA, UEMA, DAR...)

Par ailleurs, chaque département bénéficie d'une équipe mobile d'appui à la scolarisation proposant des prestations d'appui aux professionnels de l'Education nationale afin de mieux cerner compétences et difficultés des enfants et ainsi soutenir leur inclusion en école ordinaire.

2. Réalisation d'actions

a) Faits marquants :

1/ Programmation des ouvertures d'Unités d'Enseignement dans le milieu ordinaire

Evolution de l'offre en Ecole Inclusive pour les enfants avec autisme :

	UEMA (7 enfants/classe)			UEEA (10 enfants/classe)			DAR
18	1	2016 2022	Bourges Projet	Indicateurs neutralisés	Indicateurs neutralisés	Indicateurs neutralisés	Septembre 2021
28	1 1	2016 2020	Chartres Illiers Combray	Indicateurs neutralisés	Indicateurs neutralisés	Indicateurs neutralisés	Indicateurs neutralisés
36	1	2016	Châteauroux	1	2020	Châteauroux	Indicateurs neutralisés
37	1 1 1	2015 2020 2021	Tours Nazelles Négron Joué les Tours	1	2021	Fondettes	Indicateurs neutralisés
41	1 1	2015 2021	Blois Naveil	Indicateurs neutralisés	Indicateurs neutralisés	Indicateurs neutralisés	Mai 2021
45	1 1 1	2015 2019 2020	Boigny sur Bionne Olivet Lorris	1	2022	Projet	Indicateurs neutralisés
Région CVL	12 (+1 projet à la rentrée 2022)			2 (+1 projet à la rentrée 2022)			2

2/ Les Equipes Mobiles d'Appui à la Scolarisation (EMAS)

La finalité des équipes mobiles d'appui est de permettre la prise en compte au plus tôt par la communauté éducative des besoins éducatifs particuliers des élèves en situation de handicap, en permettant aux établissements scolaires et à la communauté éducative, de s'appuyer de manière souple sur l'expertise et les ressources existantes dans les établissements et services médico-sociaux (ESMS).

Le terme « mobilité » désigne ici la capacité des équipes médico-sociales à renforcer leur présence et leurs interventions in situ dans les établissements scolaires.

Constituées d'intervenants médico-sociaux issus d'établissements et services médico-sociaux du territoire concerné, ces équipes mobiles sont créées afin de renforcer l'école inclusive et ses dispositifs. Elles mettent leurs expertises et leurs compétences au service des professionnels de l'Education nationale et de l'enseignement agricole.

Elles constituent une ressource mobilisable par les professionnels de la communauté éducative des établissements scolaires privés ou publics de la maternelle au secondaire pour étayer leurs pratiques. Elles répondent le cas échéant aux besoins de sensibilisation sur les problématiques liées aux handicaps, rencontrées par les professionnels des établissements scolaires.

En région Centre-Val de Loire, une EMAS est mobilisable sur chacun des départements.

3/ Recensement de l'ensemble des dispositifs Ecole Inclusive existant en région Centre-Val de Loire



Cette cartographie a pour objectif de recenser et de repérer sur les territoires l'ensemble des dispositifs (UEMA/UEEA/DAR/DAME/UE Externalisées).

Cela permet également d'observer les éventuelles « zones blanches », et de venir renforcer l'offre le cas échéant.

https://www.google.com/maps/d/edit?hl=fr&mid=1y92zBskpl750_1jSpOUqmjI6dIWJRVI&ll=47.261315098577%2C1.3463599723873232&z=22

b) Chiffres clés :

- 110 dispositifs inclusifs en milieu ordinaire.

3. Indicateurs d'évaluation

N°	Intitulé indicateur d'impact	Valeur initiale 2016	Valeur cible intermédiaire	Valeur cible à 5 ans	Valeur actuelle /la plus récente connue
1	Taux de scolarisation à l'école des enfants accompagnés dans les établissements spécialisés	-	50 % en 2020	80 %	Indicateurs neutralisés

4. Bilan/tendance de la réalisation de l'objectif dans les départements de la région

a) Les places et services en ESMS en région Centre-Val de Loire

En 2021, la région Centre-Val de Loire dispose de **7 421** places pour enfants dont **5 849** places dans **214** établissements et **1 572** places pour **52** services intervenant dans les lieux de vie du jeune (SESSAD). Entre 2020 et 2021, ce sont **88** places d'établissements qui ont été créées.

Les actions de l'ARS Centre-Val de Loire sont encadrées par une **convention en faveur de l'école inclusive** signée entre le Rectorat et l'Agence le 9 septembre 2019, pour une durée de 4 ans.

b) Données relatives à l'École

On a compté 15 274 élèves en situation de handicap en région Centre-Val de Loire à la rentrée 2021 dans les établissements du 1er et du 2nd degré en milieu ordinaire.

↳ Parmi eux,

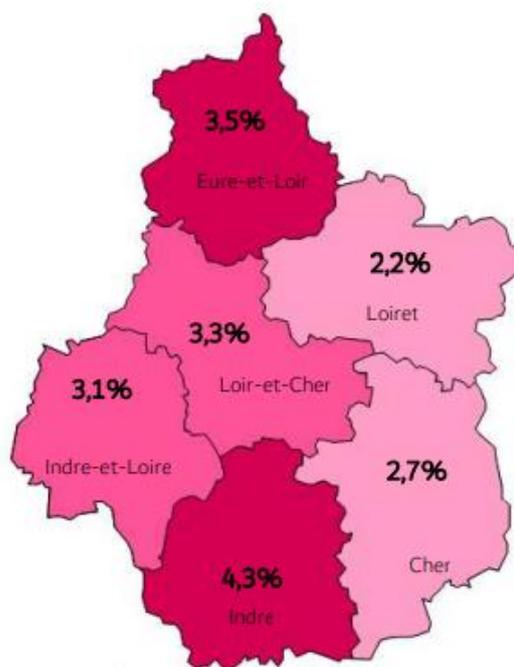
6 800 scolarisés dans des établissements du 1er degré (écoles maternelles et élémentaires)

5 711 dans des établissements du second degré (collèges/lycées/Post Bac).

65 % des élèves sont en inclusion individuelle (classe ordinaire) et 35% sont en inclusion collective (ULIS).

Au total 3,08% des élèves accueillis dans les établissements du 1er et du 2nd degré sont en situation de handicap

PART D'ELEVES EN SITUATION DE HANDICAP PARMIL'ENSEMBLE DES ELEVES



Interprétation :

Plus la couleur du département est foncée, plus la part des élèves en situation de handicap parmi l'ensemble des élèves est importante.

Champ : 1^{er} et 2nd degrés, hors unités d'enseignement spécialisé

Source : Education Nationale, année 2019-2020

c) Scolarisation des enfants dans les Unités d'Enseignement Spécialisé

Certains enfants sont, quant à eux, scolarisés dans des Unités d'Enseignement Spécialisé, qui sont rattachées à des ESMS.

↳ En région Centre-Val de Loire en 2020, ce sont 2 763 élèves qui sont scolarisés en UE internalisée (1er et 2nd degrés).

Effectifs des élèves en situation de handicap scolarisés dans les Unités d'Enseignement Spécialisé							
	18	28	36	37	41	45	Total Académie
Nombre d'enfants qui suivent une scolarité en UE au sein d'un ESMS	296	440	262	692	394	679	2 763

5. Conclusion et commentaires

a) Dans le futur schéma régional, cet objectif serait à modifier :

Il semblerait intéressant de considérer le parcours de l'enfant dans sa globalité afin d'éviter les ruptures.

b) Commentaires :

L'objectif pourrait être plus général autour de **la fluidité des parcours** : à l'école, en formation, dans l'accès à l'emploi, à la vie sociale...

6. Quelques exemples d'actions / chiffres clés dans les départements

Eure-et-Loir :

- Transformation de tous les IME/SESSAD déficience intellectuelle et autisme en DAME (9)
- Mise en place d'UEE dans tous les DAME
- Ouverture d'une seconde UEMA
- Mise en place de l'EMAS

Parcours « HANDICAP »

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

1. Analyse de la mise en œuvre de l'objectif opérationnel

L'ensemble des dispositifs inclusifs participe à l'atteinte de cet objectif. Toutefois ce dernier est très lié à la transformation de l'offre qui est à considérer comme un changement culturel important et donc qui prend du temps.

Cette notion de temporalité est à prendre en compte car elle est nécessaire aux acteurs, aux personnes et à leur famille.

L'objectif prioritaire est de favoriser l'inclusion tout au long de la vie et d'éviter les ruptures de parcours des personnes.

S'agissant de l'accès et du maintien dans l'emploi, la construction d'un parcours professionnel cohérent, fluide, sans rupture et au plus près des souhaits et des capacités de la personne suppose une mobilité favorisée et accompagnée du milieu protégé de travail vers le milieu ordinaire de travail.

Il convient donc de développer les mises en situation professionnelle, de permettre des allers-retours entre ESAT et milieu ordinaire de travail, de promouvoir l'Emploi Accompagné et, plus globalement de soutenir les projets axés sur la transition et l'accompagnement vers le milieu ordinaire de travail.

La promotion de parcours de formation et d'insertion professionnelle adaptés, doit reposer sur une politique partenariale forte entre notamment l'Education nationale, l'ARS, la DREETS, le Service Public de l'Emploi, le Conseil régional, les Conseils départementaux et les acteurs institutionnels de la formation et de l'emploi.

Le PRITH doit être le cadre privilégié de ces réflexions et actions.

Le **dispositif d'emploi accompagné** a pour objectif de permettre aux personnes en situation de handicap d'accéder et de se maintenir dans l'emploi par la sécurisation de leur parcours professionnel en milieu ordinaire de travail et un soutien à l'insertion professionnelle.

Une plateforme Emploi Accompagné est déployée sur chaque département.

En 2021, elles ont accompagné plus de 190 personnes. En 2022, l'objectif est d'accompagner plus de 300 personnes.

Près d'une personne accompagnée sur 2 à moins de 30 ans.

Près de 40 % des personnes accompagnées ont un trouble psychique.

Le **plan de transformation des ESAT** vise à favoriser et simplifier l'accès à l'emploi des personnes en situation de handicap, notamment en annualisant l'aide au poste pour rendre opérationnel le droit au retour, en permettant le cumul temps partiel ESAT / temps partiel milieu ordinaire et en renforçant les droits des travailleurs.

80 ESAT en Centre-Val de Loire pour un total de 4 943 places pour des travailleurs en situation de handicap

↳ 12 % des personnes en situation de handicap exercent une activité professionnelle en ESAT.

Il faut relever la mise en œuvre en région de **3 dispositifs innovant d'inclusion professionnelle** d'adultes avec autisme sévère en entreprise conjugué avec un accompagnement médico-social et de l'habitat inclusif (en lien avec l'association VETA).

Les 2 établissements et services de pré orientation et les 3 établissements et services de réadaptation professionnelle (ESPO et ESRP) de la région proposent des actions d'évaluation, d'orientation, de formation et accompagnent les bénéficiaires vers et dans l'emploi sur une période et un rythme adapté à leurs besoins.

Le décret n° 2020-2016 du 2 octobre 2020, relatif aux missions et aux conditions d'organisation et de fonctionnement des établissements et services de pré orientation et de réadaptation professionnelle pour les personnes handicapées, permet à ces structures de s'adapter pour répondre aux besoins des personnes accompagnées, dès 16 ans : temps complet pour certains, partiels pour d'autres.

En mode « agile » les établissements pourront concevoir des dispositifs temporaires et sur mesure.

La mise en œuvre d'un réseau de « **Correspondant mobilité** » au sein de chaque ESAT et chaque EA est une initiative régionale coordonnée par le PRITH qui permet de faciliter le travail en réseau et ainsi de favoriser les mobilités professionnelles des personnes.

Par ailleurs, cela développe les bonnes pratiques d'accompagnement des parcours professionnels des travailleurs d'ESAT et d'Entreprises Adaptées.

« **Différent et Compétent** » est un dispositif qui réunit 44 établissements (31 ESAT et 13 IME/DAME/SIPFP) de la région. L'objectif est de reconnaître les compétences professionnelles grâce à des Reconnaissances d'Acquis d'Expérience (RAE)

2019 : **154** RAE en Centre-Val de Loire

2020 : **84** RAE en Centre-Val de Loire

2021 : **100** RAE en Centre-Val de Loire

Le changement de modèle médico-social se met en place et favorise les réponses inclusives. Les opérateurs de la région Centre-Val de Loire sont majoritairement favorables à la transformation de l'offre.

Il est cependant nécessaire de faire évoluer les systèmes d'information actuel afin de mieux prendre en compte ces nouvelles modalités d'accompagnement. Il en est de même pour les indicateurs ; il est important d'y être vigilant pour le PRS 3.

2. Réalisation d'actions

Faits marquants :

- Développement de la **promotion des parcours de formation** pour les personnes en situation de handicap
- Evolution par décret de l'offre de services des ESPO/ESRP
- Valorisation des compétences professionnelles par la RAE
- Favoriser **l'insertion professionnelle** en développant les pratiques d'accompagnement coordonnées.
- Renforcement du partenariat avec les acteurs de l'emploi en favorisant le travail en réseau dans le cadre des « Correspondants mobilité »

- Mise en œuvre de plateforme partagée et coordonnée notamment pour l'emploi accompagné

3. Indicateurs d'évaluation

N°	Intitulé indicateur d'impact	Valeur initiale 2016	Valeur cible à 5 ans	Valeur actuelle /la plus récente connue
1	Taux d'adéquation entre l'orientation proposée et la situation réelle de l'adulte à échéance annuelle	-	80 %	Indicateurs neutralisés
2	Taux de personnes orientées par la CDAPH en dispositif emploi accompagné ayant bénéficié du dit dispositif	-	100 %	Indicateurs neutralisés
3	Part de l'activité des ESAT se déroulant « hors les murs »	-	50 %	Indicateurs neutralisés

4. Bilan/tendance de la réalisation de l'objectif dans les départements de la région

La crise sanitaire a perturbé la vie économique et donc les structures d'emploi et de formation. Néanmoins, le renforcement des mesures : plateforme DEA, transformation des ESAT, stratégie régionale emploi sont autant de leviers qui permettront de soutenir la démarche inclusive amorcée.

5. Conclusion et commentaires

a) Dans le futur schéma régional, cet objectif serait à modifier :

Il semblerait intéressant de considérer le parcours de la personne, enfant ou adulte, dans l'ensemble des champs afin d'éviter les ruptures.

b) Commentaires : permettant d'éclairer les travaux sur le PRS3

L'objectif pourrait être plus général autour de **la fluidité des parcours** : à l'école, en formation, dans l'accès à l'emploi, à la vie sociale...

Travaux à poursuivre :

Rédaction de la Stratégie Régionale Emploi de l'ARS

- Lancement d'une consultation auprès de 12 organismes gestionnaires
- Décliner la stratégie nationale # Ensemble, Osons l'Emploi #
- Donner du sens aux évolutions actuelles
- Clarifier les enjeux de l'emploi des PH

Participation à la Convention « Atouts pour Tous »

- Plateforme numérique qui met en lien les élèves et les étudiants en situation de handicap, et les entreprises.
- Propositions de stages, des formations en alternance ou encore des offres d'emplois

Accompagner la transformation de l'offre

6. Quelques exemples d'actions / chiffres clés dans les départements

Eure-et-Loir :

- AAC forfait habitat inclusif remporté par Ordre de Malte ce qui a permis la mise en place d'un habitat inclusif pour 8 personnes sur la commune de Lèves.
- Mise en place du Dispositif Départemental d'Accompagnement pour l'Insertion Socio-Professionnelle porté par les PEP28 qui accompagne et oriente les jeunes en situations de handicap vers un parcours de formation adapté.
- Déploiement du dispositif Guerlain sur le modèle de celui d'Andros.
- Pérennisation et montée en charge du DEA28 (transformation en plateforme).

Indre-et-Loire :

- 1 AAP lancé en 2016 pour la création de dispositifs innovants ou expérimentaux à destination des jeunes accueillis au titre de l'amendement Creton en Indre-et-Loire et dans le Loiret.
- 2 projets retenus en Indre-et-Loire.
- Dispositif Pass'ailles porté par un GCSMS Enfance et Pluriel et Léopold Bellan (secteur chinonais)
- SEJAAC dispositif porté par l'ADAPEI37 en partenariat avec la Boisnière, La Source, Ex-Arc En Ciel (Perce Neige) et APF: dispositif départemental.
- Le SEJAAC : offre à destination des jeunes de + de 20 ans maintenus au titre de l'Amendement Creton en IME en attente de places en ESAT, FAM, ou MAS; dispositif expérimental de 35 places sous formes de stages en accueil de journée en partenariat avec les structures adultes.
 - a. Fluidifier les parcours des jeunes de + de 20 ans et permettre du flux à l'entrée en IME.
 - b. Le dispositif n'a pas produit tous les effets attendus. Aussi, il a été demandé à l'ADAPEI de revoir ce projet avec les partenaires, dont la copie est attendue pour mai, afin d'avoir un parcours le plus fluide possible pour ces jeunes adultes.

Loiret :

- AAC Habitat inclusif qui a permis de retenir sur le département 3 projets sur l'agglomération orléanaise dont le projet RIADH porté par l'Institut des Cents Arpents = 20 logement individuels, projet conduit avec les personnes, habitat construit notamment par les travailleurs de l'ESAT.
- Projet l'Oréal porté par le SAMSAH PEP45 en lien avec l'association VETA et qui permet l'emploi de personnes adultes TSA en entreprise avec un accompagnement médico-social permanent.
- AMI Transformation de l'offre, le Dispositif d'inclusion par l'emploi porté par les PEP45 a pour objectif d'accompagner les jeunes et adultes vers l'inclusion et l'emploi et d'être ressource pour les professionnels d'IME et ESAT.

Parcours « AUTISME »

Objectif opérationnel n°40 : Renforcer l'efficacité du diagnostic et de l'accompagnement précoce de l'autisme

Voir Objectif opérationnel n°03 : 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

Parcours « AUTISME »

Objectif opérationnel n°41 : Accompagner les parcours institutionnels, scolaires et universitaires

1. Analyse de la mise en œuvre de l'objectif opérationnel

Près de 1 000 élèves avec autisme sont scolarisés en région Centre-Val de Loire

La région comptait à la rentrée 2021, **12** unités d'enseignement en maternelle pour les enfants concernés par des troubles du spectre de l'autisme.

Au total, la région disposera pour la rentrée 2022 de **13** UEMA sur le territoire.

La région dispose également de **2** unités d'enseignement en élémentaire autisme (UEEA) ouvertes à ce jour, et disposera pour la rentrée 2022 de **3** UEEA sur le territoire.

Privilégier l'inclusion des jeunes avec tsa en classe ordinaire à temps complet à travers les dispositifs d'autorégulation – DAR

Les enfants avec TSA ont des difficultés à s'autoréguler dans différents domaines de la vie ce qui entrave leur autonomie et leur inclusion sociale. L'objectif est donc d'apprendre à l'élève à repérer les moments d'envahissement et à travailler sur leur régulation au sein de l'école avec son enseignant, en appui avec des professionnels du médico-social.

L'autorégulation décline une approche permettant de lever les freins à l'apprentissage des enfants avec TSA, en leur permettant de développer des compétences cognitives, émotionnelles et sociales, sans lesquelles ils ne peuvent suivre un cours.

C'est aussi un modèle éducatif novateur et inclusif, qui travaille sur l'ensemble de l'environnement scolaire et ne s'applique pas seulement aux enfants avec TSA. Il se déploie, au contraire, dans toute l'école et à l'avantage de tous : enfants (avec ou sans autisme), enseignants, accompagnateurs et aidants familiaux.

Afin d'essayer le modèle de l'autorégulation, l'ARS Centre-Val de Loire, en partenariat avec le Rectorat, a souhaité soutenir le déploiement des DAR avec le financement de **2** DAR (140 000 €) en région pour la rentrée 2021.

2. Réalisation d'actions

a) Faits marquants :

Les Equipes Mobiles d'Appui à la Scolarisation (EMAS)

La finalité des équipes mobiles d'appui est de permettre la prise en compte au plus tôt par la communauté éducative des besoins éducatifs particuliers des élèves en situation de handicap, en permettant aux établissements scolaires et à la communauté éducative, de s'appuyer de manière souple sur l'expertise et les ressources existantes dans les établissements et services médico-sociaux (ESMS).

Le terme « mobilité » désigne ici la capacité des équipes médico-sociales à renforcer leur présence et leurs interventions in situ dans les établissements scolaires.

Constituées d'intervenants médico-sociaux issus d'établissements et services médico-sociaux du territoire concerné, ces équipes mobiles sont créées afin de renforcer l'école inclusive et ses dispositifs. Elles mettent leurs expertises et leurs compétences au service des professionnels de l'Education nationale et de l'enseignement agricole.

Elles constituent une ressource mobilisable par les professionnels de la communauté éducative des établissements scolaires privés ou publics de la maternelle au secondaire pour étayer leurs pratiques. Elles répondent le cas échéant aux besoins de sensibilisation sur les problématiques liées aux handicaps, rencontrées par les professionnels des établissements scolaires.

En Région Centre-Val –de Loire, une EMAS est mobilisable sur chacun des départements.

Développement de l'offre scolaire dédiée et inclusive

La scolarisation des enfants en situation de handicap est un enjeu prioritaire pour l'ARS Centre-Val de Loire.

Depuis la loi du 11/02/2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation à la citoyenneté des personnes handicapées s'inscrit dans une logique de transformation de l'offre médico-sociale pour permettre l'inclusion des personnes en situation de handicap dans la cité.

La scolarisation des enfants en situation de handicap ne se fait plus seulement au sein des établissements médico-sociaux par la mise à disposition des enseignants et enseignantes de l'Education nationale dans les unités d'enseignement internes, mais elle doit permettre également la scolarisation des jeunes accompagnés à l'extérieur de ces structures, « dans les murs de l'école ».

Le partenariat étroit mené entre les services de l'Education nationale en charge de la scolarisation des élèves handicapés et l'ARS a créé un dynamisme sur les territoires afin de soutenir pleinement l'école inclusive.

a) Chiffres clés :

Le tableau ci-dessous reprend l'évolution de l'offre école inclusive autisme en région Centre-Val de Loire.

Equipement scolaires spécifiques :

	UEMA (7 enfants/classe)			UEEA (10 enfants/classe)			DAR
18	1	2016 2022	Bourges Projet				Septembre 2021
28	1 1	2016 2020	Chartres Illiers Combray				
36	1	2016	Châteauroux	1	2020	Châteauroux	
37	1 1 1	2015 2020 2021	Tours Nazelles Négron Joué les Tours	1	2021	Fondettes	
41	1 1	2015 2021	Blois Naveil				Mai 2021
45	1 1 1	2015 2019 2020	Boigny sur Bionne Olivet Lorris	1	2022	Projet	
Région CVL	12 (+1 projet à la rentrée 2022)			2 (+1 projet à la rentrée 2022)			2

Recensement de l'ensemble des dispositifs Ecole Inclusive existant en Région Centre-Val de Loire



Cette cartographie a pour objectif de recenser et de repérer sur les territoires l'ensemble des dispositifs (UEMA/UEEA/DAR/DAME/UE Externalisées).

Cela permet également d'observer les éventuelles « zones blanches », et de venir renforcer l'offre le cas échéant.

https://www.google.com/maps/d/edit?hl=fr&mid=1y92zBskpl75O_1jSpOUqmjI6dIWJRVi&ll=47.261315098577%2C1.3463599723873232&z=22

3. Indicateurs d'évaluation

N°	Intitulé indicateur d'impact	Valeur initiale 2016	Valeur cible intermédiaire	Valeur cible à 5 ans	Valeur actuelle /la plus récente connue
	Taux de scolarisation chez les personnes TSA	Indicateur neutralisé	Indicateur neutralisé	Indicateur neutralisé	Indicateur neutralisé

4. Bilan/tendance de la réalisation de l'objectif dans les départements de la région

L'offre « école inclusive poursuit son développement conformément à la programmation dans le cadre de la stratégie nationale autisme.

Toutefois, nous remarquons que dans certains départements toutes les places ne sont pas occupées, alors que dans d'autres départements des listes d'attente apparaissent.

Le travail avec l'Education nationale (2022) permettra d'avoir des éléments d'analyse et de réaménager l'offre si nécessaire.

5. Conclusion et commentaires

- Il paraît important de modifier l'objectif pour que les personnes en situation d'autisme puissent intégrer l'ensemble des dispositions du PRS 3 et du parcours spécifique personnes en situation de handicap.

Si les unités d'enseignement spécifiques sont des outils incontournables pour favoriser l'inclusion scolaire des enfants, néanmoins il convient de développer les dispositifs d'appui médico-sociaux aux professionnels de l'Education nationale pour que les élèves intègrent davantage des classes ordinaires.

Travaux à poursuivre :

- Développer les expertises
- Favoriser la fluidité des parcours
- Répondre aux situations critiques

6. Quelques exemples d'actions / chiffres clés dans les départements

Eure-et-Loir :

- Mise en œuvre d'une seconde UEMA sur le territoire.
- Appui du PCPE dans certaines situations liées à l'accompagnement en formation.
- Mise en place du DDAISP (cf fiche bilan obj 39).
- Transformation de l'IME et SESSAD de la MDPA en DAME.

Loiret :

- Une 3ème UEMA sur le département avec une difficulté relevée pour les familles de se saisir de la notification MDPH et mise en place d'un groupe de travail départemental associant les acteurs UEMA CAMSP PCO MDPH équipe de diagnostic précoce pour accompagner au mieux les parents.
- La transformation en cours de l'ensemble des IME du département en Dispositif permettant « l'aller vers » notamment pour la scolarisation.
- Mise en place de commission DITEP / EN sur les situations individuelles permettant de réguler les problématiques et d'éviter les déscolarisations.
- Une équipe au sein du DITEP de prévention et d'intervention précoce pour les 3/6 ans pour les familles et professionnels de la petite enfance et de l'EN, pour éviter l'admission en ITEP.
- Mise en place de l'EMAS à vocation départementale en 2019 pour venir en appui des professionnels des écoles en partenariat avec IENASH et qui a permis de réguler certaines situations individuelles.

Parcours « AUTISME »

Objectif opérationnel n°42 : Proposer un accompagnement personnalisé et adapté aux besoins

1. Analyse de la mise en œuvre de l'objectif opérationnel

Situations complexes :

Afin de répondre aux besoins particuliers des adultes en situations très complexes, une structure dédiée à vocation régionale est en phase d'ouverture proposant 2 unités de 3 places en Indre-et-Loire.

Emploi :

Le dispositif d'emploi accompagné a été déployé dans chaque département et doit permettre l'accès à l'entreprise aux travailleurs en situation de handicap.

Par ailleurs la région expérimente le dispositif VETA qui a pour objectif de rendre accessible un emploi en milieu ordinaire à des adultes initialement orienté en FAM ou MAS présentant des troubles de l'autisme.

Vie sociale

En ce qui concerne la vie sociale, l'habitat inclusif s'est considérablement développé afin de proposer un lieu de vie de « droit commun ». L'ARS finance ainsi 20 habitats inclusifs pour 800 000 euros (chiffres 2021) dont 3 pour autistes.

Afin de favoriser la pair-aidance et l'accès aux activités de droit commun, des Groupements d'Entraide Mutuelle ont été mis en place. Notons toutefois que 2 ouvriront effectivement en 2022.

2. Réalisation d'actions

a) Faits marquants :

Création d'une unité situation très complexe

Ce nouveau dispositif d'unité régionale est en cours de création en Indre-et-Loire sur la commune de Langeais. Elle pourra accueillir 6 personnes sur 2 unités.

Les unités s'adressent aux personnes adultes de plus de 16 ans, présentant des troubles du spectre de l'autisme associés à des comorbidités relevant d'autres troubles du neuro-développement, en situation très complexe. La limite d'âge est toutefois modulable, en fonction des situations locales et de leur criticité.

Les personnes accueillies dans ces unités présentent des troubles majeurs du comportement et nécessitent un accompagnement spécifique, de très grande proximité, un écosystème sécurisé, une architecture adaptée et des professionnels experts notamment formés à la gestion de crise.

Financement : 1 200 000 € (année pleine) + crédits FIR accompagnement et soutien RH 17 000 €.

Développement de l'offre de SAMSAH

Le développement d'une offre de SAMSAH est organisé notamment dans le cadre d'une collaboration avec l'association « Vivre et travailler autrement » (VETA) et des entreprises privées.

Le SAMSAH permet un accompagnement dont la visée est l'insertion professionnelle en milieu ordinaire de 10 à 12 adultes autistes, embauchés en CDI à mi-temps.

Les personnes bénéficient d'une orientation SAMSAH, doublée d'une orientation ESAT de 6 mois renouvelable une fois et sont ensuite embauchées en CDI au sein de l'entreprise.

En amont de l'accueil des personnes accompagnées, l'association VETA organise et aménage les postes de travail au sein de l'entreprise pour qu'ils correspondent aux conditions de travail d'adultes autistes « sévères »: visuels, cadre qui rassure et facilite la concentration sur la tâche de travail...

L'équipe encadrante du SAMSAH accompagne les personnes dans l'entreprise le matin et sur le lieu de vie l'après-midi.

Dans un second temps, un projet d'habitat inclusif « comme à la maison » doit se développer pour permettre d'accueillir les personnes du lundi au vendredi, nuits incluses, en fonction de leurs besoins. Aussi, les activités de l'après-midi sont en grande partie consacrées à l'apprentissage de la vie quotidienne pour favoriser l'autonomie des personnes dans leur vie d'adulte.

En l'Eure-et-Loir, deux dispositifs existent en partenariat avec des entreprises et concerneront à terme 22 personnes. Dans le Loiret, un dispositif est initié avec à terme, l'objectif d'accueillir de 10 personnes

Point de vigilance :

L'ARS Centre-Val de Loire observe qu'il n'est pas aisé de déterminer le nombre de personnes avec autisme en situation professionnelle (c'est-à-dire en emploi ou en recherche d'emploi) afin de pouvoir repérer le nombre de personnes qui pourraient éventuellement bénéficier de dispositifs d'accompagnements vers l'emploi.

Les structures d'accompagnement vers et dans l'emploi sont en effet nombreuses (à titre d'exemple : Service Public pour l'Emploi, Entreprise Adaptée, ESAT... sans compter les initiatives et expérimentations départementales).

Le recensement quantitatif des adultes avec autisme qui ont le projet d'une insertion ou d'un maintien dans l'emploi s'avère donc complexe.

Développement des GEM

Suite à un appel à candidatures lancé en 2020 par l'ARS Centre-Val de Loire, 5 départements de la région ont créé un GEM autisme au sein de leur territoire (Cher, Eure-et-Loir, Indre, Indre-et-Loire et Loiret).

Pour ce qui concerne le département du Loir-et-Cher, une convention constitutive a été signée le 28 septembre 2021 (local en cours de recherche et recrutement en cours de l'animateur).

Le premier GEM autisme créé en Eure-et-Loir, dans l'agglomération de Chartres, a donné lieu le 23/10/2020 à la signature d'une convention de subvention avec l'association gestionnaire APF France handicap, qui porte le projet.

Au premier trimestre 2021, trois conventions supplémentaires ont respectivement été signées pour la création d'un GEM TSA/TND.

b) Chiffres clés :

Evolution de l'offre TSA

Catégorie	2016			2021		
	TSA	% TSA	Ensemble	TSA	% TSA	Ensemble
E.S.A.T.	16	0,3%	4939	16	0,3%	4943
EAM / FAM	234	15,5%	1506	244	15,7%	1551
M.A.S.	80	9,0%	893	91	9,5%	962
S.A.M.S.A.H.	10	2,5%	398	66	14,4%	458
Total général	340	4,4%	7736	417	5,3%	7914
Source : FINESS au 31/12/2021 - Capacités autorisées						

3. Indicateurs d'évaluation

N°	Intitulé indicateur d'impact	Valeur initiale 2016	Valeur cible intermédiaire	Valeur cible à 5 ans	Valeur actuelle /la plus récente connue
	Nombre d'enfants et de jeunes ayant des troubles du spectre de l'autisme ayant les prises en charge les plus complexes	Indicateur Neutralisé	Indicateur Neutralisé	Indicateur Neutralisé	Indicateur Neutralisé

4. Bilan/tendance de la réalisation de l'objectif dans les départements de la région

Les dispositifs à destination des personnes autistes se sont considérablement renforcés au cours du PRS 2 et dans le cadre du 4eme plan autisme au sein des troubles du neuro-développement. Ils permettent de répondre à la grande diversité des besoins du public. Toutefois il est nécessaire de poursuivre leur développement.

5. Conclusion et commentaires

Il parait important de modifier l'objectif pour que les personnes en situation d'autisme puissent intégrer l'ensemble des dispositions du PRS 3 et du parcours spécifique personnes en situation de handicap

Les travaux à poursuivre :

- **Développer les expertises**
- **Favoriser la fluidité des parcours**
- **Répondre aux situations critiques**
- **Repérage des adultes TSA en structures sanitaires ou ESMS**

Le pilotage de la mesure 37 (au sein de l'engagement n°4 de la stratégie nationale pour l'autisme au sein des TND) doit se réaliser en étroite collaboration entre l'ARS et le CRA (Centre de ressources Autisme). L'ARS a pour mission d'informer les établissements du déploiement de cette mesure et le CRA de former des binômes issus des établissements sanitaires ou du médico-social au repérage des TSA parmi leurs résidents/patients.

L'équipe dédiée à cette action (psychiatre, psychologue et infirmière) a été formée par le national le 23 novembre 2021 pour une mise en œuvre en 2022.

Les outils permettant de repérer les éléments contributifs au diagnostic, à la lecture du dossier et les échelles d'évaluation sont prêts.

La formation des équipes des établissements va pouvoir débuter en 2022.

6. Quelques exemples d'actions / chiffres clés dans les départements

Loiret :

- Nouveaux services déployés sur le Loiret et permettant la transformation en plateforme de services : dispositifs pour l'emploi dans le cadre de l'AMI Transfo offre, équipe SAMSAH emploi.
- Déploiement de l'utilisation des nomenclatures SERAFIN PH dans le cadre des CPOM, pour les transformations en Dispositifs.
- Communication en 2022 sur le projet porté par l'APF « les cordées en santé », permettant de développer la pair émulation.

Parcours « CANCER »

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

1. Analyse de la mise en œuvre de l'objectif opérationnel

Différentes études ont été menées sur l'accès des patients atteints de cancer au SSR sur l'année 2017 par l'UREH (maintenant EpidDclic) et ont permis de mettre en évidence un besoin de structure spécialisée.

En 2017, 77.7% des patients hospitalisés pour cancer retournaient au domicile, 11.3% décédaient, 5.2% étaient transférés vers un autre service d'hospitalisation conventionnelle, 0.7% sortaient en HAD. Le taux de transfert en SSR paraissait inférieur à ceux d'une région voisine. Les patients hospitalisés pour cancer en SSR ont occupé 9% des lits dans la région.

Une implantation de SSR spécialisé en oncohématologie a été ajoutée aux OQOS en Loir-et-Cher, deux projets ont été déposés dans le cadre de la fenêtre de dépôt de fin 2021 et le CH de Blois a été autorisé pour réaliser cette activité. Il lui a été demandé de travailler en lien étroit avec le CH de Vendôme. Cela conduit le nombre total de SSR spécialisés en onco-hématologie à 2 pour l'ensemble de la région, ce qui est insuffisant.

En 2018, le taux de réhospitalisation en urgence dans l'année pour des motifs en lien avec le cancer était estimé entre 2.9 et 8.7% pour les 4 cancers les plus fréquents, à comparer à un taux de réhospitalisation global pour les patients atteints de cancer de 34.3 à 66.6%. Ces données semblent refléter une coordination plutôt satisfaisante en sortie d'hospitalisation.

Dans le cadre de la crise Covid-19 notamment en 2020, les HAD ont joué un rôle essentiel d'appui des MCO en déployant la chimiothérapie à domicile. Cet axe nécessite d'être consolidé et un travail est engagé pour intégrer au mieux les HAD dans la stratégie décennale.

L'OMEDIT via son référentiel de prise en charge de l'administration de chimiothérapie anticancéreuse injectable en HAD a intégré de nouvelles molécules afin d'élargir l'offre de traitement. Ce référentiel doit être consolidé par l'ensemble acteurs (Prescripteurs et HAD).

Les établissements de santé ont également dans le cadre de la crise sanitaire déployé de nouveaux modes de relations avec les patients (téléconsultation, télésuivi, ...).

Actions décrites dans le PRS	Avancement
L'évaluation des besoins, des types de patients, des types de prise en charge, de l'offre sur le territoire	En cours
La capitalisation de l'expérimentation ANAP 28 en identifiant les avantages et inconvénients, les écueils et les perspectives	Non finalisé
La communication entre les établissements, les professionnels des différentes structures	En cours : mise en œuvre des DAC
L'élaboration de procédures et de protocoles au niveau régional pour une déclinaison dans les territoires	En cours
L'accompagnement des professionnels, notamment la formation et le soutien dans le suivi de la prise en charge	Non finalisé
La télémédecine et les avis de spécialistes en hotline	En cours
Les mises en adéquation du profil du patient aux capacités techniques de la structure d'accueil	Indicateurs neutralisés
Le développement de l'usage de ViaTrajectoire pour faciliter la communication et l'orientation	Fait

Cet objectif reste primordial mais est un sous-objectif de l'amélioration des parcours patients. Les facteurs encourageants sont la démarche territoriale engagée par l'ARS ou Oncocentre sur la structuration de l'ensemble des parcours. La réforme des autorisations va être à la fois un moteur pour encourager cette vision et un frein tant que son contenu n'est pas stabilisé. La répercussion sur les établissements est un point de vigilance majeur, que ce soit du fait de l'augmentation de l'activité ou du fait du retrait de certaines autorisations.

Cet objectif s'inscrit dans la gradation des soins ville-hôpital et dans la volonté d'inscrire les soins au plus près du domicile du patient porté par la stratégie décennale. Les travaux sur la feuille de route vont permettre d'engager des actions concrètes.

L'arrivée en poste de 2 nouvelles infirmières en pratiques avancées va également faciliter les parcours.

La volonté de dialogue entre responsables d'HAD et oncologues est encourageante.

Le développement de solutions numériques et les liens avec la messagerie de santé sécurisée sont un enjeu.

La crise sanitaire est venue bouleverser la mise en œuvre d'actions plus spécifiques pour cet objectif.

2. Réalisation d'actions

- Réunions territoriales et rencontre des 3C
- Mise en œuvre des DAC
- Mise en œuvre de ViaTrajectoire
- Autorisation de SSR onco-hémétologie au CH de Blois

3. Bilan/tendance de la réalisation de l'objectif dans les départements de la région

L'objectif était très ambitieux : il nécessite un changement de mode de travail de plusieurs interlocuteurs dont la mise en œuvre pour avoir un réel impact prend plus de 5 ans.

Il reste à cœur des acteurs de progresser ; la démographie des professionnels de santé en baisse, les surcharges de travail entraînées par la crise sanitaire ne favorisent pas la mise en œuvre de nouveaux modes de travail et de communication, l'urgence étant de prendre en charge les patients.

4. Conclusion et commentaires

Cet objectif serait à modifier et à intégrer comme un sous-objectif du parcours-patients en élaborant un plan d'analyse et de formalisation des parcours par filière et/ou organe sur les 5 ans.

Parcours « CANCER »

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

1. Analyse de la mise en œuvre de l'objectif opérationnel

a) Concernant les parcours spécifiques :

La mise en œuvre du dispositif d'Oncopédiatrie en 2019 et du dispositif pour les Adolescents Jeunes Adultes (AJA) également en 2019, de même, pour les personnes âgées, que l'antenne d'Oncogériatrie (AOG), ont permis d'assurer une coordination propre aux parcours de ces populations et d'encourager l'accès à une offre spécifique.

L'AOG teste le suivi à domicile des anticancéreux pour les personnes âgées par une application numérique et les premiers résultats sont très encourageants.

2 études ont été menées spécifiquement sur les parcours régionaux des patients atteints de cancer du poumon et du pancréas et vont permettre de les améliorer.

Une étude est en cours sur les parcours des patients atteints de cancer de la prostate.

Il est prévu de mettre à jour l'étude des parcours pour les cancers du sein, du côlon et de formaliser les parcours des patients atteints de ces cancers dans le cadre de la feuille de route régionale et du CPOM d'Oncocentre. Le travail sera poursuivi sur les cancers du foie et de l'œsophage.

L'administration en HAD de la chimiothérapie est encouragée et encadrée par une mise à jour régulière du référentiel partagé régional d'administration de la chimiothérapie à domicile. Les indications ne sont pas tout à fait superposables entre chimiothérapie à domicile et chimiothérapie en établissement de santé, mais la crise sanitaire a augmenté la proportion de chimiothérapie en HAD avec un pic en 2020. Cette activité reste toutefois minoritaire : 1027 séjours en 2020 pour chimiothérapie en HAD et 5643 en établissements de santé...

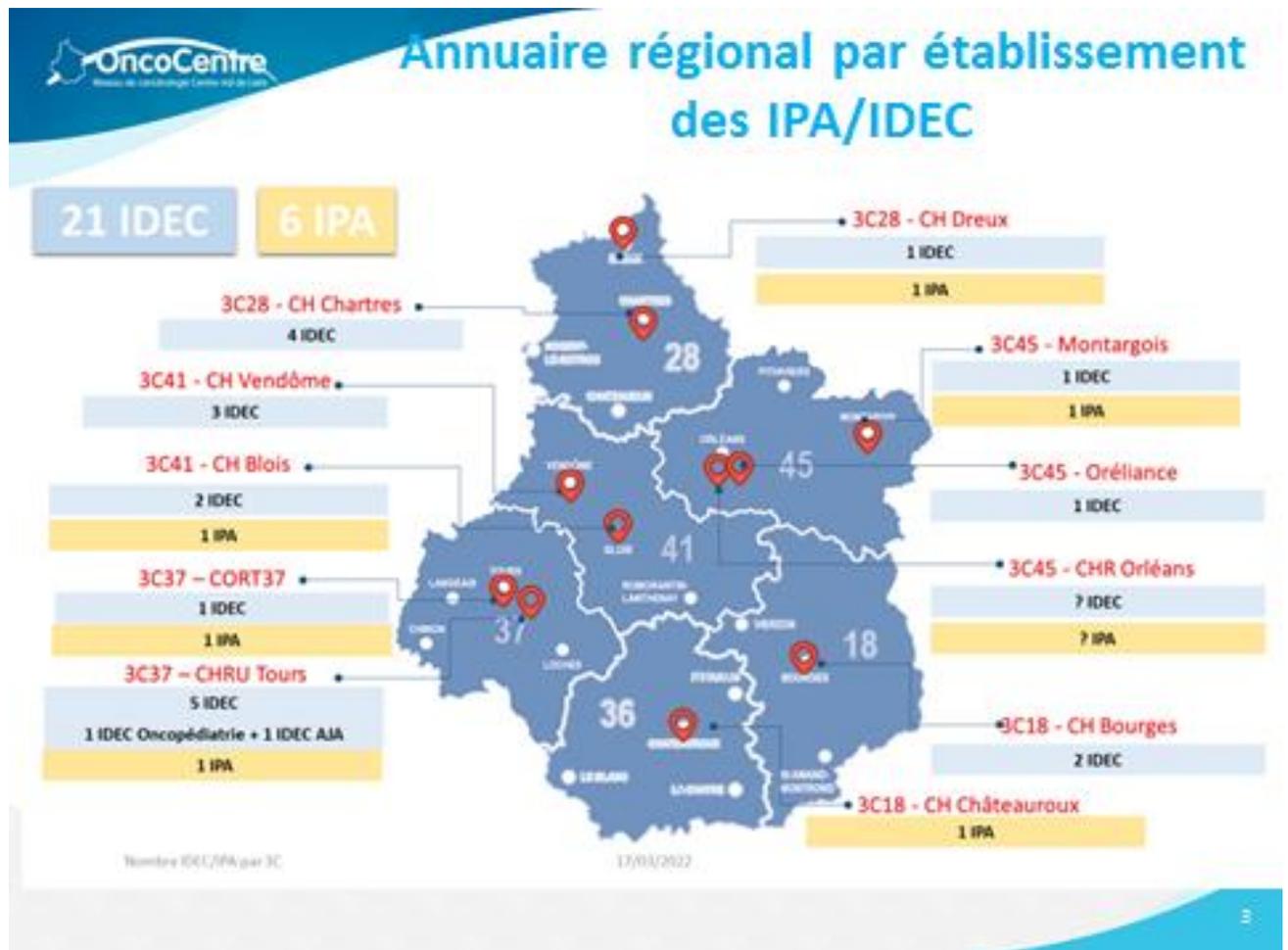
Le dépistage de la fragilité sociale liée à l'âge (G8) a été inclus dans le DCC et l'antenne d'Oncogériatrie a suivi l'évolution du dépistage de la fragilité chez les plus de 75 ans ainsi que le nombre d'évaluation gériatrique personnalisée en découlant.

b) Concernant la coordination et le maillage territorial

L'offre est mise en visibilité par Oncocentre : répertoires et cartographies accessibles en ligne pour RCP, structures autorisées, soins de support, Oncopédiatrie, AJA.

Les RCP de recours développées sont au nombre de 9, soit une de plus qu'en 2017, traitant en 2020 de 2148 dossiers contre 1097 dossiers en 2017.

Le territoire est maillé en infirmières en coordination en cancérologie (IDEC) et 6 IPA en oncohématologie ont pu être formées depuis 2019.



Les inclusions dans les essais thérapeutiques sur l'ensemble des territoires de santé ont augmenté grâce à l'Equipe Mobile de Recherche Clinique.

Le numéro unique cancérologie a pu être mis en place dans certaines structures comme au CHRU de Tours pour tous les cancers, ou au CH de Bourges pour le cancer du sein. Le centre hospitalier de Dreux propose un numéro unique pour les soins de support en oncologie.

L'accès à l'oncogénétique a été développé grâce au financement d'un poste supplémentaire et le nombre de consultations a considérablement augmenté avec une amélioration des délais d'accès (cf ci-dessous).

Axe d'action	Action	Etat
	Analyse de la situation régionale, par type de cancer et par territoire	En cours
	Recensement territorial et régional des organisations en filières de soins, des coopérations	En cours
Développement de la communication sur l'offre de soins : carte interactive	Auprès du grand public : site internet du réseau régional de cancérologie	Fait
	Auprès des professionnels : Unions régionales des professionnels de santé (URPS), délégué d'assurance maladie (DAM).	Fait
	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)	En cours : fait pour le DCC et la MSS, en cours pour le DMP
	Articulation avec le répertoire opérationnel des ressources (ROR)	Fait
Actions territoriales	La contribution à la mise en œuvre des dispositifs de coordination autour des parcours complexes	Fait 5/6 départements
	Développement et la valorisation des expériences de coopération entre professionnels sur les territoires	En cours
	mise en place de numéros uniques dans les établissements (guichet unique)	En cours
	Participation régulière des établissements aux appels à projet afin de valoriser les initiatives territoriales et régionales	En cours

La crise sanitaire, outre la mobilisation des acteurs sur d'autres sujets et l'éloignement du soin de certains patients par crainte de contamination, a fragilisé, voir dégradé, certains dispositifs (impact majeur sur le dépistage des fragilités et les évaluations d'oncogériatrie)

La raréfaction des professionnels qui se poursuit fragilise les dispositifs mis en place, comme le maillage de proximité en oncologie pédiatrique.

2. Réalisation d'actions

L'accès à l'oncogénétique a été développé grâce au financement d'un poste de médecin oncogénéticien partagé entre le CHRU de Tours et le CHR d'Orléans, créé en 2016 avec une augmentation des consultations depuis : 1898 consultations en 2017, 2181 en 2020

Les dispositifs AJA et oncopédiatrie sont mis en œuvre et montent en puissance.

Les DAC ont intégré dans 5 territoires de santé sur 6 la coordination des parcours de soins du patient atteint de cancer.

3. Bilan/tendance de la réalisation de l'objectif dans les départements de la région

Si de nombreuses actions ont pu être menées, les parcours des patients restent trop souvent chaotiques et leur coordination vécue comme difficile par l'ensemble des acteurs.

L'objectif est à conserver, le travail doit être poursuivi.

4. Conclusion et commentaires

- *Assurer un parcours fluide aux patients atteints de cancer*

a) Augmenter l'offre, amélioration de sa lisibilité et de celle des parcours

- Augmenter l'attractivité régionale pour les professionnels, les correspondants et les patients grâce à une démarche de marketing hospitalier autour de l'offre présente
- Formaliser et fluidifier les parcours par filière et/ou organes et les rendre transparents à l'ensemble des acteurs en considérant les objectifs de la feuille de route et les travaux liés à la réforme des autorisations ainsi que la gradation ville hôpital :
 - Pour les cancers de mauvais pronostic : s'appuyer sur les travaux de la feuille de route
 - Pour les autres cancers, l'étude de parcours des patients pris en charge dans la région est prévue selon le calendrier suivant : 2022 prostate (en s'appuyant sur les travaux d'Epidéclic), 2023 côlon, 2024 sein
- Adaptation, développement, affichage d'une offre de soins de support notamment en proximité du domicile (en lien avec le groupe de travail) centrée sur l'APA et la prise en charge nutritionnelle dont les bénéfices dépassent le champ de la cancérologie
- Inclure la prise en charge des séquelles dans les parcours en commençant par une cartographie des besoins et solutions

b) Mieux (se) coordonner :

- Déploiement IPA/IDEC
- Appui sur le numérique (DCCgénéralisation du suivi à domicile des effets secondaires des traitements systémiques du cancer en s'appuyant sur les données fournies par l'étude FASTOCH)
- RCP de biologie moléculaire
- Amélioration lien ville/hôpital

c) Encapaciter les patients et leurs aidants :

- Développement de l'accompagnement personnalisé
- Mesures vers les aidants (formation/ répit)

Ceux-ci vont s'articuler avec les travaux sur la feuille de route régionale de lutte contre le cancer et être suspendus à la réforme des autorisations annoncée.

Il sera nécessaire d'inclure un autre objectif « Lutter contre les inégalités en cancérologie » structuré en 3 axes :

- Lutter contre les inégalités territoriales
- Lutter contre les inégalités liées à l'âge ou au genre
- Lutter contre les inégalités liées à la pathologie

Parcours « ADDICTION »

Objectif opérationnel n°45 : Développer une culture de la prévention, collective et individuelle

1. Analyse de la mise en œuvre de l'objectif opérationnel

L'objectif global poursuivi, dans le cadre de la politique de prévention des conduites addictives, est le développement d'une culture de prévention et le renforcement des démarches de réduction des risques et des dommages (RdRD) en améliorant les savoirs au travers des formations spécifiques et en contribuant à modifier les postures des professionnels, mais aussi des usagers, afin de rendre ces derniers acteurs de leur santé.

Les avancées dans ce contexte ont été permises grâce à la déclinaison régionale du plan tabac au travers du recours à un dispositif d'appui composé d'experts en addictologie chargés de l'accompagnement des porteurs de projets, y compris les établissements de santé, pour la mise en œuvre des projets issus du fonds de lutte contre les addictions. Le RESPADD (réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions) a également contribué à cet objectif sur le volet « Lieux de santé sans tabac ».

L'ensemble des substances psychoactives (alcool, cannabis et autres drogues illicites) a bénéficié du Fonds de lutte contre le tabac étendu aux addictions (FLCA).

Dans le cadre de cette stratégie, le déploiement des « lieux de santé sans tabac » a été poursuivi en priorisant les établissements ayant une activité « femme, mère, nouveaux nés » et ceux autorisés à traiter les personnes atteintes de cancer. La communication autour de la démarche LSST a été par ailleurs renforcée (cf. feuille de route régionale LSST 2021) pour consolider la culture de la prévention, collective et individuelle.

De plus, le rôle des ELSA (équipes de liaisons et de soins en addictologie) dans le portage de cette stratégie a été renforcé à travers le développement de la e-santé (télémédecine) en référence à la feuille de route régionale e-santé.

Enfin, le développement des compétences psychosociales a été un axe important de travail au travers du soutien et du déploiement de plusieurs programmes probants en région Centre-Val de Loire depuis 2018.

Les actions prévues portaient notamment sur la mise en place de programmes d'actions s'appuyant sur les méthodes reconnues, adaptées au domaines spécifiques de l'addiction, mises en œuvre par les acteurs professionnalisés.

Le déploiement régional des programmes probants ou prometteurs a été étendu à travers plusieurs types de programmes ou d'expérimentations dans les territoires de la région Centre-Val de Loire, notamment :

- UNPLUGGED (probant) à destination des collégiens en milieu scolaire, déployé par plusieurs acteurs et couvrant l'ensemble des territoires de la région ;
- Jeu du comportement adapté (ex Good Behavior Game), destiné aux classes de primaire du CP au CM2, couvrant le département du Loiret ;
- Programme de soutien aux familles et à la parentalité (PSFP), destiné aux jeunes de 6-11 ans (ou 12-15 ans) et leurs familles – départements 28, 41 et 45 ;
- Les programmes en cours d'évaluations :
 - Tina et Toni (classes de maternelle – enfants de 4-6 ans) - départements 18 et 45 ;
 - Oscar (classes de primaire – CM1/CM2) - départements 18, 28, 41 et 45 ;
 - Autonomia (jeunes de l'ASE) - départements 28 et 41.

Par ailleurs, les établissements de santé ont été fortement impliqués dans la démarche « lieux de santé sans tabac » (LSST). La promotion de cette démarche a été réalisée avec la mise en œuvre d'actions organisées par le RESPADD (colloque LSST, formations RPIB (repérage précoce et intervention brève) auprès des professionnels de santé, accompagnement des établissements (EMS, CH, MSP en particulier) avec un appui auprès des porteurs de projets. L'ARS Centre-Val de Loire a été la première en 2019 à pouvoir organiser une journée d'échanges entre la Direction générale de la santé, le RESPADD et les établissements de santé entrés dans la démarche. Cette rencontre a permis non seulement de valoriser les avancées constatées au sein des établissements, mais aussi de permettre des retours d'expérience.

Les difficultés repérées ont été liées à la montée en charge du déploiement des programmes probants et prometteurs avec pour les porteurs de projets, la nécessité de formations, et d'articulation avec les partenaires et les acteurs du territoire (Education nationale, ...). Des outils encore en construction au niveau national (guide comportant la définition des critères d'évaluation pour accompagner les porteurs de projets), la nécessité d'harmoniser les coûts sur certains programmes et d'articulation (prise en charge des formations des équipes éducatives par exemple) restent des avancées à prévoir. Pour faciliter la montée en compétence des opérateurs/préventeurs, le dossier de demande de subvention à utiliser dans le cadre de l'appel à projets s'est inspiré de la grille internationale « ASPIRE » (Appréciation et Sélection de Programmes de Prévention issues de la Revue des standards de qualité) qui oblige le bénéficiaire à décrire précisément les étapes du projet conformément aux attendus de la prévention, promotion de la santé. L'utilisation de cette grille a été un outil d'aide à la sélection des programmes de prévention prometteurs.

S'agissant du déploiement de la démarche LSST, les difficultés rencontrées par les établissements entrés dans la démarche tiennent à l'impact de la gestion de la crise sanitaire dans l'activité. Beaucoup d'entre eux ont suspendu cette démarche pour gérer les priorités de prise en charge des patients.

A ce titre, la mobilisation des maternités reste très difficile car au-delà de la participation des professionnels de santé, il convient surtout de mobiliser les directions d'établissements. Une nouvelle approche est en cours. Elle s'appuie sur le réseau régional périnatalité et devrait fédérer à terme l'ensemble des maternités ; une expérimentation est déjà en cours sur un département de la région.

Bien que les subventions versées soient pluriannuelles, les difficultés repérées tiennent aux financements non pérennes, ne permettant pas le soutien du projet au-delà de la durée du projet financé, rendant ainsi fragile toute action.

Un certain nombre de facteurs encourageants sont à noter :

- l'implication des acteurs du territoire, et la volonté de développer le partenariat.

- les remontées positives d'un point de vue qualitatif de la mise en œuvre des programmes probants ou prometteurs en milieu scolaire, auprès des jeunes avec des indicateurs tels que meilleure ambiance de classe, respect, prise de confiance selon les situations rencontrées, ...)
- le travail mené en concertation avec l'Assurance maladie, afin de ne pas doubler les financements sur des appels à projets simultanés.

2. Réalisation d'actions

a) Faits marquants :

Les trois appels à projets (2018, 2020, 2021) ont permis de financer 17 projets sur l'ensemble de la région et ont conduit à l'engagement de 22 établissements dans la stratégie LSST :

- Au total, les financements atteignent 1,4 M € et couvrent des projets sur la période de 2018 à 2024.
- 16 projets ont été directement financés par le FLCA. Trois d'entre eux ont été reconduits pour une amplification du projet en 2020.
- 1 établissement en région Centre-Val de Loire (le Service de Soins de suite et de Réadaptation (SSR) « ANAS Le Courbat » spécialisé dans la prise en charge des affections liées aux conduites addictives) a atteint le niveau « argent », niveau de reconnaissance qui objective une avancée majeure dans la mise en œuvre de la stratégie LSST.

Les trois appels à projets (2018, 2020, 2021) ont permis de financer **25 projets ciblant diverses substances psychoactives** (35 lorsque l'on dénombre plusieurs fois les projets qui portent sur plusieurs départements comme sur la carte ci-contre) :

- Quatre d'entre eux ont été **reconduits** en 2020 (en prolongement de l'AAP 2018) et 5 projets ont été reconduits/amplifiés en 2021 (prolongement de l'AAP 2020 ou 2018)
- Au total, les financements atteignent **2,7 M €** et couvrent des projets sur la période de 2018 à 2024

b) Chiffres clés :

Les appels à projets du FLCT puis FLCA ont permis de soutenir :

- 2018 : 26 projets pour 1,2 M€
- 2020 : 14 projets (dont 5 projets LSST) pour 1,5 M€
- 2021 : 12 projets (dont 1 seul projet LSST) pour 1,5 M€

En 2021, 7 projets concernant les programmes en milieu scolaire (probants ou prometteurs), 4 projets de prise en charge de publics vulnérables (précarité, jeunes, femmes enceintes et nouveaux nés) et 1 projet « Lieux de Santé Sans Tabac » ont été financés (convention pluriannuelle) avec une couverture régionale, interdépartementale ou départementale.

3. Indicateurs d'évaluation

N°	Intitulé indicateur d'impact	Valeur initiale 2016	Valeur cible à 5 ans	Valeur actuelle /la plus récente connue
1	Evolution 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 %	Tabac : 58,2% Alcool : 86,1 % Cannabis : 36,3 % (Enquête ESCAPAD 2017)

4. Bilan/tendance de la réalisation de l'objectif dans les départements de la région

La dynamique « prévention » constatée dans le cadre du parcours « addictions » est la conséquence de la dynamique générale « prévention » promue par l'ARS Centre-Val de Loire pour l'ensemble de ses projets conformément aux objectifs spécifiques du PRS 2 (Objectifs 4 et 5) à laquelle l'ensemble des acteurs a adhéré. A la demande de l'ARS, depuis 2018, tous les opérateurs se sont inscrits dans une professionnalisation de leurs programmes et projets sur la base des critères scientifiquement reconnus (mise en œuvre des programmes probants reconnus par Santé Publique France ou évolution positive des programmes prometteurs dans une perspective d'évaluation universitaire). Cette démarche a été portée auprès des partenaires institutionnels de l'ARS dont l'Education nationale, la MILDECA, les collectivités territoriales, la Protection judiciaire de la jeunesse, etc... Cette démarche est aujourd'hui très largement comprise et acceptée.

En contrepartie, la dynamique spécifique des projets « addictions », compte tenu notamment des moyens budgétaires nouveaux accordés chaque année dans le cadre du FLCA, a permis des avancées très significatives pour l'ensemble des thématiques. D'une certaine manière, il est possible de dire que la thématique addiction fait figure de pionnière pour l'ensemble des champs de la prévention.

5. Conclusion et commentaires

A maintenir et à réaffirmer tout en visant des objectifs plus précis, (avec indicateurs mesurables et tenir compte de l'impact de la crise, du maillage territorial pour couvrir les zones blanches, ...)

Condition de réussite de la poursuite de l'objectif :

- maintien des financements du Fonds de lutte contre les addictions (FLCA)

Focus – Les enjeux des programmes probants :

Les enjeux des programmes probants :

Un programme probant représente une intervention modélisée, qui s'appuie sur un projet dont l'efficacité a été démontrée par un protocole d'évaluation scientifique rigoureux, qui comprend la comparaison entre un groupe bénéficiaire et un groupe témoin. Il s'appuie sur le développement des compétences psychosociales (cognitives, émotionnelles, sociales) des enfants et des jeunes. Les séances, en général de l'ordre d'une douzaine espacées dans le temps, permettent de renforcer les compétences psychosociales des bénéficiaires. Beaucoup de programmes s'adressent aux jeunes, voire aux très jeunes scolarisés en classe maternelle.

Dans le domaine des interventions probantes ou prometteuses (en cours d'évaluation) en prévention et promotion de la santé, plusieurs programmes concernent la prévention des addictions en milieu scolaire. Ils sont référencés par Santé Publique France. Un registre présenté par thématique, régulièrement actualisé, est accessible sur leur site internet :

<https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/documents/article/une-base-internet-d-interventions-probantes-en-prevention-et-promotion-de-la-sante>

Les programmes prometteurs, non encore reconnus officiellement probants, suivent quant à eux une démarche d'évaluation scientifique. L'ARS Centre-Val de Loire accompagne les opérateurs de prévention qui souhaitent avancer dans cette démarche.

Si la thématique « Addiction » profite d'ores et déjà de plusieurs programmes probants, tel n'est pas encore le cas pour d'autres thématiques. C'est la raison pour laquelle le recensement des programmes prometteurs est en cours.

Parcours « ADDICTION »

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

1. Analyse de la mise en œuvre de l'objectif opérationnel

L'objectif de développement d'une culture de réduction des risques et des dommages des conduites addictives a pu être atteint grâce à la généralisation et la systématisation de la pratique de la réduction des risques et des dommages (RdRD) au sein des dispositifs existants en Centre-Val de Loire et au maillage territorial de ces dispositifs, complété par le dispositif régional de RdRD en milieu festif et l'activité de veille et d'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).

De façon concrète, cet objectif a pu être mis en œuvre dans le respect des modalités d'actions définies initialement dans le parcours addiction du PRS2, et telles que définies ci-après :

- Améliorer et généraliser les connaissances sur la réduction des risques et des dommages (usagers 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 accessible 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.

L’objectif de maillage des territoires par des structures et dispositifs adaptés est atteint. Les dispositifs décrits ci-dessous donnent un état des lieux de la situation actuelle :

Les 7 Centres d’accueil et d’accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) (2 sur le Loiret et un sur chacun des autres départements) qui permettent de couvrir l’ensemble du territoire régional pour les missions socles en termes de RdRD. Ainsi, la couverture territoriale du Centre-Val de Loire en matière de réduction des risques est correcte, chaque département possédant au moins un lieu fixe pouvant accueillir les usagers et proposant diverses actions de proximité (maraudes, équipes mobiles, permanences en milieu rural, distribox). Les actions « d’aller vers » ont été performantes lors des confinements itératifs imposées par la pandémie de Covid-19.

Le dispositif régional de réduction des risques et des dommages (RdRD) en milieu festif « CUP RDR » (groupement de coopération pour les usagers et pour la promotion des échanges autour de la Réduction des Risques) regroupe 4 Centres de soins, d’accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) (Départements 28, 37, 45), 1 (CAARUD - Département 45) et 1 Centre gratuit d’information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD - Département 45). Mis en place en 2012, « CUP-RDR » a pour mission de couvrir les rassemblements festifs (légaux et illégaux) se déroulant sur l’ensemble de la région. Il comprend 16 intervenants réguliers (intervenants en RdRD, psychologues, infirmiers, travailleurs sociaux, usagers experts) mobilisables de façon inopinée pour la couverture RdRD des rassemblements de type teknival-free-party.

Le dispositif régional « CUP RDR » mobilise des professionnels issus des CAARUD, des CSAPA et des bénévoles formés à la réduction des risques et des dommages. Il est porté auprès du public présent dans le cadre de rassemblements festifs à caractère « musical » (événements de type free ou des festivals en région Centre-Val de Loire). Il a pour objectif de :

- Promouvoir des pratiques responsables, réduire les risques liés aux consommations de substances psychoactives par l’information,
- Mettre à disposition du matériel RdRD,
- Accompagner les usagers en difficultés,
- Favoriser les synergies au plan local, départemental et régional.

L’organisation de sessions de formation pour les organisateurs de festivals est également réalisée.

Le dispositif régional de réduction des risques à distance (RdRAD) porté par l’association ESPACE est situé à Montargis (conseil téléphonique et envoi postal de matériel). Ses objectifs sont d’assurer l’accueil et l’accompagnement des usagers de drogues qui ne veulent pas ou ne peuvent pas fréquenter les CAARUD (jeunes consommateurs, personnes issues du milieu gay, femmes, personnes socialement bien insérées, ...). La RdRAD contribue ainsi à améliorer la couverture territoriale en

matière d'accès à la réduction des risques. Toutes les actions d'accompagnement menées en réduction des risques à distance auprès des usagers consommateurs de drogues visent à répondre aux principales missions dévolues aux CAARUD en matière de prévention des infections et des intoxications aiguës, d'orientation vers les dispositifs de soins généralistes ou spécialisés et de contribution à l'amélioration de leur insertion.

L'introduction de la RdRD en centres de soin d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) élargit les possibilités d'accès au conseil et au matériel à usage unique. Leurs équipes pluridisciplinaires (médecins, infirmiers, éducateurs spécialisés, animateurs socio-éducatifs, psychologues...) proposent différentes modalités d'accompagnement, dont la RdRD, aux personnes rencontrant des problématiques liées la consommation de substances psychoactives et à leur entourage.

Par ailleurs, en ce qui concerne la mise en œuvre d'organisations favorisant le partage des pratiques en RdRD, il convient de souligner le partenariat avec les officines de pharmacie avec notamment la mise en place du programme d'échange de seringues en pharmacie (PESP), mais qui reste à développer (cf. données 2022 du RESPADD).

L'objectif de développement d'une culture de la RdRD des conduites addictives est atteint au regard des éléments d'activité.

Afin de prévenir les dommages liés aux conduites addictives, l'ensemble des interventions de RdRD développées sur le territoire régional, ont permis :

- De distribuer du matériel et outils de consommation à moindre risque et de prévention ;
- D'informer sur les effets, les risques et les dommages liés aux usages des substances psychoactives ;
- D'assurer une veille et proposer soutien aux personnes en difficultés avec leurs consommations et à leurs proches ;
- De proposer des premiers secours ;
- De former et accompagner les organisateurs d'évènements (RDR en milieu festif) ;
- Développer « L'aller vers » en faveur des usagers, les territoires, les professionnels : pour optimiser leur adhésion à la RdRD, suivre les consommations, faire évoluer les pratiques et orienter les usagers vers le système de soin.

Les rapports d'activité des CAARUD mettent en avant :

- Une progression constante de la File active, avec un pic d'activité en 2017 et 2018 puis une légère tendance à la baisse ;
- Une part importante dans la répartition des actes réalisés pour : l'accueil/refuge et le lien social, l'accès aux matériels de RdRD. Viennent ensuite l'accès à l'hygiène, l'accès aux droits et à l'insertion ;
- Une augmentation des interventions pour l'ensemble des CAARUD, y compris en milieu pénitentiaire ;
- Une progression vers la généralisation de la Naloxone (soutien financier 2021 de 29 528 € accordés dans le cadre d'une circulaire ONDAM) ;
- La promotion de la RdRD auprès de l'ensemble des professionnels de santé (sensibiliser sur les bonnes pratiques professionnelles, ...).

Les actions réalisées représentent des facteurs encourageants au développement de la RdRD.

2. Réalisation d'actions

Les interventions du groupement de coopération sociale et médico-sociale « **CUP RDR** » (créé en 2012) de réduction des risques et des dommages (RdRD) porté auprès du public présent dans le cadre de rassemblements festifs (free party ou festivals) en région Centre-Val de Loire sont essentielles et reconnues. Les professionnels des associations du groupement, issus des CAARUD et de CSAPA, et des bénévoles formés à la réduction des risques, participent aux missions de promotion de pratiques responsables, réductions des risques liés aux consommations de substances psychoactives, de mise en place de matériel de RdRD, d'accompagnement des usagers, tout en favorisant les synergies au plan territorial.

Ces interventions répondent à des besoins particuliers et les professionnels spécialisés sont désormais identifiés comme des partenaires importants aussi bien des usagers que des organisateurs d'événements festifs. Les professionnels sont d'ailleurs missionnés par l'ARS Centre-Val de Loire.

Le dispositif régional CUP RDR est soutenu par l'ARS Centre-Val de Loire à travers un conventionnement pluriannuel renouvelé en 2021.

CUP RDR intervient également en renfort d'une association « techno+ » mobilisée par le national, dont le référent est en région Centre-Val de Loire (département du Cher).

Enfin, de multiples partenaires inter-régions se sont investis dans ce programme animé par l'association SAFE.

Cette expérimentation a été soutenue par l'ARS Centre-Val de Loire et le déploiement du dispositif de RdRD à distance mis en place depuis 2016, a été possible grâce à l'abondement de crédits. En 2016, des mesures nouvelles ont été allouées à hauteur de 12 834 € permettant un financement de 4 mois pour améliorer l'accessibilité du matériel de réduction des risques et des dommages par la création d'un service postal d'envoi de matériel. Ce service a été pérennisé à partir de 2017. L'évolution de l'activité, en particulier l'évolution du nombre de commandes, est en nette augmentation depuis 2019.

Enfin, des formations auprès des personnels des CAARUD autour de la diffusion de la Naloxone ont été mises en place. Sur la Naloxone, des crédits d'achat ont été octroyés dès 2018 pour les CAARUD et les CSAPA pour un montant annuel de 12 134€.

a) Faits marquants :

Il convient de souligner **l'expérimentation de la RdRD à distance en Région Centre-Val de Loire** portée par l'association ESPACE. Ce dispositif novateur est un service de conseil personnalisé et d'envoi par voie postale de matériels de consommation à moindre risque (en particulier de matériel stérile d'injection) pour les usagers de drogues. L'accès au matériel est ainsi facilité pour les usagers habitant en zone rurale ou éloignés des lieux d'accueil, ou ceux qui ne souhaitent pas fréquenter les structures CAARUD et CSAPA.

Ce programme permet d'aller vers ces publics permettant la répétition des contacts lors des commandes de matériel permet progressivement de mieux connaître l'utilisateur, ses pratiques de consommation, son état de santé pour mieux le conseiller, l'orienter et l'amener, s'il le désire à un rapprochement avec les établissements spécialisés en addictologie au plus proche de son lieu de vie.

b) Chiffres clés :

L'activité des CAARUD met en avant une évolution de la file active en progression (sauf en 2020 et légère baisse en 2021) : 6 413 en 2018, 5 656 en 2021.

784 940 matériels de prévention ont été délivrés (matériel d'injection, de sniff, de fumage, ...) en 2020 par les CAARUD de la région Centre-Val de Loire. A noter que parmi ces matériels, 296 618 ont été récupérés dont 150 263 seringues usagées. La plupart des CAARUD sont impliqués dans un programme d'échange de seringues avec des pharmacies partenaires (chiffres 2019 : 131 pharmacies).

Une activité liée à la distribution du matériel RDR par les CSAPA qui représente 22 575 matériels délivrés en 2018.

S'agissant du dispositif régional RdRD en milieu festif porté par le GCSMS « CUP RDR » :

(Cf. présentation IRA du 28 février 2022)

- Une dizaine d'interventions par an couvertes par la convention pluriannuelle avec l'ARS
- Public touché (grand public) sur la période 2018-2021 :
 - Plus de 6000 personnes dans le cadre de festivals,
 - Plus de 2600 personnes dans le cadre de free party,
 - Une file active totale sur la région Centre-Val de Loire de 173 usagers (132 hommes/41 femmes) (Cf. synthèse activité RdRD 2018-2021).
- 2 jours de formation (10 personnes par session) auprès des professionnels (organiseurs de free et de festivals, nouveaux salariés de CUP RDR) ou bénévoles.

3. Indicateurs d'évaluation

N°	Intitulé indicateur d'impact	Valeur initiale 2016	Valeur cible à 5 ans	Valeur actuelle /la plus récente connue
1	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)	Non établie		+23 % de matériels de prévention distribués par les CAARUD entre 2018 (638 020) et 2020 (784 940) Avec une baisse de 8% entre 2018 et 2020 des matériels de prévention récupérés

4. Bilan/tendance de la réalisation de l'objectif dans les départements de la région

Les actions autour de la RdRD ont été déployées grâce à la mobilisation des acteurs portant les dispositifs de réduction des risques et des dommages, malgré le contexte de crise sanitaire, et ont permis la réalisation de l'objectif de développement d'une culture de la réduction des risques et des dommages (RdRD) des conduites addictives. La mobilisation des acteurs s'est faite également au

travers de l'action au quotidien des mouvements d'entraide qui ont su s'organiser sur un mode régional et partager avec leur public respectif les enjeux de la réduction des risques et des dommages.

La crise sanitaire a bouleversé le fonctionnement de CUP RDR pour ses interventions en festivals et free party. La couverture des évènements festifs a été maintenue, malgré l'annulation de 3 festivals en 2020 et une forte diminution du nombre de contacts RDR (703 en 2020 au lieu de 2653 en 2019), avec une reprise de l'activité en 2021.

5. Conclusion et commentaires

Maintenir l'objectif avec une redéfinition qui pourrait être « développer l'aller vers (postures et pratiques des professionnel) et faire avec (empowerment) pour mieux répondre à la demande et aux besoins des personnes souffrant d'addiction », intégrant une meilleure coopération et les Nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC).

Parcours « ADDICTION »

Objectif opérationnel n°47 : Développer une culture du lien pour favoriser les soins et l'accompagnement

1. Analyse de la mise en œuvre de l'objectif opérationnel

Pour rappel, les modalités d'actions définies pour la mise en œuvre de cet objectif étaient les suivantes :

- Améliorer et généraliser les connaissances en addictologie, notamment pour lutter contre la stigmatisation des personnes ayant des pratiques addictives
- Développer « L'aller vers » les usagers, les territoires, les professionnels, par tous moyens notamment l'utilisation des nouvelles technologies de communication
- Développer les collaborations entre acteurs
- Formaliser les liens entre les différents partenaires des dispositifs addictologiques

L'objectif 47, qui n'a pas été atteint du fait de la survenue de la pandémie de Covid-19 (révision des priorités pour les professionnels de santé), visait à favoriser l'accès à des soins addictologiques efficaces et scientifiquement validés, reconnus et partagés par l'ensemble des professionnels de santé œuvrant dans le champ des addictions.

La réalisation de l'objectif 47 devait s'appuyer sur le décloisonnement des organisations et des pratiques professionnelles. Cet objectif reposait sur 3 grandes mesures :

- **La création d'un Centre d'addictologie universitaire régional** (unité addictologique de niveau 3 pour soins résidentiels et sevrages complexes associant recherche et enseignement) disposant en propre de lits d'hospitalisation complète et porté par le CHRU de Tours. Ce centre, inscrit dans le Projet régional de santé de l'ARS Centre-Val de Loire n'a pu encore être créé alors que quotidiennement en région Centre-Val de Loire, plus d'un passage sur 100 aux urgences est en lien direct avec l'alcool (le sujet sur ce constat est plus la prévention)
- Ce Centre, par sa capacité à fédérer et à entraîner l'ensemble du dispositif addictologique régional, reste à créer dans le cadre du PRS-3.

Ce centre aura principalement une vocation de recherche et d'attractivité, il permet de continuer à garder à la région son haut niveau d'expertise sur le sujet, et de favoriser les prises en charges les plus innovantes.

Cette réalisation ne pourra se mettre en œuvre qu'avec la reconstruction du NHP qui est en phase de projet.

- **L'organisation d'une activité addictologique de liaison sur tout établissement de santé (public comme privé) disposant d'un service d'accueil des urgences (SAU).** Les Equipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) organisent la prise en charge addictologique à l'intérieur de l'établissement sanitaire en lien avec les services des urgences, les maternités et centres périnataux de proximité, les services de psychiatrie, etc. Malgré une majoration significative des financements sur la période 2018-2021 (augmentation de l'enveloppe ELSA régionale de 1,747798 à 2,032398 Millions d'Euros), la mise en œuvre d'une activité ELSA minimale (à hauteur de 5 demi-journées par semaine par exemple) n'a pu être obtenue lors du PRS-2 sur l'ensemble des établissements dotés d'un SAU. Aujourd'hui, seuls 13 établissements de santé de la région Centre-Val de Loire bénéficient d'un financement ELSA alors que 25 établissements de santé publics et privés disposent d'un SAU pour adultes. L'un des objectifs du PRS-3 sera de combler cette lacune pour obtenir une activité d'ELSA sur chaque établissement avec SAU.
- **Le développement d'un projet régional de télémédecine en addictologie.** Cinq dispositifs pilotes ont été accompagnés par l'ARS pour le déploiement de la télémédecine en région Centre-Val de Loire de 2018 à 2019. Ils impliquaient diverses équipes et notamment une ELSA (CHRU de Tours), 4 CSAPA (Association addictions France-ex ANPAA, association ESPACE, APLEAT-ACEP, CSAPA-37), deux établissements SSR-A (MALVAU et Le Courbat) ainsi que des professionnels de santé du CHR D'Orléans (service d'infectiologie) et du premier recours (association MGADDOC du Loir-et-Cher, maisons de santé pluri-professionnelles de Ligueil et de Descartes). Ces projets concernaient notamment le développement de télé-staffs, de télé-expertises, et de téléconsultations, ou de réunions de coordinations pluri-professionnelles. Après s'être heurtés à divers freins techniques (accès au haut débit, disponibilité des experts, ...), ces projets se sont arrêtés du fait de la pandémie Covid-19. Ces projets prometteurs devraient être repris lors du PRS-3.

L'objectif 47 du PRS-2 visait notamment un décloisonnement des structures sanitaires et médico-sociales, ainsi que le partage des pratiques professionnelles en addictologie. Cet objectif ambitieux n'a pas été atteint. Les restructurations attendues lors du PRS 2 devront s'inscrire dans le PRS-3.

Autres mesures :

- L'évolution annuelle des financements (financement FIR) des **Equipes de liaison en addictologie (ELSA)** octroyés aux établissements publics de santé entre 2018 et 2021 a mis en avant un rééquilibrage des dotations dans une stratégie de renforcement, voire de création d'ELSA.
- L'évolution des financements (financement MIG) des **Consultations hospitalières d'addictologie (CHA)** octroyés chaque année aux établissements publics de santé entre 2018 et 2021.

Un rééquilibrage des dotations des ELSA sur certains territoires a été réalisé au regard d'une iniquité territoriale.

Ainsi, le travail de rééquilibrage des dotations a permis :

- de renforcer les établissements suivants :
 - Dans l'Eure-et-Loir : le CH de Chartres dès 2020 ;
 - Dans l'Indre : le CH de Châteauroux Le Blanc en 2021 ;
 - Dans le Loir-et-Cher : le CH de Vendôme Montoire en 2021 ;

- de créer l'ELSA de Châteaudun (dans le département 28) en 2021.

Le rééquilibrage a pour objet de répondre à l'équité et la bonne répartition territoriale, il faut continuer ce travail sur la base d'indicateurs plus ciblés dans le PRS3.

Les difficultés rencontrées par les établissements tiennent à l'impact de la gestion de la crise sanitaire Covid-19 dans l'activité.

Dans les facteurs encourageants, il convient de noter un abondement de l'enveloppe des ELSA en 2021 de 284 600 € supplémentaires dans le cadre du Ségur de la santé.

Enfin, un renforcement de l'accès aux soins et à la prévention pour les populations les plus vulnérables est porté en transversalité, interne ARS et en externe avec les partenaires dans le cadre du PRAPS, plus particulièrement, au sein de l'instance régionale de réduction des inégalités permettant une coordination renforcée de l'ensemble des acteurs. De plus, la mesure 27 (inégalités de santé) du Ségur de la santé a été un levier de renforcement et de développement des dispositifs d'Aller Vers intégrant la problématique de l'addiction.

2. Réalisation d'actions

a) Faits marquants /chiffres clés :

- La stratégie régionale de renforcement et de rééquilibrage des dotations en 2020 et 2021 en faveur des ELSA sur certains territoires
- Par ailleurs, 103 conventions signées entre les CSAPA et d'autres structures en 2019, dont 34 avec le secteur sanitaire et 23 avec le secteur social (Cf. rapport ORS 2020)

3. Indicateurs d'évaluation

N°	Intitulé indicateur d'impact	Valeur initiale 2016	Valeur cible intermédiaire	Valeur cible à 5 ans	Valeur actuelle /la plus récente connue
	Taux d'évolution du nombre 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, ELSA)	Indicateur Neutralisé	Indicateur Neutralisé	Indicateur Neutralisé	Indicateur Neutralisé

4. Conclusion et commentaires

Maintenir l'objectif avec une redéfinition qui pourrait être : « adapter le dispositif addictologique spécialisé aux besoins ».

Un centre d'addictologie universitaire régional (unité addictologique de niveau 3 pour soins résidentiels et sevrages complexes associant recherche et enseignement), et ayant une capacité à fédérer et à entraîner l'ensemble du dispositif addictologique régional, reste à créer dans le cadre du PRS-3.

L'organisation d'une activité addictologique de liaison sur tout établissement de santé (public comme privé) disposant d'un service d'accueil des urgences (SAU) reste à mettre en place.

Le développement d'un projet régional de télémédecine en addictologie initié en 2018 et 2019 devrait être repris.

Parcours « SANTE MENTALE »

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

1. Analyse de la mise en œuvre de l'objectif opérationnel

Le déploiement de la démarche PTSM fédérant les acteurs du parcours santé mentale sur chaque département a permis d'impulser une véritable dynamique autour de la santé mentale. Les travaux menés à compter de fin 2018 ont favorisé la sensibilisation aux problématiques psychiques, le développement d'une culture commune et partagée en santé mentale, l'interconnaissance des acteurs pour une meilleure collaboration et complémentarité dans le repérage et les prises en charge.

Plusieurs mesures de soutien ont permis par ailleurs d'étoffer, en proximité, les capacités de repérage des troubles psychiques et de prise en charge de première intention de la santé mentale des populations.

Des marges de progression restent attendues en terme « d'outillage » des acteurs de première ligne au repérage et dans l'intensification / fluidification de leur collaboration avec les professionnels de la prise en charge ainsi que dans la réduction des délais d'attente. A noter par ailleurs que la crise sanitaire a pu limiter l'impact des actions menées du fait de la progression significative des problématiques de santé mentale en 2020 et 2021, notamment chez les plus jeunes (anxiété, idées suicidaires, troubles du comportement alimentaire...). Enfin, les difficultés importantes en matière de démographie des professionnels de santé (psychiatres, infirmiers psychiatriques notamment) peuvent contrarier la bonne mise en œuvre de certaines actions et projets menés.

2. Réalisation d'actions

a) Faits marquants :

- Travaux d'élaboration des projets territoriaux de santé mentale ayant permis de mener un diagnostic partagé entre les acteurs et d'inscrire l'objectif d'amélioration du repérage précoce et de l'accès au diagnostic et prises en charge et les actions à mener au sein des 6 feuilles de route départementales ;
- Travaux sur les délais d'attente en CMP ayant permis de mieux appréhender la problématique des délais, d'identifier les territoires les plus en difficultés et de définir, en lien avec les professionnels des CMP très mobilisés sur ce chantier, les leviers d'action permettant de réduire les délais ;
- Soutien financier important par l'ARS sur toute la période PRS 2 permettant - 1/ de renforcer les CMP adultes et enfants-ados pour réduire les délais d'attente et soutenir la santé mentale des plus jeunes et des étudiants (maisons des adolescents, services de santé universitaires,

psychiatrie infanto-juvénile) - 2/ de mettre en place des consultations gratuites de psychologues dans les MSP et centres de santé 3/ de déployer un certain nombre de dispositifs, permettant de repérer et d'agir précocement (équipes mobiles, plateformes de coordination et orientation TSA-TND, renfort de l'urgence médico-psychologique, consultations spécialisées en psychotraumatologie)

- Démarrage en octobre 2021 du dispositif « VIGILANS » de recontact des personnes ayant fait une tentative de suicide afin d'accompagner les personnes et de prévenir la récurrence et travaux de mise en place en région du numéro national de prévention du suicide (2NPS)
- Recensement des professionnels et ressources existantes sur chaque territoire dans le cadre des travaux PTSM et engagement de travaux régionaux avec le GRADES pour cartographier l'offre dans le ROR afin de faciliter l'orientation des personnes.

b) Chiffres clés :

- 52 psychologues recrutés dans les CMP de la région entre 2018 et 2021, auxquels s'ajoutent 5 psychologues volontaires pour intégrer le dispositif de consultations gratuites dans les MSP et centres de santé (reporting d'activité en cours par les structures engagées dans la démarche)
- Renfort des dispositifs mobiles existants et mise en place de nouvelles équipes mobiles (EM): + 2 EM de psychiatrie-précarité, + 3 EM de psychiatrie de la personne âgée, + 3 EM santé mentale périnatale, + 4 EM infanto-juvéniles, 3 EM adolescents
- Renfort RH des cellules d'urgences médico-psychologique : +2 ETP pour la CUMP régionale (Loiret) et +1,5 ETP au titre de la reconnaissance d'une CUMP renforcée au sein de la région (Indre-et-Loire)
- 120 personnes incluses dans le suivi VIGILANS du 18 octobre au 31 janvier 2022
- Mise en place de 6 plateformes départementales de coordination et d'orientation (PCO) pour les enfants de 0 à 6 ans (au 01/01/2022, 710 enfants repérés et orientés) et accompagnement financier des équipes de psychiatrie impliquées dans le parcours des enfants souffrant de troubles neuro-développementaux orientés par les PCO
- 16 formateurs régionaux formés et formation de 294 personnes au repérage /évaluation du potentiel suicidaire et/ou à l'intervention de crise suicidaire ; auxquels s'ajoutent 10 formateurs régionaux accrédités aux Premiers secours en santé mentale (PSSM) et 200 personnes formées aux PSSM en région (Loiret majoritairement, Indre-et-Loire)

3. Indicateurs d'évaluation

N°	Intitulé indicateur d'impact	Valeur initiale 2016	Valeur cible à 5 ans	Valeur actuelle /la plus récente connue
1	Taux de médecins généralistes sensibilisés au repérage des troubles psychiques	ND	50 à 75 %	Indicateur non évalué du fait de la difficulté de recueil des informations et de l'absence d'actions particulières sur ce sujet.

				Ne pas retenir pour le prochain PRS
2 Réduction des délais d'accès en CMP	Délai moyen régional en CMP adultes	ND	Non préétabli	rdv d'évaluation : 23,8 jours en 2019
				1ère prise en charge : 34,5 jours en 2019
				1er rdv avec un psychiatre : 63,6 jours en 2019
	Délai moyen régional en CMP infanto-juvénile	ND	Non préétabli	rdv d'évaluation : 72,8 jours en 2019
				1ère prise en charge : 92,8 jours en 2019
				1er rdv avec un psychiatre : 92,2 jours en 2019

4. Conclusion et commentaires

Dans le futur schéma régional, cet objectif serait à maintenir à l'identique avec le même intitulé

Cet objectif sera poursuivi sur la base des actions suivantes, incluant notamment la **déclinaison des mesures gouvernementales issues des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie 2021** :

- Déploiement des Premiers secours en santé mentale sur tous les territoires (**mesure n°12**), des formations de repérage à la crise suicidaire et de la plateforme régionale du Numéro national de prévention du suicide (**mesure n° 2**)
- Développement de la prévention de la souffrance psychique dans le monde du travail (**mesure n° 3**)
- Mise en œuvre du dispositif de remboursement des consultations de psychologues (**mesure n°18**), renfort des maisons des adolescents (**mesure n°14**) et de la prise en charge des psychotraumatismes (**mesure n°17**)
- Déploiement des PCO sur la tranche d'âge des 7-12 ans (stratégie autisme-TND)
- Poursuite du suivi / soutien des CMP (application du cahier des charges national 2021, retext avec les professionnels sur la mise en œuvre des leviers, renforts des CMP via les **mesures n°16 et n°19**, nouvelle mesure des délais d'attente à organiser)
- Poursuite de la communication / sensibilisation sur la santé mentale afin de limiter le retard de diagnostic (médecins généralistes...)
- Amélioration de la lisibilité de l'offre de santé mentale dans les territoires pour faciliter l'orientation
- Intensification / fluidification des liens entre les acteurs de première ligne et les professionnels de la prise en charge
- De façon générale, déclinaison territorialisée de cet objectif via les 6 PTSM -> suivi annuel de la mise en œuvre et évaluation.

Parcours « SANTE MENTALE »

Objectif opérationnel n°49 : Promouvoir un parcours de santé et de vie

1. Analyse de la mise en œuvre de l'objectif opérationnel

Le déploiement de la démarche PTSM fédérant les acteurs du parcours santé mentale sur chaque département a permis d'impulser une véritable dynamique autour de la santé mentale. Les travaux menés à compter de fin 2018 ont permis d'identifier des actions de nature à améliorer concrètement le parcours de santé et de vie des personnes et de favoriser l'interconnaissance des acteurs pour une intervention coordonnée autour des personnes souffrantes.

L'amélioration des parcours s'est traduit notamment autour de deux axes forts :

- le renforcement de la capacité de suivi des patients en ambulatoire et de l'aller-vers, favorisant ainsi la prévention des crises et des urgences et le recours aux hospitalisations. La crise sanitaire liée au Covid-19 a par ailleurs permis de mettre en place un certain nombre de bonnes pratiques qu'il serait pertinent de pérenniser: développement des consultations à distance (téléphone, télé-médecine), intensification des suivis téléphoniques et des visites à domicile pour les patients les plus vulnérables, maintien du contact, staffs quotidiens autour des situations, renforcement du soutien aux familles...
- le déploiement des soins de réhabilitation psychosociale en psychiatrie, approche thérapeutique biopsychosociale, centrée sur le patient et destinée à favoriser le rétablissement des personnes souffrant de troubles psychiques importants impactant leur activité au quotidien. Ce changement conceptuel majeur dans la prise en soin en psychiatrie nécessite une importante évolution dans les pratiques professionnelles.

Des marges de progression restent attendues en terme de développement de l'accessibilité sur tous les territoires à une offre de soins orientés « rétablissement » via le déploiement de l'éducation thérapeutique et des soins de réhabilitation psychosociale. De même sur les questions d'inclusion sociale notamment par l'accès et le maintien dans l'emploi et le logement.

2. Réalisation d'actions

- Travaux d'élaboration des projets territoriaux de santé mentale ayant permis de mener un diagnostic partagé en santé mentale et d'identifier des actions visant à organiser un parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des troubles psychiques graves, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale, en incluant un accès aux soins somatiques, la prévention et la gestion des urgences et des crises, ainsi que le renforcement des droits des personnes

- Développement de nouveaux hôpitaux de jour par une conversion de lits d'hospitalisation complète (condition pour les nouvelles implantations adultes uniquement) et renfort des dispositifs ambulatoire CMP et d'aller vers via les équipes mobiles (voir objectif 48) ; déploiement des actes de télémédecine pendant la crise sanitaire (bonne pratique à pérenniser)
- Déploiement de l'offre de soins de réhabilitation psychosociale dans les territoires (identification des établissements supports régionaux, accompagnement des établissements à la labellisation, soutien financier conséquent de l'ARS)
- Travaux préparatoires pour l'expérimentation du dispositif « un chez soi d'abord » sur un territoire
- Déploiement et renfort des GEM « handicap psychique », expérimentation des médiateurs-santé pairs en service de psychiatrie sur 2 départements

Chiffres clés

(année 2020 non exploitable dû à l'impact de la crise Covid-19)

- Augmentation du taux de prise en charge ambulatoire en région : 80,2% des patients en psychiatrie l'ont été exclusivement sur le mode ambulatoire en 2021, soit + 2 points depuis 2016 et un rattrapage de l'écart avec le taux national s'élevant à 81,7%
- Autorisation de 5 nouveaux hôpitaux de jour : 1 de 4 places pour un accueil mères-bébés/femmes enceintes, 2 en infanto-juvénile pour un total de 16 places (12 places installées à ce stade), 2 à mettre en œuvre pour adultes, pour un total de 37 places dont 5 en hôpital de nuit, assortis de la réduction de 12 lits d'hospitalisation complète
- Augmentation de la file active suivie en ambulatoire et hôpital de jour (respectivement +8% et + 10%), et réduction de la file active en hospitalisation temps plein (-4%) entre 2016 et 2019
- Progression de la part des actes ambulatoire réalisés à domicile ou substitut de domicile (de 7,2% à 8% sur l'activité ambulatoire totale entre 2016 et 2019)
- Réduction de 17% du nombre de patients hospitalisés en psychiatrie temps plein depuis plus d'un an entre 2015 et 2019
- 8 établissements engagés dans la démarche de déploiement de l'offre de soins de réhabilitation psychosociale et une enveloppe régionale de crédits nouveaux de 2,8 M€
- Création de 3 nouveaux GEM « handicap psychique », renfort financier des structures (+ 11% entre 2018 et 2021), 1 150 usagers un GEM en 2021
- 1 territoire retenu pour la mise en place du dispositif « un logement d'abord » (Indre-et-Loire)

3. Indicateurs d'évaluation

N°	Intitulé indicateur d'impact	Valeur initiale 2016	Valeur cible à 5 ans	Valeur actuelle /la plus récente connue
1	Augmenter la part des prises en charge en ambulatoire (file active ambulatoire exclusive/file active totale hors patients ambulatoires exclusifs)	78,1%	85%	80,2% en 2020

2	Réduire de moitié les hospitalisations inadéquates dans les 5 ans	ND	Indicateurs neutralisés	Indicateur non évalué (1)
---	---	----	-------------------------	---------------------------

- (1) Les travaux n'ont pas été menés du fait de leur complexité et de l'attente de la démarche nationale sur le repérage des adultes autistes à l'hôpital. Toutefois, un certain nombre de transformation de l'offre s'opèrent dans certains territoires à la faveur d'une réduction des lits de long cours et d'une bonne dynamique de virage ambulatoire et d'aller-vers de nature à réduire les hospitalisations inadéquates.

4. Conclusion et commentaires

Dans le futur schéma régional, cet objectif serait à modifier au niveau de son intitulé.

L'objectif, potentiellement relibellé, nécessite d'être reconduit et intégrera notamment la déclinaison des **mesures gouvernementales suivantes, issues des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie 2021** :

- Déploiement de l'intervention des pairs professionnels en établissements de santé et établissements médico-sociaux (**mesure n°5**)
- Renforcement des GEM et amélioration de la couverture territoriale (**mesure n°6**)
- Amélioration du parcours santé mentale des personnes âgées (**mesures n°7 et 8**) et des publics précaires (**mesure n°9**)
- Amélioration de l'accès des personnes souffrant de troubles psychiques à des soins somatiques adaptés (**mesure n°21**)
- La réduction du recours aux soins sans consentement et des pratiques d'isolement et de contention
- La réduction des hospitalisations inadéquates (notamment les séjours au long cours)
- Le déploiement, par l'équipe du CRA de Tours, du repérage des adultes autistes dans les services de psychiatrie de la région, une des actions de la stratégie nationale pour l'autisme-TND
- L'intensification du recours à la télémédecine

Parcours « SANTE MENTALE »

Objectif opérationnel n°50 : Organiser la continuité du parcours de santé

1. Analyse de la mise en œuvre de l'objectif opérationnel

Le déploiement de la démarche PTSM (projet territoriaux de santé mentale) a permis de constituer un collectif autour de la santé mentale dans les 6 départements de la région et de mettre en synergie les acteurs des champs sanitaire, médico-social et social afin de poser les bases d'une intervention concertée et coordonnée au bénéfice des personnes vivant avec des troubles psychiques.

Les travaux ont permis d'initier le développement d'une culture partagée en santé mentale, de favoriser l'interconnaissance des dispositifs et missions de chacun sur le territoire pour une meilleure collaboration et complémentarité.

Les actions définies au sein des feuilles de route des PTSM proposent une réponse territoriale organisée et articulée entre les différents acteurs. Elles établissent des collaborations, des partenariats, qui peuvent prendre la forme de dispositifs communs ou d'instances de coordination de proximité.

Quelques conseils locaux de santé mentale (CLSM), représentant le « premier niveau » de coordination en santé mentale, c'est-à-dire en proximité, ont par ailleurs été mis en place durant la période du PRS 2, notamment dans les deux principales agglomérations de la région, Tours et Orléans.

Présidés par les élus, les CLSM constituent un cadre et un outil de concertation et de coordination de proximité entre les différents acteurs concernés par la santé mentale : professionnels du champ de la santé mentale, les acteurs du secteur social et médico-social, les usagers et aidants. Leur action porte, selon les territoires, sur l'accès au logement/habitat, à la culture/sport, l'inclusion dans l'emploi, la gestion des cas complexes nécessitant une intervention coordonnée des différents opérateurs, ainsi que sur des actions de communication/information/formation.

2. Réalisation d'actions

a) Faits marquants :

- Mise en œuvre de la démarche PTSM avec les acteurs des 6 territoires:
 - Mobilisation des acteurs, appui méthodologique, mise à disposition d'indicateurs, contribution au pilotage des travaux, accompagnement, co-construction des projets de territoire, adoption et publication des projets
 - Structuration de la gouvernance territoriale pour la mise en œuvre de la feuille de route PTSM (Copil spécifique, mise en place d'une communauté psychiatrique de territoire, modalités d'articulation avec le CTS et sa commission santé mentale)

- Elaboration d'une fiche de poste régionale de coordonnateur de PTSM et organisation d'un appel à manifestation d'intérêt permettant pour l'attribution de crédits pour le recrutement des coordonnateurs
 - Travaux de contractualisation des axes prioritaires du PTSM avec l'ARS (en cours sur 2022)
- Accompagnement à la mise en œuvre de 3 CLSM (co-pilotage du dispositif, financement des postes de coordonnateur, suivi des actions).
 - Accompagnement financier des projets valorisant le partenariat et la coordination entre les différents secteurs d'intervention :
 - Collaboration psychiatrie - médecins généralistes / soins primaires
 - Accès des patients suivis en psychiatrie aux soins somatiques
 - Equipes mobiles psychiatriques se déployant vers le secteur médico-social (personnes âgées et handicap) et social (équipes mobiles psychiatrie-précarité : EMPP)
 - Dispositifs de transition adolescents / adultes
 - Participation des services de pédopsychiatrie au parcours de enfants repérés dans le cadre des plateformes de coordination et d'orientation (PCO) des TSA-TND
 - Projets conjoints pédopsychiatrie / ASE-PJJ

b) Chiffres clés :

- 6 Projets territoriaux de santé mentale (PTSM) finalisés et validés par l'ARS en 2021
- 4 coordonnateurs de PTSM recrutés : Cher, Indre-et-Loire, Loir-et-Cher, Loiret (2 en cours)
- Enveloppe régionale de 346 200€ dédiée au recrutement de coordonnateurs de PTSM
- Reconnaissance de 2 communautés psychiatriques de territoire (1 CPT en projet pour 2022)
- 3 Conseils locaux de santé mentale (CLSM) mis en place dans la région : Bourges, métropoles de Tours et Orléans (3 autres CLSM en projet)

3. Indicateurs d'évaluation

N°	Intitulé indicateur d'impact	Valeur initiale 2016	Valeur cible à 5 ans	Valeur actuelle /la plus récente connue
1	Pourcentage de courriers de sortie d'hospitalisation en psychiatrie transmis dans les 8 jours		80 %	Indicateur IPAQ supprimé en 2018
2	Taux de population couverte par un CLSM	0%	50 à 75 %	20 % en 2021 (Bourges, métropoles de Tours et d'Orléans)

4. Conclusion et commentaires

Dans le futur schéma régional, cet objectif serait à supprimer. Nouveau cadre de projet et d'engagement des acteurs de la santé mentale, le fondement-même des PTSM est de permettre la structuration et la coordination de l'offre de prise en charge sanitaire et d'accompagnement social et médico-social. Les PTSM déterminent le cadre de la coordination dite « de second niveau » et la déclinent dans l'organisation des parcours de proximité. La coordination « de premier niveau » s'exerce au niveau local, en proximité. Les démarches PTSM et CLS favorisent, par nature, le déploiement de ces dispositifs de coordination de proximité, dont notamment les CLSM.



Permanence des soins en établissements de santé (PDSSES)

Permanence des soins en établissements de santé (PDSSES)

1. Analyse de la mise en œuvre de l'objectif opérationnel :

Rappel des enjeux :

Améliorer l'accès aux soins :

- Optimiser l'organisation de la PDSSES 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'efficience :

- 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 ;
- 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 PDSSES ;
- répartir de manière équitable les contraintes d'exercice entre les secteurs public et privé.

2. Réalisation d'actions :

a) Faits marquants :

Dans le cadre du PRS 2, publié le 25 juin 2018, la Permanence des Soins en Etablissements de Santé (PDSSES) en région Centre-Val de Loire a été rénovée afin de rendre plus lisible l'offre de service à la

population, améliorer l'accès aux soins et la qualité de la prise en charge ainsi qu'optimiser la ressource médicale.

Ainsi, le volet dédié à la PDESES du Schéma régional de santé (SRS) pose deux principes d'organisation complémentaires :

- une approche territoriale pour chacune des six zones de référence, à savoir le département, pour les différentes lignes de permanence requises par la réglementation,
- une structuration des activités de recours au niveau régional, pour les plateaux techniques hautement spécialisés.

Aussi, un appel à candidatures a été lancé le 22/11/18 avec un retour attendu des dossiers de lignes de PDESES pour le 31/01/2019, avec une condition pour les établissements de santé publics, de déposer les lignes de PDESES par le GHT du territoire dans le cadre du schéma territorial de PDESES du PMP de chaque GHT. Seuls 2 GHT ont eu une réflexion à l'échelle du GHT pour les lignes territoriales : le GHT 37 et celui du 28. Les lignes du schéma PDESES n'ayant pas été toutes pourvues, un 2eme appel à projets a été lancé le 10/07/2019.

Après chaque appel à candidatures, une réunion avec les fédérations (FHF, FHP, URPS) a eu lieu afin d'échanger sur les différentes candidatures et la validation des lignes par l'ARS Centre-Val de Loire.

Lors de ces échanges, plusieurs décisions structurantes ont été prises :

- PDESES Imagerie

Les conditions techniques d'organisation de la PDESES imagerie telles que nécessaires pour la mise en place de l'approche territoriale en imagerie (1 ligne par département) n'ont pas été réunies et les GHT n'avaient pas été en capacité de mener une réflexion territoriale sur cette spécialité. Aussi, il a été décidé de rendre caduque l'appel à candidature PDESES imagerie dans l'attente de la mise en œuvre des conditions techniques et plus particulièrement de MIRC ainsi que de lancer une réflexion régionale dans ce domaine au regard de la démographie médicale en région et du nombre de contrats signés avec des entreprises de lecture externe de radiologie.

Ainsi, un travail régional avec les ES a été lancé qui a abouti en 2021 à un plateau d'imagerie médicale mutualisé (PIMM) en Indre-et-Loire et un projet de PIMM régional qui devrait aboutir avant la fin du PRS 2. Cette organisation va cohabiter transitoirement avec l'organisation par ES, pour basculer en un an sur une organisation régionale (GCS).

Pour ce faire, le recours aux radiologues privés sera nécessaire.

- La mise en œuvre de coopération territoriale entre public/public ou public/privé pour sécuriser la PDESES dans certains domaines (Urologie (3 ES du 28), gastroentérologie (Dreux/Chartres).
- Des lignes de PDESES ont été ouvertes pour 6 mois pendant la période Covid-19 en réanimation.

b) Chiffres clés

En 2020, le montant de la PDESES s'élève à 25,7 M° d'euros dont 85 % sont versés aux établissements publics. Le nombre de lignes se compose de 230 lignes d'astreinte dont 23 dédiées aux EML et de 67 lignes de gardes.

Il était de 25,260 M d'€ avant remise à plat dans le cadre du PRS 2, avec 191 lignes (gardes, astreintes et astreintes de sécurité), hors CHU et CHRO bénéficiant d'un forfait global.

3. Bilan/tendance de la réalisation de l'objectif dans les départements de la région

Hormis la PDESES en imagerie, le volet PDESES du PRS 2 a été mis en œuvre conformément aux attendus. Plusieurs lignes prévues en tant qu'astreintes ont été transformées en garde au regard du volume d'activité des établissements de santé.

Un certain nombre d'établissements n'ont pas pu assurer cette PDESES sur des périodes relativement longues. Les principales lignes PDESES qui n'ont pu être assurées de manière structurelle sont les lignes d'orthopédie et de chirurgie viscérale dans le Cher. La PDESES en urologie dans l'Indre mais également dans le Cher a connu des tensions fortes voire des arrêts conjoncturels. Afin de remédier à cette problématique organisationnelle et RH, des réflexions ont été menées afin de travailler sur une ligne de PDESES inter- départementale entre l'Indre et le Cher. Cette réflexion, à ce stade, n'a pas abouti.

Par ailleurs, des services d'urgences connaissent des difficultés pour assurer les lignes de garde.

4. Conclusion et commentaires :

➔ PDESES : Obligation réglementaire

Le PRS 2 a fortement réorganisé la PDESES avec une approche territoriale et non par établissement.

Les enjeux identifiés à ce stade au titre du PRS 3 sont :

- La difficulté de maintenir la PDESES sur certaines spécialités dans certains territoires (Ex : Urologie dans le 18 et 36). L'orientation à privilégier pourra être une mutualisation entre départements afin d'assurer ces lignes de PDESES ;
- L'impact de la réforme des autorisations sur la PDESES. Ce travail ne pourra être réalisé qu'à la publication des textes (urgences – notion d'antennes – impact sur ligne anesthésie, cancer- chirurgie voir recours), neurologie
- Une ligne départementale pour l'orthopédie,
- Le questionnement de lignes d'anesthésie au sein des établissements dits « de petites tailles », dès lors qu'il y a une ligne de chirurgie octroyée du fait de la problématique de démographie médicale, peut se poser et notamment la double ligne d'anesthésie chirurgie et maternité. Des organisations innovantes pourraient être trouvées.
- La non obligation de PDS pour les établissements/cabinets privés en imagerie reste une véritable problématique tant sur la capacité des établissements de santé publics à assurer cette permanence que sur le manque d'attractivité de ces ES pour recruter des radiologues.
- Un suivi qualitatif et quantitatif de la PDESES est à organiser afin d'avancer encore vers des organisations territoriales privées /publiques pour préserver la ressource médicale et favoriser l'attractivité des médecins (avec une organisation des transports).

3. Perspectives pour le futur PRS 2023-2028

Au printemps 2022, les travaux de préparation du PRS 3 ont débuté avec l'ensemble des partenaires de la région. Ils vont se dérouler pendant plus d'un an pour se conclure par la publication du prochain schéma régional de santé qui entrera en vigueur au plus tard le 1^{er} novembre 2023.

L'approche par le parcours de santé sera largement développée de façon à mieux répondre aux grands enjeux de santé publique de la région (par exemple dans le champ de la santé maternelle et infantile, diabète obésité, les maladies neuro-cardio-vasculaires, etc). Cette logique permet de mettre en synergie l'ensemble des dispositifs mobilisés par et pour les acteurs de la région, depuis la prévention jusqu'à l'accompagnement des personnes, en passant par l'accès aux soins.

Les enjeux du PRS3 s'inscrivent dans la continuité de ceux du PRS2 et portent en particulier sur l'accès aux soins et la démographie des professionnels de santé.

Ils prendront en compte également l'évolution du contexte et des moyens d'action : le vieillissement de la population et l'arrivée à l'âge de la dépendance de générations beaucoup plus nombreuses, l'ambition d'une société plus inclusive, les préoccupations environnementales croissantes, le déploiement accéléré de la e-santé.

Nous remercions à nouveau l'ensemble des partenaires qui ont contribué à la réalisation de ce bilan. Pour approfondir, vous retrouverez l'ensemble des éléments de bilan du PRS 2 sur le site internet de l'ARS Centre-Val de Loire (<https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr>).

Contact :

Agence régionale de santé Centre-Val de Loire
Direction de la stratégie
ARS-CVL-DIRECTION-STRATEGIE@ars.sante.fr
02 38 77 31 93